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

VII Международная междисциплинарная
научно-практическая конференция

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПСИХИАТРИИ, НАРКОЛОГИИ И КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

к 130-летию со дня рождения Л.С. Выготского



Кемерово, 2026

УДК 616.89(082)
ББК 56.14я43
А 437

Актуальные вопросы психиатрии, наркологии и клинической психологии. Сборник материалов VII Международной междисциплинарной научно-практической конференции, к 130-летию со дня рождения Л.С. Выготского (Кемерово, 16 октября 2026 г.) / А. М. Селедцов, А. А. Лопатин, Е. В. Янко, Ю. Ю. Кирина, А. С. Яковлев, Л. В. Гукина ; отв. ред. Г. В. Акименко. – Кемерово: КемГМУ, 2026. – 810 с. – **ISBN 978-5-8151-0397-9**

В сборнике представлены секционные доклады участников VII Международной научно-практической конференции «Актуальные вопросы психиатрии, наркологии и клинической психологии». Сборник материалов VII Международной междисциплинарной научно-практической конференции, к к 130-летию со дня рождения Л. С. Выготского, которая проходила 16 октября 2026 года на базе Кемеровского государственного медицинского университета.

В сборник научных трудов вошли доклады ученых, практикующих врачей, клинических психологов, аспирантов и ординаторов по актуальным проблемам психиатрии, наркологии, клинической психологии, особенностях психических и поведенческих расстройств у различных возрастных и социальных групп населения.

Материалы публикуются в авторской редакции.

Редакционная коллегия выпуска:
д.м.н., профессор А. А. Лопатин, д.м.н., профессор А. М. Селедцов, к.ист.н., доцент Г. В. Акименко, к.м.н, доцент Ю. Ю. Кирина, к.филол.н., доцент Л.В. Гукина , к.психол. н., доцент Е.В. Янко, А. С. Яковлев.

ISBN 978-5-8151-0397-9

В макете обложки использована фото из открытого источника.– https://shedevrum.ai/post (URL 8.09.2026)

© Кемеровский государственный медицинский университет, 2026
© Кузбасский клинический наркологический диспансер имени профессора Н.П. Кокориной, 2026

СОДЕРЖАНИЕ

Моцарт в психологии: Лев Семенович Выготский 13

Абдукодирова А. М., Бабарахимова С. Б. 23
РОЛЬ АРТ-ТЕРАПИИ У ПОДРОСТКОВ С АТИПИЧНЫМ АУТИЗМОМ И ДИСГАРМОНИЧНЫМ ВОСПИТАНИЕМ

Абдулллаев И. К. 32
ЦИФРОВИЗАЦИЯ В ПСИХИАТРИИ И ФТИЗИАТРИИ

Акименко Г. В. 38
ПАНДЕМИЯ COVID-19 И ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ: ОБЗОР АКТУАЛЬНЫХ ПРОБЛЕМ

Акименко Г. В., Лобанова А. С. 57
СОВРЕМЕННЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА: НАРРАТИВНЫЙ ОБЗОР

Алименко А. Д., Левченко Е.В. 72
МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У ПАЦИЕНТОВ, ДЛИТЕЛЬНО ПРИНИМАЮЩИХ АТИПИЧНЫЕ АНТИПСИХОТИКИ: МОНИТОРИНГ И КОРРЕКЦИЯ

Антонова А. В., Наймушина А. Г. 81
ХРОНОБИОЛОГИЧЕСКИЕ МАРКЁРЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ У ЛИЦ СО СМЕННЫМ ГРАФИКОМ РАБОТЫ

Антонова А.О., Никифорова М.С., Орлов Ф.В. 93
ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКИЙ ДИСКУРС И НАРРАТИВНЫЕ ПРАКТИКИ В ПСИХИАТРИИ

Бендерская И. Д. 100
ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ БЛАГОПОЛУЧИЕ И ИРРАЦИОНАЛЬНЫЕ УСТАНОВКИ В МЫШЛЕНИИ ПАЦИЕНТОВ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Боймуротова Н. У.қизи 115
НЕВРОЛОГИЯ, ПСИХИАТРИЯ, РЕАБИЛИТАЦИЯ: ТОЧКИ СОПРИКОСНОВЕНИЯ

Бондарева Е.В. 120
ОСМЫСЛЕННОСТЬ ЖИЗНИ КАК УСЛОВИЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ЛИЧНОСТИ СТУДЕНТА

Бугрова Д.М., Яковлев А.С. 130
ОСОБЕННОСТИ ПАТОМЕХАНИЗМА ПРИ ПТСР

Валиуллина Е. В. 146
ВЫРАЖЕННОСТЬ КОМПОНЕНТОВ ПЕРЦЕПТИВНО-ИНТЕРАКТИВНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ

Валиуллина Е. В. 155
ВЫРАЖЕННОСТЬ КОМПОНЕНТОВ ПЕРЦЕПТИВНО-ИНТЕРАКТИВНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ

Васильева П. А. 164
ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ: ДЕПРЕССИЯ, КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ И ОДИНОЧЕСТВО

Вачаева А. М. 175
КОМОРБИДНЫЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ: ОБЗОР СОВРЕМЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Верейкина О. В., Габбасова Э. Р., Чехонадский И. И 190
ВЫЯВЛЕНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ПРЕДИКТОРОВ В ПРЕВЕНЦИИ ПОДРОСТКОВЫХ АДДИКЦИЙ

Визило Т.Л., Попонникова Т.В., Федосеева И.Ф. 197
АСТЕНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У СТУДЕНТОВ ВЫСШИХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ

Волкова Е. Е. 209
АКТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ МЕДИЦИНСКОЙ И ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ВЕТЕРАНОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Вострых Д. В., Лопатин А. А. 232
ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ ПРАВОНАРУШЕНИЙ И БЕЗНАДЗОРНОСТИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ КАК НАПРАВЛЕНИЕ РАБОТЫ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ КУЗБАССА

Галина К. Э., Ахмадеева Е. В. 240
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ГЕСТАЦИОННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ: ОБЗОР СОВРЕМЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Гиль С. Е. 257
ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ И РЕСОЦИАЛИЗАЦИЯ ВЕТЕРАНОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ: МОДЕЛИ, ПРОГРАММЫ, ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ

Гончаренко А. В., Федосеева И.Ф., Гончаренко Э. А. 271
КОМОРБИДНОСТЬ КЕРАТОКОНУСА И ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Гончаренко Э. А., Федосеева И.Ф., Гончаренко В. А. 282
КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ В ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ОЧАГОВЫХ ФОРМ КЛЕЩЕВЫХ НЕЙРОИНФЕКЦИЙ

Гончаренко Э.А., Федосеева И.Ф., Гончаренко В. А. 290
ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ РОЛЬ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В РАЗВИТИИ СИНДРОМА СУХОГО ГЛАЗА

Гукина Л. В. 299
СРЕДСТВА ОРГАНИЗАЦИИ УЧЕБНОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНО ОРИЕНТИРОВАННОЙ КОММУНИКАЦИИ НА ЗАНЯТИЯХ ПО АНГЛИЙСКОМУ ЯЗЫКУ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ

Гукина Л. В., Личная Л. В. 308
ТЕХНОЛОГИИ ФОРМИРОВАНИЯ КОММУНИКАТИВНОЙ КУЛЬТУРЫ БУДУЩИХ ВРАЧЕЙ ПРИ ОБУЧЕНИИ АНГЛИЙСКОМУ ЯЗЫКУ МЕДИЦИНЫ НА ПРОДВИНУТОМ ЭТАПЕ

Джалалова М. А. кизи 316
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ СОЦИАЛЬНЫХ НАВЫКОВ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Дутченко А. П., Шатобалов Я. И., Ростова Н. Н. 324
АКАДЕМИЧЕСКАЯ ПРОКРАСТИНАЦИЯ И УЧЕБНАЯ МОТИВАЦИЯ У СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ: ОБЗОР СОВРЕМЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Елибаев Ж. Т. 332
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЭМПАТИИ У СТУДЕНТОВ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО НАПРАВЛЕНИЯ ПОДГОТОВКИ

Жарков А. В., Голубицкий Е. А. 340
ДИНАМИКА ГОТОВНОСТИ К ИЗМЕНЕНИЯМ У ПАЦИЕНТОВ СТАЦИОНАРНОГО НАРКОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ НА 25 КОЕК В ПРОЦЕССЕ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Иванов О. В., Сусляев В. Г., Жукова О. А. 346
ОСОБЕННОСТИ ОРТЕЗИРОВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С КОГНИТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ: ОТ КЛИНИЧЕСКИХ ДО ЭКСПЕРТНЫХ КРИТЕРИЕВ

Ивойлов В. М., Колесников О. М., Сашко А. А. 372
СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ГРУППОВОГО ТРАВМАТИЗМА ШАХТЕРОВ

Исмаилова А. М. 382
ЭКОЛОГИЯ ГОРОДА И ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ

Калабина М. В., Земзюлина И. Н. 386
ДЕТСКИЙ ОПЫТ ОТНОШЕНИЙ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЙ СТАТУС: ОПОСРЕДУЮЩАЯ РОЛЬ СОЗАВИСИМОСТИ

Колесникова К. А. 394
КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА И ЭТАПЫ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ УЧАСТНИКОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМ СТРЕССОВЫМ РАССТРОЙСТВОМ

Козлова Е. А. 406
ВКЛАД ДИСТАЛЬНЫХ СЕМЕЙНЫХ ФАКТОРОВ В ДИНАМИКУ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ: ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Коркунов Я. А. 417
ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНЫЙ ВЫЗОВ КАК ФАКТОР ФОРМИРОВАНИЯ СТРЕССА НЕОПРЕДЕЛЕННОСТИ

Қосимова Ш. Н. қизи 427
ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ И МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ В СОВРЕМЕННОМ ОБЩЕСТВЕ

Круглик А. И., Сокун Д. А. 433
ПЕРСОНАЛИЗАЦИЯ СРЕДЫ ПРОЖИВАНИЯ, КАК РЕСУРС РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ: ОБЗОР ИССЛЕДОВАНИЙ

Литвинова К. П. 447
ПЕРСИСТИРУЮЩЕЕ РАССТРОЙСТВО ВОСПРИЯТИЯ, ВЫЗВАННОЕ ГАЛЛЮЦИНОГЕНАМИ (HPPD): НАРРАТИВНЫЙ ОБЗОР

Матвеева Я. А., Егорова Е. А., Голенков А. В. 463
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ И ЭТИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК ВРАЧЕЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО, ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО И НАРКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Михайлова И.А. 476
ВЛИЯНИЕ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ НА ЧЕЛОВЕЧЕСКИЙ ОРГАНИЗМ: АКТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ АССОЦИИРОВАННЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Наймушина А. Г., Семенец Е. С. 490
КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ И НЕАДАПТИВНОГО

ПОВЕДЕНИЯ У ВЗРОСЛЫХ ДЕТЕЙ АЛКОГОЛИКОВ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Окулова В. А., Маркин А. Д. 499
ПСИХОГИГИЕНИЧЕСКИЕ КОМПЕТЕНЦИИ КАК ФАКТОР ПРОФИЛАКТИКИ ЗАВИСИМОГО ПОВЕДЕНИЯ У СТУДЕНТОВ

Петренко Е. Н. 506
ПОЛОВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ 2–11 ЛЕТ И ИХ СВЯЗЬ С СЕМЕЙНЫМИ ФАКТОРАМИ

Петрова Н. Н., Романовская М. В. 527
ДИСМОРФИЯ И СУИЦИДАЛЬНОСТЬ У ПОДРОСТКОВ

Прихода И. В. 535
«МОЦАРТ ПСИХОЛОГИИ»: РОЛЬ НАУЧНО-ПЕДАГОГИЧЕСКОГО НАСЛЕДИЯ ЛЬВА СЕМЁНОВИЧА ВЫГОТСКОГО В СИСТЕМЕ РОССИЙСКОЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ НАУКИ (К 130-ЛЕТИЮ АВТОРА КУЛЬТУРНО-ИСТОРИЧЕСКОЙ ТЕОРИИ РАЗВИТИЯ ПСИХИКИ)

Рафикова З. М., Бабарахимова С. Б. 544
ОЦЕНКА СУИЦИДАЛЬНЫХ ТЕНДЕНЦИЙ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ, СКЛОННЫХ К БРОДЯЖНИЧЕСТВУ С УЧЁТОМ ХАРАКТЕРОЛОГИЧЕКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ

Рустамова Р. П. 551
НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И КЛАССИФИКАЦИИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Савченко Д. В. 557
НОЭТИЧЕСКОЕ ИЗМЕРЕНИЕ ЗАВИСИМОГО ПОВЕДЕНИЯ: ОБЗОР ЗАРУБЕЖНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Савченко Д. В., Подмосковная А. О. 573
ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ЗАВИСИМОГО ПОВЕДЕНИЯ: КЛЮЧЕВЫЕ ФАКТОРЫ И СВОЙСТВА

Сафиуллин Т. А., Николаев Е. Л. 581
К ВОПРОСУ О СОМАТИЗАЦИИ ТРЕВОГИ ПРИ УДАЛЕННОЙ РАБОТЕ СПЕЦИАЛИСТОВ ИТ-СФЕРЫ

Селедцов А.М. Кирина Ю. Ю. 593
ДЕТЕРМИНАНТЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ УСТОЙЧИВОСТИ ЛИЧНОСТИ В ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ УСЛОВИЯХ

Суфьянова А. Ф. 604
ФЕНОМЕНОЛОГИЯ ТЕЛЕСНОГО ОТЧУЖДЕНИЯ ПРИ АНГЕДОНИИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Титиевский С. В., Воеводина В. С., Фуголь А. А. 613
ПСИХОТИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ СИНДРОМА КЛАЙНФЕЛЬТЕРА: АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

Тризна Е.В. 640
ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ И КОПИНГ-СТРАТЕГИИ ЖИТЕЛЕЙ ПРИГРАНИЧЬЯ

Туляганова Р. Х 647
АДАПТАЦИЯ И ПСИХОМЕТРИЧЕСКАЯ ВАЛИДАЦИЯ УЗБЕКСКОЙ ВЕРСИИ МЕТОДИК ОЦЕНКИ ОБРАЗА ТЕЛА (НА ПРИМЕРЕ ЗАМУЖНИХ ЖЕНЩИН 20–50 ЛЕТ)

Файзуллаева О. С.-Б. 656
ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ МАТЕРИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Файзуллаева Ф. Ю. кизи 661
ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ФОРМИРОВАНИЕ ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ

Филипович Д. Е. 670
ОСОБЕННОСТИ ПСИХОТИЧЕСКИХ И АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ЛИЦ С ОПЫТОМ УЧАСТИЯ В БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЯХ

Хаджакулова Д. Э. кизи 682
ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ СУДЕЙ: ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ И ПРОФИЛАКТИКА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ

Чистякова Н. П., Новикова Т. Г., Воробьева К. К. 688
ПСИХИЧЕСКИЙ ДИСТРЕСС И ФАНТОМНАЯ БОЛЬ У УЧАСТНИКОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ: ЭФФЕКТ ЧЕТЫРЁХНЕДЕЛЬНОГО КУРСА ЗЕРКАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

Чистякова Н. П., Воробьева К. К., Новикова Т. Г. 710
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ ВЕТЕРАНОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ В КОНТЕКСТЕ СТРЕСС-АССОЦИИРОВАННЫХ РАССТРОЙСТВ

Шатобалов Я. И., Дутченко А. П., Николаев В. А. 730
ПРОГРАММЫ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ: НЕЙРОБИОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ И КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ

Шашкова С. Д., Левченко Е.В. 737
СИНДРОМ ОТМЕНЫ АНТИДЕПРЕССАНТОВ: ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ, КЛИНИЧЕСКИЕ МАСКИ И ТАКТИКА КУПИРОВАНИЯ

Шефер В. Е. 744
ОТ ДЖЕНДЛИНА К СЕНСОМОТОРНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ: ТЕЛЕСНЫЕ ПОДХОДЫ В КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ТРЕВОГИ

Юдин С. А. 758
ТРАНСФОРМИРУЮЩЕЕ ВЛИЯНИЕ ИСКУССТВА НА ОБЩЕСТВО В УСЛОВИЯХ ГЛОБАЛЬНОГО КРИЗИСА

Янко Е. В. 768
ВКЛАД Л.С. ВЫГОТСКОГО В РАЗВИТИЕ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ НЕЙРОПСИХОЛОГИИ

Янко Е. В., Юсина Е. А. 775
ЮЛА РЕЛАКС: ОПОРА В КРИЗИСЕ И ПРИ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВАХ — КРАТКОСРОЧНАЯ МОДЕЛЬ СТАБИЛИЗАЦИИ ЧЕРЕЗ «ЗДЕСЬ И СЕЙЧАС» И ТЕОРЕТИЧЕСКОГО ОБОСНОВАНИЯ БОС-ДЫХАНИЕ

Turayeva Guzalkhon 792
THE BIDIRECTIONAL RELATIONSHIP BETWEEN MENTAL PROCESSES AND THE ENDOCRINE SYSTEM IN EMOTIONAL REGULATION

Сведения об авторах 801



(17.11.1896 - 11.06.1934)

МОЦАРТ В ПСИХОЛОГИИ: ЛЕВ СЕМЕНОВИЧ ВЫГОТСКИЙ

Старший научный сотрудник (кандидат наук), профессор.

Основатель исследовательской традиции в психологии, которая получила название культурно-исторической теории.

В 1913 г. поступил на медицинский факультет Московского университета, но вскоре перевёлся на юридический. В 1917 г. бросил занятия в Московском университете и закончил обучение на историко-философском факультете Университета им. Шанявского. С 1931 г. заочно учился на медицинском факультете Украинской психоневрологической академии в Харькове.

Будучи студентом, написал двухсотстраничное исследование «Трагедия о Гамлете, принце Датском У. Шекспира» (1916), которое по окончании университета представил в качестве дипломной работы (опубликовано в 1968 году приложением ко второму изданию «Психологии искусства»).

В 1916-1917 гг. публиковал статьи на литературные темы в еженедельнике

«Новый путь», в «Летописи» и «Новом мире», в 1919-1921 гг. - более 80 театральных рецензий в газетах «Полесская правда» и «Наш понедельник». В 1919 г. издал сборник стихов И. Г. Эренбурга. В 1922 г. - один номер литературного журнала «Вереск».

Работал техническим секретарем в еженедельнике «Новый путь».

В 1919-1921 гг. заведовал сначала театральным подотделом Гомельского отдела народного образования, затем художественным отделом при Губнаробразе

В 1919-1923 гг. работал учителем литературы в советской трудовой школе и педагогическом техникуме, в профтехшколах печатников и металлистов, на вечерних курсах Губполитпросвета, на курсах по подготовке работников дошкольных учреждений, на летних курсах по переподготовке учителей, курсах культработников деревни, курсах Соцвоса, в народной консерватории и на рабфаке.

В 1923-1924 гг. был литературным редактором издательского отдела Гомельского губернского управления партийной и советской печати.

С 1922 г. преподавал в Гомельском педагогическом техникуме, в 1923 г. организовал психологическую лабораторию. Летом 1923 г. руководил экспериментальной работой студентов Московского педологического института в кабинете-лаборатории при Гомельском педагогическом техникуме. Результаты этой работы были оформлены в виде докладов осенью 1923 г. и были представлены Выготским в трёх выступлениях на II Всероссийском съезде по психоневрологии в Петрограде в начале января 1924 г. (первое выступление Л.С. Выготского на научных конференциях).

В 1924 г. по представлению А.Р. Лурии был приглашен в качестве аспиранта и сотрудника в Институт экспериментальной психологии при Московском университете. В связи с болезнью диссертация Л.С. Выготского на тему

«Психология искусства» была принята к защите и зачтена как защищённая в конце 1925 года в отсутствие автора (присвоено звание старшего научного сотрудника, эквивалентное современной степени кандидата наук). С 1928 г. - преподаватель Института. В 1931 г. в реорганизованном и переименованном в Государственный институт психологии, педологии и психотехники под руководством Залкинда и при активном участии Выготского, Лурии и др. прошла критическая научная дискуссия по обсуждению теоретических положений и практического применения так называемой «реактологической» концепции Корнилова. В 1934 г. Л.С. Выготский (в результате реорганизации) был переведен с должности «сотрудника 1 разряда» в «действительные члены» института.

Преподавал в МГУ и 2-м МГУ, читал лекции в различных вузах в Ленинграде и Харькове.

В 1924-1926 гг. заведовал подотделом воспитания физически дефективных и умственно отсталых детей отдела социально-правовой охраны несовершеннолетних Главсоцвоса при Наркомпросе РСФСР.

В 1925 г. в качестве ответственного работника Наркомпроса посетил Международную конференцию по просвещению глухонемых детей.

В 1927 г. научно-педагогическая секция Государственного Учёного Совета утвердила Выготского профессором.

С 1927 г. работал в Исследовательском институте научной педагогики при 2- м Московском государственном университете, после реорганизации в 1930-1934 гг. - заведующий кафедрой педологии трудного детства Московского педагогического государственного института им. А.С. Бубнова.

В 1927-1928 гг. руководил Медико-педагогической станцией Главсоцвоса Наркомпроса РСФСР.

В 1927-1934 гг. работал в Государственном институте научной педагогики при ЛГПИ и в ЛГПИ им. А.И. Герцена (Ленинград).

В 1929-1931 гг.. совместно с А.Р. Лурией вел исследования в лаборатории психологии Академии коммунистического воспитания им. Н.К. Крупской.

В 1929-1931 гг. - ассистент детской психоневрологии и экспериментальной психологии, затем заведующий психологической лабораторией Клиники нервных болезней 1 МГУ.

В 1929 г. читал лекции в Ташкенте.

В 1929 г. был приглашён на внештатную должность консультанта и научного руководителя психологических лабораторий Экспериментального дефектологического института им. М.С. Эпштейна (преобразован из Медико-педагогической станции).

В 1930-1934 гг. - заведующий кафедрой общей и возрастной педологии 2-го Московского государственного медицинского института.

В 1930-х гг. работал в ряде правительственных, образовательных, медицинских и исследовательских организаций в Москве, Ленинграде, Харькове и Ташкенте.

С 1930 г. работал в Институте по изучению высшей нервной деятельности при Секции естествознания Комакадемии.

С 1931 г. - замдиректора по научной части Государственного научного института охраны здоровья детей и подростков имени 10-летия Октябрьской революциии.

В начале 1934 г. был приглашён во Всесоюзный институт экспериментальной медицины, который создавался в Москве, для организации сектора психологии.

Научный вклад

Активный период творчества Л.С. Выготского в области психологии, неврологии, дефектологии и педологии пришёлся на вторую половину 1920-х — начало 1930-х.

В 1924 г. на II съезде социально-правовой охраны несовершеннолетних в Москве в ходе работы секции умственной отсталости был официально заявлен поворот на социальное воспитание как новое направление в развитии советской дефектологии и специальной педагогики; опубликован сборник статей и материалов под редакцией Л.С. Выготского «Вопросы воспитания слепых, глухонемых и умственно отсталых детей».

Становление Выготского как учёного совпало с периодом перестройки советской психологии на основе методологии марксизма, в которой он принял активное участие. В поисках методов объективного изучения сложных форм человеческой деятельности и поведения личности Выготский подверг критическому анализу ряд философских и большинство современных ему психологических концепций («Смысл психологического кризиса»,

незаконченная рукопись, 1926), показывая бесплодность попыток объяснить поведение человека, сводя «высшие» формы поведения к «низшим» элементам.

Л.С. Выготский Принимал участие в Первом Всероссийском педологическом съезде (28.12.1927 - 4.01.1928 г., Москва) в качестве соредактора сборника тезисов и докладов секции трудного детства, представил два доклада:

«Развитие трудного ребёнка и его изучение» (на секции трудного детства) и «Инструментальный метод в педологии» (на исследовательско-методологической секции).

В 1930 г. принимал участие в Первом Всесоюзном съезде по изучению поведения человека в Ленинграде в качестве члена президиума и соредактора материалов съезда по секции педологии; представил три доклада:

«Экспериментальное исследование высших процессов поведения», «Развитие высших форм поведения в детском возрасте» и «Культурное развитие аномального и трудно-воспитуемого ребёнка».

В 1930 г. начался полномасштабный пересмотр исследовательской программы и сближение «инструментальной» и «культурно-исторической» психологии Выготского с немецко-американским гештальтистским движением в психологии; в докладе о психологических системах, сделанном в Клинике нервных болезней 1 МГУ, заявлено начало новой исследовательской программы, нацеленной на изучение психологических систем, провозглашен фактический отказ от изучения от изолированных «психологических функций».

В 1932 г. делал доклад в Институте научной педагогики, который стал первой публичной презентацией исследовательского проекта в Средней Азии.

Выготский понимал смысл своей научной работы как разработку учения о «высших психологических» процессах, явлениях, функциях, системах функций, форм поведения и т.п. Исследуя речевое мышление, Выготский по-

новому решает проблему локализации высших психологических функций как структурных единиц деятельности мозга. Изучая развитие и распад высших психологических функций на материале детской психологии, дефектологии и психиатрии, Выготский приходит к выводу, что структура сознания — это «динамическая смысловая система» находящихся в единстве аффективных, волевых и интеллектуальных процессов.

Несмотря на то, что обозначение «культурно-историческая теория» лишь однажды встречается в текстах самого Выготского, это название впоследствии прижилось и среди ряда научных деятелей, позиционировавших себя последователями Выготского.

Выготский определяет педагогическую деятельность как особую человекоориентированную деятельность (1926), но это направление исследований осталось неразработанным.

Выготский подчёркивал принципиальную важность различения психологических и психических явлений с точки зрения диалектической психологии: диалектическая психология не смешивает психические и физиологические процессы, она признаёт несводимое качественное своеобразие психики и утверждает только, что психологические процессы (как своеобразные психофизиологические единые процессы, представляющие высшие формы поведения человека) едины. В работах, опубликованных при жизни их автора, Выготский никогда не использовал выражения «высшие психические» для описания явлений, которые описывала и изучала его психологическая теория.

В незаконченной и неозаглавленной рукописи работы, опубликованной в искажённом виде в 1960 г. под названием «История развития высших психических функций» (работа над рукописью завершена не позднее 1930) и представленной как основная теоретическая работа Л.С. Выготского, дано

развёрнутое изложение культурно-исторической теории развития психики, согласно которой необходимо различать низшие и высшие психологические функции, и соответственно два плана поведения: натуральный, природный (результат биологической эволюции животного мира) и культурный, общественно-исторический (результат исторического развития общества), слитые в развитии психики.

Гипотеза, выдвинутая Выготским, предлагала новое решение проблемы соотношения низших (элементарных) и высших психологических функций. Главное различие между ними состоит в уровне произвольности, то есть натуральные психологические процессы не поддаются регуляции со стороны человека, а высшими психологическими функциями люди могут сознательно управлять. Выготский пришёл к выводу о том, что сознательная регуляция связана с опосредованным характером высших психологических функций. Между воздействующим стимулом и реакцией человека (как поведенческой, так и мыслительной) возникает дополнительная связь через опосредующее звено — стимул-средство, или знак. Слово — средство произвольного направления внимания, абстрагирования свойств и синтеза их в значение

(формирования понятий), произвольного контроля собственных психологических операций.

Л.С. Выготский сформулировал важнейший принцип, согласно которому сохранность и своевременное созревание структур мозга есть необходимое, но недостаточное условие развития высших психологических функций. Главным же источником для этого развития является изменяющаяся социальная среда, для описания которой Выготским введён термин социальная ситуация развития, определяемая как «своеобразное, специфическое для данного возраста, исключительное, единственное и неповторимое отношение между ребёнком и окружающей его действительностью, прежде всего социальной». Именно это

отношение определяет ход развития психики ребёнка на определённом возрастном этапе.

Л.С. Выготский отмечал, что культура создаёт особые формы поведения и видоизменяет деятельность психологической функции. В этой связи понятие культурного развития ребёнка объясняется им как процесс, соответствующий индивидуальному развитию, совершавшемуся в процессе исторического развития человечества. В развитии ребёнка повторяются оба типа человеческого развития: биологический и культурно-исторический. Иными словами, эти два типа развития находятся в диалектическом единстве.

Существенным вкладом в педагогическую психологию является введённое Выготским понятие «зона ближайшего развития» как «область не созревших, но созревающих процессов», объемлющие задачи, с которыми ребёнок на данном уровне развития не может справиться сам, но которые способен решить с помощью взрослого; это уровень, достигаемый ребёнком пока лишь в ходе совместной деятельности с взрослым.

В последние годы жизни Выготский основное внимание уделял изучению отношения мысли и слова в структуре сознания. Его работа «Мышление и речь» (1934), посвящённая исследованию этой проблемы, является основополагающей для советской психолингвистики. В данной работе Выготский указывает на различный генезис развития мышления и речи в филогенезе, и что отношения между ними не являются постоянной величиной. В филогенезе обнаруживается доречевая фаза интеллекта, а также доинтеллектуальная фаза развития самой речи. Но в процессе онтогенетического развития в какой-то момент мышление и речь пересекаются, после чего мышление становится речевым, а речь интеллектуальной.

Внутренняя речь, по Выготскому, развивается путём накопления длительных функциональных и структурных изменений. Она ответвляется от

внешней речи ребёнка вместе с дифференцированием социальной и эгоцентрической функции речи и наконец, речевые функции усваиваемые ребёнком становятся основными функциями его мышления.

Культурно-историческая теория Выготского породила крупнейшую в советской психологии школу, из которой вышли А.Н. Леонтьев, А.Р. Лурия, А.В. Запорожец, Л.И. Божович, П.Я. Гальперин, Д.Б. Эльконин, П.И. Зинченко, Л.В. Занков и др.

В 1970-е годы теории Выготского стали вызывать интерес в американской психологии. В последующее десятилетие все основные труды Выготского были переведены и легли, наряду с Пиаже, в основу современной образовательной психологии США. С именем Л.С. Выготского в Северной Америке связывают возникновение социального конструктивизма.

Основные публикации:

- Педагогическая психология (1926)
- Педология школьного возраста (1928)
- Педология подростка: в 3-х частях (1929, 1930, 1931)
- Этюды по истории поведения: Обезьяна. Примитив. Ребёнок (1930, совм. с А.Р. Лурией)
- Проблема высших интеллектуальных функций в системе психотехнического исследования (ж. Психотехника и психофизиология труда, 1930)
- Мышление и речь (1934)

РОЛЬ АРТ-ТЕРАПИИ У ПОДРОСТКОВ С АТИПИЧНЫМ АУТИЗМОМ И ДИСГАРМОНИЧНЫМ ВОСПИТАНИЕМ

Абдукодирова А. М., Бабарахимова С. Б.
Кафедра психиатрии, наркологии и детской психиатрии, медицинской психологии
Ташкентский Государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Ташкент

Аннотация. В статье рассматриваются стили воспитания подростков с атипичным аутизмом в дисгармоничных и дисфункциональных семьях. Приводятся результаты эффективности проведения психотерапевтического вмешательства в виде арт-терапии для улучшения адаптации подростков в социуме.

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

THE ROLE OF ART THERAPY FOR ADOLESCENTS WITH ATYPICAL AUTISM AND DISHARMONIOUS UPBRINGING

Abdukodirova A.M., Babarakhimova S.B.
Tashkent State Medical University, Department of Psychiatry, Addiction Medicine, Child Psychiatry, and Medical Psychology

Abstract. The article examines parenting styles regarding adolescents with atypical autism within disharmonious and dysfunctional families. It presents results concerning the effectiveness of a psychotherapeutic intervention—specifically art therapy—in improving the adolescents' social adaptation.

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

Введение

В последние годы во многих странах отмечается увеличение числа выявляемых случаев расстройств аутистического спектра (РАС) у детей [4,9]. Данная тенденция в значительной степени может быть обусловлена совершенствованием диагностических подходов, повышением информированности специалистов и родителей, а также расширением возможностей раннего выявления нарушений развития. Особое значение при сопровождении ребенка с РАС имеет семейная система [1,3]. Именно семья является ближайшим социальным окружением ребенка, обеспечивающим эмоциональную поддержку, повседневный уход, формирование навыков самостоятельности и постепенное освоение способов взаимодействия с окружающим миром [5, 9].

Психологическое состояние семьи и характер внутрисемейного взаимодействия могут оказывать существенное влияние на возможности социальной и психологической адаптации ребенка. В связи с этим одним из важных направлений профилактической и психокоррекционной работы становится изучение особенностей семейной среды [2, 4]. Особое внимание следует уделять выявлению дисгармоничных взаимоотношений между членами семьи, неблагоприятных условий воспитания, нарушений родительских установок и неадаптивных моделей детско-родительского взаимодействия [7, 12]. Поддержка родителей, повышение их психологической компетентности, формирование эффективных стратегий совладания со стрессом и развитие конструктивных способов взаимодействия с ребенком способны способствовать более благоприятному функционированию семьи [8,10].

Изучение семейного окружения ребенка с расстройством аутистического спектра является важной составляющей комплексного подхода к профилактике вторичных психологических нарушений и организации психокоррекционной

помощи [6,11]. Большинство научных исследователей предлагают арт-терапию корректнее рассматривать как дополнительное средство поддержки, а не как доказанное лечение основных проявлений аутизма. Рекомендации ВОЗ поддерживают адаптированные социально-коммуникативные вмешательства с участием родителей, но не устанавливают арт-терапию как самостоятельный стандарт лечения РАС.

Цель исследования: определить роль проведения арт-терапии с учётом особенностей стилей родительского воспитания у детей и подростков с атипичным аутизмом для оптимизации адаптации подростков в социуме.

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 исследования семей, воспитывающих ребенка с РАС, особенно полезен АСВ Э.Г. Эйдемиллера и В.В. Юстицкиса. Методика позволяет выявить особенности воспитательной позиции родителей и определить потенциально неблагоприятные варианты семейного воспитания. Для сбора данных использовалась специально разработанная карта, включавшая вопросы для определения типа семьи, стилей воспитания и родительского руководства.

Результаты и обсуждение

Психодиагностика семейных взаимоотношений у детей и подростков с расстройствами аутистического спектра (РАС) должна проводиться комплексно: оценивать не только отношения «родитель–ребенок», но и эмоциональный климат семьи, стиль воспитания, родительский стресс, степень вовлеченности членов семьи и особенности коммуникации. Важно учитывать, что особенности поведения ребенка при РАС могут влиять на результаты стандартных методик, поэтому желательно сочетать опросники с клинической беседой и наблюдением. 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.

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. Арт-терапия при расстройствах аутистического спектра (РАС) может применяться как дополнительный метод психокоррекционной работы, направленный на развитие эмоциональной экспрессии, коммуникации, сенсорной регуляции и навыков взаимодействия с родителями. При планировании занятий учитывали индивидуальные особенности ребенка, уровень речевого и когнитивного развития, сенсорную чувствительность, а также особенности внутрисемейных отношений и преобладающий стиль родительского воспитания. Основная цель программы — создание условий для эмоционального самовыражения ребенка с РАС, улучшение взаимодействия в диаде «родитель — ребенок» и формирование у родителей более эффективных способов поддержки ребенка. При авторитарном стиле воспитания с высокими требованиями, жестким контролем и ограниченной эмоциональной поддержкой нашей задачей являлось снизить давление на ребенка, предоставить ему возможность выбора и инициативы. Использовались методы: свободное рисование, рисунок «Мое настроение», совместное создание коллажа без оценивания результата (рис.1).



Рис.1 -Творчество пациентов.

Медицинские психологи арт терапевты объясняли роль родителя - не исправлять рисунок, не требовать соответствия образцу, поддерживать самостоятельные решения ребенка. У родителей с гиперопекающим стилем воспитания, характеризующимся чрезмерной помощью, ограничением самостоятельности, постоянным контролем принципы арт терапии строились на развитии автономности и самостоятельности подростка, инициативности и уверенности ребенка. Использовались методы самостоятельного выбора материалов, самостоятельное создание поделки, рисование по собственному замыслу. Роль родителя: предлагать помощь только при необходимости, выдерживать паузу, позволять ребенку выполнять посильные действия самостоятельно. При гипопротекции (попустительский стиль) у родителей наблюдались недостаток последовательных правил и устойчивых границ. Основной задачей арт терапевтом являлось сформировать предсказуемость,

навыки завершения деятельности и совместного взаимодействия. Использовались методы создания рисунка по очереди, визуальный план занятия, выбор из двух заданий, ритуал завершения работы (рис.2).



Рис.2 - Творчество пациентов.

Устанавливалась роль родителя в выработке понятных и гибких правил, использования визуальных подсказок подросткам и последовательным инструкциям.

Заключение

У большинства детей с атипичным аутизмом были выявлены дисфункциональные семейные отношения, часто в неполных семьях с преобладанием гиперопеки. Анализ характера детско-родительских отношений, стилей воспитания, уровня родительского стресса и имеющихся семейных ресурсов позволяет своевременно выявлять факторы, затрудняющие адаптацию

ребенка и функционирование семьи, а также определять направления психологической помощи, ориентированной одновременно на потребности ребенка и его родителей. Применение арт-терапии в комплексной психокоррекционной работе с детьми с расстройствами аутистического спектра способствует созданию благоприятных условий для развития эмоциональной экспрессии, коммуникативных навыков, самостоятельности и взаимодействия с окружающими. Использование рисования, лепки, аппликации и совместного художественного творчества позволяет ребенку выражать предпочтения и эмоциональные состояния доступным для него способом. Учет стилей родительского воспитания повышает индивидуализацию коррекционной программы: при авторитарном стиле акцент делается на снижении давления и поддержке инициативы ребенка, при гиперопекающем — на развитии самостоятельности, при попустительском — на формировании последовательности и предсказуемости, а при авторитетном — на укреплении эмоционального контакта и сотрудничества.

Литература/ References:

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

2. Абдуллаева В.К., 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. López-Escribano C., Orío-Aparicio C. Creative arts therapy for autistic children: A systematic review // The Arts in Psychotherapy. 2024. Vol. 91: Article 102224. DOI: 10.1016/j.aip.2024.102224

5. Wei S., Lai A.H.Y., Ho H.W.H. The Effectiveness of Art Therapy on Children and Adolescents with ASD: A Systematic Review of RCTs // Healthcare (Basel). 2025;13(22):2960. doi: 10.3390/healthcare13222960

6. Althoff C. E., Dammann C. P., Hope S. J., Ausderau K. K. Parent-Mediated Interventions for Children With Autism Spectrum Disorder: A Systematic Review // American Journal of Occupational Therapy. 2019. Vol. 73, No. 3. DOI: 10.5014/ajot.2019.030015

7. Pacia C., Holloway J., Gunning C., Lee H. A Systematic Review of Family-Mediated Social Communication Interventions for Young Children with Autism // Review Journal of Autism and Developmental Disorders. 2022. Vol. 9. P. 208–234. DOI: 10.1007/s40489-021-00249-8

8. Conrad C. E., Rimestad M. L., Rohde J. F., Petersen B. H., Korfitsen C. B., Tarp S., et al. Parent-Mediated Interventions for Children and Adolescents With Autism Spectrum Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis // Frontiers in Psychiatry. 2021:773604. DOI: 10.3389/fpsyt.2021.773604

9. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5-TR. 5th ed., text revision. Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing, 2022.

10. World Health Organization. International Classification of Diseases 11th Revision (ICD-11). Autism spectrum disorder. URL: https://icd.who.int/

11. American Art Therapy Association. Research: Art Therapy Research Priorities and Resources. URL: https://arttherapy.org/research/American Art Therapy Association

12. Solgi C. A., Debnath S., Chandran S. Exploring the Association of Parenting Styles on Behavioral Outcomes in Children with Autism Spectrum Disorder: A Cross-sectional Study. *Indian J Psychol Med*. 2025:02537176251385242. doi: 10.1177/02537176251385242

ЦИФРОВИЗАЦИЯ В ПСИХИАТРИИ И ФТИЗИАТРИИ

Абдулллаев И.К.
Кафедра социальной гигиены
Ургенчский государственный медицинский институт
Республика Узбекистан, г. Ургенч

Аннотация. Статья анализирует цифровизацию в психиатрии и фтизиатрии, где важны длительное наблюдение и междисциплинарное взаимодействие. Рассматриваются телемедицина, электронные карты, мобильные приложения, носимые устройства, дистанционный мониторинг, видео-контролируемое лечение, искусственный интеллект и цифровые биомаркёры. Цифровые решения повышают доступность и раннюю диагностику, но ограничены вопросами безопасности, регулирования, валидации и неравенства. Обоснована необходимость пациент-ориентированного подхода к цифровой трансформации.

Ключевые слова: цифровизация, цифровое здравоохранение, психиатрия, фтизиатрия, телемедицина, электронная медицинская карта, искусственный интеллект, дистанционный мониторинг, туберкулёз, психические расстройства, информационная безопасность.

DIGITALIZATION IN PSYCHIATRY AND PHTHISIATRY

Abdullayev I.K.
Department of Social Hygiene
Urgench State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Urgench

Abstract. The article analyzes digitalization in psychiatry and phthisiology, where long-term monitoring and interdisciplinary collaboration are important. Telemedicine, electronic health records, mobile applications, wearable devices, remote monitoring, video-controlled treatment, artificial intelligence, and digital biomarkers are considered. Digital solutions increase accessibility and early diagnosis but are limited by issues of security, regulation, validation, and inequality. The need for a patient-centered approach to digital transformation is substantiated.

Keywords: digitalization, digital healthcare, psychiatry, phthisiology, telemedicine, electronic medical record, artificial intelligence, remote monitoring, tuberculosis, mental disorders, information security.

Введение

Цифровизация здравоохранения перестала быть узкой технической задачей и превратилась в системный фактор, влияющий на доступность, качество и организацию медицинской помощи. Электронные медицинские карты, телемедицинские консультации, мобильные приложения, носимые устройства и алгоритмы искусственного интеллекта (ИИ) постепенно входят в повседневную практику.

Психиатрия и фтизиатрия на первый взгляд относятся к разным областям медицины. Однако между ними есть важное сходство: обе связаны с длительным, иногда многолетним наблюдением, необходимостью поддерживать приверженность терапии, риском рецидивов и выраженной стигматизацией. Пандемия COVID-19 ускорила внедрение дистанционных форматов и показала,

что цифровые инструменты могут быть не только вспомогательными, но и критически важными.

В числе основных причин низкой эффективности терапии больных туберкулезом среди психических больных являются самовольное преждевременное прекращение лечения и перерывы приема противотуберкулезных препаратов [1]. Стратегию под непосредственным наблюдением медицинского работника пациенты рассматривают как проявление авторитарной позиции со стороны работников здравоохранения Создание новой системы контролируемого лечения важнейшая задача для повышения приверженности лечению необходимо улучшить эпидемиологическую обстановку по туберкулезу. Достижения в области мобильных технологий, расширение зоны покрытия сети и доступа к Интернету изменили характер нашего повседневного взаимодействия. Благодаря этим изменениям появились новые возможности. Которые позволяют улучшить оказание помощи пациентам.

В результате обзора данных, было выявлено, что цифровые технологии: служба коротких сообщений, система электронного мониторинга приема препарата и видеоконтролируемое лечение хорошо подходили для поддержки проведения широкомасштабного лечения. Данные технологии помогают пациентам повысить приверженность к медикаментозной терапии [2, 3]. Также завершить лечение, а медицинским работникам осуществлять контроль за ежедневным приемом препаратов и продолжением лечения. Цифровые технологии в психиатрии и фтизиатрии имеют огромное значение. Многие виды применения цифрового здравоохранения актуальны и для программ по борьбе с основными заболеваниями, например, программ профилактики и оказания помощи в связи с туберкулезом [4, 5, 6].

Цель исследования

Изучить возможности DIGITAL-технологий во фтизиатрии и психиатрии, опыт их использования в диагностике.

Материалы и методы исследований

Авторами был проведен научный анализ научной литературы, в том числе представленной в базах Elibrary. Всего использовано 25 источников, из них 13 отечественных и 12 зарубежных.

Сообщения SMS (СМС) стандартная встроенная функция, свойственная всем типам мобильных телефонов, которая отличается низкой стоимостью и простотой в использовании. Поэтому она широко применяется для связи с амбулаторными пациентами либо посредством отправки регулярных автоматических напоминаний о необходимости приема препаратов, либо путем предоставления информации, касающейся их здоровья или состояния однонаправленная связь, или обеспечения взаимодействия с лечащим врачом по вопросам лечения двунаправленная связь.

Так, организация интерактивной связи с пациентами на основе СМС-сообщений дает возможность дифференцировать оказание помощи пациентам в режиме реального времени, тем самым повышая качество и эффективность поддержки пациентов в период между посещениями врача Варианты взаимодействия: собственное приложение мобильного телефона устанавливаемое на смартфон программное обеспечение (WhatsApp, Viber, Skype, Telegram). Использование специально разработанного прикладного приложения.

Дополнительные приложения: голосовая связь и услуга «пропущенные звонки» с минимальными требованиями к телефону/Интернету, а также электронная почта и приложения для электронного обучения, для которых требуется больше ресурсов.

Видео – это оказание индивидуализированной противотуберкулезной помощи, ориентированной на потребности человека, и услуг поддержки с опорой на информационно-коммуникационные технологии и инструменты цифрового здравоохранения. Практически осуществимое вмешательство для обеспечения приверженности противотуберкулезной терапии, которое можно применять даже при нестабильном подключении к интернету (асинхронная связь). **Результаты наблюдений**

Где регулярно используется видеосвязь, свидетельствовали о повышении предпочтений пациентов, снижении рабочей нагрузки на пациентов и поставщиков услуг и о сокращении расходов по программе при использовании, что означает, что видео может заменить очные посещения врача по крайней мере на какую-то часть периода лечения.

Варианты взаимодействия, использование патентованного и лицензированного приложения

• платформы для передачи видеосообщений (WhatsApp, Viber, Skype, Telegram) • использование специально разработанного прикладного приложения.

Риски и этико-правовые аспекты

Конфиденциальность. Данные о психическом здоровье и туберкулёзе особо чувствительны.

Информированное согласие. Пациент должен понимать, как собираются, хранятся и используются его данные, и иметь право отказаться от цифровых инструментов.

Цифровое неравенство. Пожилые люди, малоимущие и жители с плохим интернетом могут быть исключены из новых форматов помощи.

Алгоритмическая предвзятость. ИИ может давать ошибки на недостаточно представленных группах.

Кибербезопасность. Утечки и атаки на медицинские системы способны нанести серьёзный вред.

Регулирование. Медицинские приложения и ИИ-системы должны проходить оценку как медицинские изделия, а ответственность за решения должна быть ясной.

Риск дегуманизации. Цифровые сервисы не должны вытеснять живой контакт, особенно в психиатрии.

Заключение

Внедрение цифровых технологий открывает широкие перспективы для оптимизации медицинских процессов. В частности, это позволяет существенно сократить финансовые затраты пациентов, что особенно важно в условиях современной экономики. Кроме того, цифровые решения способствуют снижению уровня стигматизации, связанной с обращением за медицинской помощью, что особенно актуально для пациентов с хроническими заболеваниями и психическими расстройствами.

Применение цифровых инструментов также повышает эффективность терапевтических вмешательств, что напрямую влияет на улучшение клинических исходов. Наконец, интеграция цифровых технологий в процесс лечения способствует значительному улучшению комплаенса с пациентом, что является ключевым фактором в достижении долгосрочных положительных результатов**.**

Литература/ References:

1.Аскарова Р.И. Социально-значимый туберкулез у детей дошкольного возраста // Наука, техника и образование. 2023. №1 (84). С. 82-85;

2. Аскарова Р.И. Gen-Expert исследование в диагностике деструктивного туберкулеза легких // Наука, техника и образование. 2021. №1 (76). С. 43-45.

3. Аскарова Р. И. Своевременная диагностика острых респираторных инфекций у детей и подростков в Хорезмском регионе // Вестник науки и образования. 2023. №. 1. Ч.1 (132). С. 79-82;

4. Рахимов А. К., Аскарова Р. И. Арт терапия для решения психосоциальных проблем у детей и подростков больных туберкулезом: систематический обзор средств и форм Арт терапии //Арт терапия-фундаментальные и прикладные научные исследования: актуальные вопросы, достижения и инновации Кемерово, 2025. С. 471-480.

5.Джуманиязова З. Ф., Аскарова Р. И. Основы равномерного распределения природных ресурсов воды и земли. Проблемы Арала //Методы науки. Издательство Инфинити. 2017. Т. 5. С. 56-58.

6. Джуманиязова З. Ф., Аскарова Р. И. Туберкулез у детей, проживающих в Хорезмской области // Методы науки. 2018. №. 10. С. 45-47.

7. Аскарова Р. И. Выявление туберкулеза легких, сочетанного с сопутствующей патологией //Проблемы науки. 2026. №1(94). С. 21-23.

ПАНДЕМИЯ COVID-19 И ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ: ОБЗОР АКТУАЛЬНЫХ ПРОБЛЕМ

Акименко Г. В.
Кафедра клинической психологии
ФГБОУ «Кемеровский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Аннотация. Пандемия COVID-19 стала не только глобальным эпидемиологическим, но и масштабным психосоциальным кризисом. В обзоре систематизируются данные о влиянии пандемии на психическое здоровье населения, медицинских работников, пациентов с COVID-19 и лиц с постковидным синдромом. Рассматриваются распространенность тревоги,

депрессии, посттравматического стрессового расстройства, инсомнии, суицидального риска, а также факторы уязвимости и защиты. Обсуждаются проблемы организации психиатрической и психологической помощи в условиях ограничений, роль телемедицины и необходимость долгосрочного мониторинга отдаленных последствий**.**

Ключевые слова: COVID-19, психическое здоровье, тревога, депрессия, ПТСР, инсомния, медицинские работники, COVID, психосоциальная поддержка, телемедицина.

COVID-19 PANDEMIC AND MENTAL HEALTH: OVERVIEW OF CURRENT ISSUES

Akimenko G. V.
Department of Clinical Psychology
Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo

Abstract. The COVID-19 pandemic has become not only a global epidemiological crisis but also a large-scale psychosocial one. This review systematizes data on the impact of the pandemic on the mental health of the population, healthcare workers, patients with COVID-19, and individuals with post-COVID syndrome. It examines the prevalence of anxiety, depression, post-traumatic stress disorder, insomnia, and suicide risk, as well as vulnerability and protective factors. The issues of organizing psychiatric and psychological care under conditions of restrictions, the role of telemedicine, and the need for long-term monitoring of long-term consequences are discussed**.**

Keywords: COVID-19, mental health, anxiety, depression, PTSD, insomnia, healthcare workers, COVID, psychosocial support, telemedicine.

Введение

Пандемия COVID-19, объявленная ВОЗ в марте 2020 г., сопровождалась беспрецедентными мерами: локдаунами, социальным дистанцированием, закрытием школ и предприятий, ограничением перемещений. Эти меры были необходимы для сдерживания инфекции, но одновременно стали мощными стрессорами для психики. По оценкам ВОЗ, в первый год пандемии распространенность тревожных и депрессивных расстройств увеличилась примерно на 25% во всем мире [1].

Психические последствия пандемии многомерны: они связаны с угрозой заражения, неопределенностью, потерей близких, экономической нестабильностью, изоляцией, информационной перегрузкой и стигматизацией.

Цель настоящего обзора — выделить актуальные проблемы в области психического здоровья, возникшие или обострившиеся в период COVID-19, и обозначить направления дальнейших исследований и практических вмешательств.

Материалы и методы

В рамках настоящего исследования был проведенобзор научной литературы за период с 2020 по 2023 годы, охватывающий базы данных PubMed. Дополнительно были проанализированы официальные отчеты Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) и результаты крупных мета-аналитических исследований. Основной акцент был сделан на систематические обзоры, мета-анализы и крупные когортные исследования, что позволило обеспечить высокий уровень доказательности и репрезентативности полученных данных.

Результаты и обсуждение

В 1980-х гг. в США сформировалось понятие «посттравматическое стрессовое расстройство» (ПТСР), был введен термин «вьетнамский синдром» для описания психических симптомов и изменений личности, возникших у

ветеранов войны во Вьетнаме после ее окончания [2? 3]. В практике советских и российских психиатров аналогичные состояния наблюдались у участников войн в Афганистане и Чечне («афганский» и «чеченский» синдромы) [5].

Установлено, что не только военные действия могут стать причиной психической травмы и приводить к стрессовым расстройствам. Известны многочисленные описания психологических последствий катастроф [7], природных катаклизмов (например, землетрясений [8] и ураганов [9]), террористических актов (11 сентября 2001 г. [1 0]). В настоящее время в научный оборот введено понятие «коронавирусный синдром». Сейчас мы можем только выдвигать гипотезы, как будет развиваться ситуация в дальнейшем, поскольку для более четкого определения «коронавирусного синдрома», безусловно, должно пройти время - как минимум 6 мес. от момента завершения пандемии.

До появления COVID-19 статистические данные о психических состояниях (включая неврологические расстройства и расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ, риск суицида и связанные с ними психосоциальные и интеллектуальные нарушения) были уже ярко выражено негативными:

• Мировая экономика теряет более 1 триллиона долларов США в год из-за депрессии и беспокойства.

• От депрессии страдают 264 миллиона человек в мире.

• Примерно половина всех состояний психического здоровья начинается в возрасте 14 лет, а самоубийства - вторая ведущая причина смерти среди молодых людей в возрасте 15-29 лет.

• Более чем 1 из 5 человек, живущих в условиях конфликта, страдает психическим заболеванием.

• Люди с тяжелыми психическими расстройствами умирают на 10-20 лет раньше, чем население в целом.

• Менее половины стран сообщают о согласовании своей политики в области психического здоровья с конвенциями о правах человека.

• В странах с низким и средним уровнем доходов от 76% до 85% людей с психическими расстройствами не получают лечения от своего состояния, несмотря на доказательства того, что эффективные вмешательства могут быть реализованы в любом контексте ресурсов.

• Во всем мире на каждые 10 000 человек приходится менее 1 специалиста по психическому здоровью.

• Нарушения прав человека в отношении людей с тяжелыми психическими расстройствами широко распространены во всех странах мира [1,5, 10-13].

Известно, что психическое благополучие - одно из самых игнорируемых областей здоровья. Как следствие, несмотря на воздействие чрезмерных стресс-факторов на отдельных людей, семьи и общество, в психическое здоровье вкладывается не достаточно инвестиций. Страны тратят в среднем только 2% своих бюджетов здравоохранения на сохранение психического здоровья. Средний размер расходов других секторов здравоохранения неизвестен, но принято считать, что он является незначительной частью этого показателя [1]. По оценкам специалистов, международная помощь развитию в области психического здоровья составляет менее 1% от мировых затрат на здравоохранение [3]. И это несмотря на хорошо задокументированную сопутствующую патологию физического и психического здоровья таких заболеваний, как ВИЧ / СПИД и туберкулез; а теперь и COVID-19.

В условиях пандемии и других кризисных ситуаций можно с уверенностью прогнозировать высокий уровень стресса. Неблагоприятные обстоятельства - это общепризнанный фактор риска краткосрочных и долгосрочных проблем психического здоровья. Исследования прошлых

эпидемий выявили негативное влияние вспышек инфекционных заболеваний на психическое здоровье людей.

Ключевой посыл Комиссии Lancet по глобальному психическому здоровью и устойчивому развитию заключается в том, что проблемы психического здоровья существуют в диапазоне от легкого, ограниченного по времени дистресса до тяжелых состояний психического здоровья. Пандемия влияет на то, где население находятся в этом континууме. Многие люди, которые раньше хорошо справлялись с психологическими проблемами, в сложившей ситуации менее адаптивны из-за множества факторов стресса, вызванных COVID-19. Те, у кого ранее было мало переживаний тревоги и дистресса, испытывают увеличение их количества и интенсивности, а у некоторых развивается состояние психического нездоровья. При этом у людей, уже имевших ранее было психическое заболевание, наблюдается ухудшение психологического состояния и снижение функциональности [16,17].

Страдания людей можно понять, учитывая воздействие пандемии на жизнь людей. Во время чрезвычайной ситуации COVID-19 человек опасается заражения, смерти и потери членов семьи. В то же время огромное количество людей потеряли или рискуют потерять средства к существованию, оказались в социальной изоляции и разлучены с близкими, а в некоторых странах испытали на себе приказы о карантине, осуществленные радикальным образом. Женщины и дети стали жертвами домашнего насилия и жестокого обращения.

Широко распространенная дезинформация о вирусе и мерах профилактики, а также глубокая неуверенность в будущем являются дополнительными серьезными источниками стресса. Неоднократные изображения в СМИ тяжелых больных, мертвых тел и гробов усиливают страх. Осознание того, что у людей может не быть возможности попрощаться с

умирающими близкими и, возможно, не удастся провести для них похороны, еще больше усугубляет страдания [4].

Неудивительно, что в разных странах были зарегистрированы более высокие, чем обычно, уровни симптомов депрессии и тревоги. Крупное исследование, проведенное в региональном штате Амхара (Север Эфиопии), в апреле 2020 года, показало, что уровень распространенности симптомов, соответствующих депрессивному расстройству, оценивается в 33%, что в 3 раза больше по сравнению с оценками в этом районе до эпидемии [14].

По данным исследователей из университетов Шеффилда и Ольстера, после сообщения премьер-министра Великобритании о введении режима самоизоляции представленность тревожных расстройств возросла более чем на 20 % [4]. Недавнее исследование, проведенное в Китае, позволило выявить тревожные расстройства у 73,4 %, депрессию – у 50,7 %, инсомнию – у 36,1 % испытуемых [5]. Другое крупномасштабное исследование, проведенное на 7236 добровольцах, позволило выявить у каждого третьего тревожные и у каждого пятого – депрессивные расстройства. При этом более молодые участники были склонны к развитию тревожных и депрессивных симптомов во время вспышки COVID-19, чем участники более старшей (≥35 лет) возрастной группы. По сравнению с другими профессиональными группами, медицинские работники отметили плохое качество сна. Установлено, что люди, которые проводили много времени (≥3 час/сут), думая о опасности коронавируса, были более склонны к развитию тревожных симптомов [6].

По данным исследования, проведенного в Италии весной 2020 года после 3-4 недель самоизоляции и карантина, были выявлены следующие нарушения в психической сфере: у 20,8% исследуемых отмечалась выраженная тревога; у 37% - посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР); у 22,8% - сильный

стресс; у 7,3% - нарушение сна (бессонница); у 21,8% - нарушения адаптации и у 17,3% - депрессивные расстройства [11].

Помимо симптомов тревоги, в условиях пандемии отмечены: рост числа и выраженности признаков депрессии (плаксивость, снижение настроения; чувство беспомощности, скуки, одиночества и подавленности из-за изоляции, изменения своих привычек и образа жизни; чувство вины и стыда из-за того, что «выжили», «заразили других» или «не смогли помочь другим»; растерянность, эмоциональное оцепенение или деморализация из-за потери некоторых предпочитаемых видов деятельности как на работе, так и в свободное время, включая спортивные мероприятия и физическую активность; социальная или коммуникативная замкнутость), когнитивных расстройств (дезориентация - в месте, времени, собственной личности; ступор или психомоторное возбуждение; неспособность понять причины ограничений, связанных с правилами гигиены, и способов их осуществления, в том числе положения, ограничивающие поездки и мероприятия на свежем воздухе), а также нарушений поведения (самоповреждения и/или агрессивное поведение по отношению к объектам или к другим людям) [1, 3, 8, 9].

Согласно результатам пилотных популяционных исследований, пандемия коронавирусной инфекции COVID-19 спровоцировала увеличение числа клинически завершенных форм психических расстройств [10, 12, 13], которые в свою очередь могут являться предикторами снижения иммунитета и повышения вероятности неблагоприятного течения вирусной инфекции в случае заражения [14, 15]. Этому способствует и то, что у пациентов с психическими заболеваниями и расстройствами зафиксированы и серьезные соматические недуги (метаболический синдром, диабет, сердечно-сосудистая и легочная патология [16, 17]), являющиеся факторами риска развития тяжелых форм COVID-19, встречаются в 2,5 раза чаще, чем у населения в целом [14-17]. Все это

делает таких больных более склонными к развитию осложнений, ухудшает прогноз любого соматического заболевания и увеличивает вероятность госпитализации. Возможными причинами этого у пациентов с психическими расстройствами являются когнитивные нарушения, стигматизация, снижение инстинкта самосохранения, недостаточная критичность, плохая комплаентность, сопровождающаяся нарушениями режима самоизоляции и несоблюдением санитарных правил [13].

Чтобы справиться со стрессорами, люди могут прибегать к различным негативным способам совладания, включая употребление алкоголя, наркотиков, табака или тратить больше времени на потенциально вызывающее привыкание поведение, такое как онлайн-игры. Статистика из Канады свидетельствует о том, что 20% населения в возрасте 15-49 лет увеличили потребление алкоголя [2].

Нельзя упускать из виду долгосрочное воздействие кризиса, спровоцированного COVID-19, на психическое здоровье человека и, в свою очередь, на психическое здоровье социума в целом. Так, в результате экономического кризиса 2008 года среди американцев трудоспособного возраста был зафиксирован рост «смертей от отчаяния» [1]. Смертность, связанная с самоубийствами и употреблением психоактивных веществ, составила большую часть этих смертей, что было связано с потерей надежды из-за отсутствия работы и растущего неравенства. По мере роста экономического бремени COVID-19 можно ожидать аналогичных потерь для психического здоровья людей, что окажет серьезное влияние на отдельных людей, семьи и общество в целом.

Воздействие COVID-19 на мозг так же вызывает серьезную озабоченность. Основные причины заключаются в том, что

• COVID-19 может вызывать неврологические проявления, включая головную боль, нарушение инсульт и менингоэнцефалит.

• Основные неврологические состояния повышают риск госпитализации по поводу COVID-19, особенно для пожилых людей.

• Стресс, социальная изоляция и насилие в семье могут повлиять на здоровье и развитие мозга маленьких детей и подростков.

• Социальная изоляция, снижение физической активности и снижение интеллектуальной стимуляции увеличивают риск снижения когнитивных функций и деменции у пожилых людей [13].

Перечисленные неврологические проявления были отмечены у людей во многих странах [6]. Более того, социальные последствия пандемии могут повлиять на развитие здоровья мозга у маленьких детей и подростков и снижение когнитивных функций у пожилого населения. Необходимы срочные меры, чтобы предотвратить долгосрочное воздействие на мозг, как самых молодых, так и старших членов нашего общества.

Сложившаяся ситуация осложняется тем фактом, что до пандемии в большинстве сообществ мира, и особенно во многих гуманитарных и конфликтных ситуациях, уже был ограниченный доступ к качественной и доступной психиатрической помощи. В настоящее время такая возможность еще более ограничена из-за COVID-19, поскольку пандемия нарушила работу специализированных служб по всему миру. Ключевыми факторами, влияющими на услуги специалистов в области психиатрии в сложившейся ситуации, являлись: инфекция и риск заражения в учреждениях длительного пребывания, включая уход дома; препятствия на пути к личной встрече с людьми; заражение этим вирусом сотрудников психиатрических служб; и закрытие специализированных учреждений с тем, чтобы превратить их в лечебные учреждения для людей, заразившихся коронавирусом.

По данным Международной сети по политике долгосрочного ухода, примерно половина всех смертей, связанных с COVID-19, в Австралии, Бельгии,

Канаде, Франции, Ирландии, Норвегии и Сингапуре происходила среди пациентов учреждений долгосрочного ухода, а уровень смертности колебался от 14 % до 64% [14-16]. Многие из этих учреждений длительного пребывания являются хостингом для людей с деменцией.

Амбулаторные службы охраны психического здоровья во всем мире также серьезно пострадали. Спрос на личные психиатрические услуги значительно снизился из-за страха заражения, особенно среди пожилых людей. Многие специалисты были вынуждены переключиться на дистанционную психиатрическую помощь. Показательно, что повышенное внимание уже в 2020 г. уделялось цифровой психиатрической помощи, оказанию медицинских услуг и реализации программ для родителей (включая использование более простых технологий, таких как телефон и SMS). Такие подходы и в будущем могут быть эффективными и масштабируемыми, хотя их ограничение заключается в том, что многие, в том числе и пожилые люди имеют ограниченный доступ к Интернету или телекоммуникациям, и такие подходы не являются ответом на все потребности психического здоровья. По-прежнему остаются важными и значимыми классические методы лечения.

Службам психического здоровья пришлось искать новаторские способы реорганизации и адаптации предоставления услуг для обеспечения непрерывности оказания помощи во время пандемии. В Мадриде, например, были вынуждены переоборудовать более 60% своих койко-мест для психиатрических больниц для оказания помощи людям с COVID-19, что снизило количество людей, обращающихся за неотложной психиатрической помощью на 75% [10]. Чтобы справиться с этим, службам психического здоровья пришлось быстро адаптироваться. По возможности, людей с тяжелыми заболеваниями переводили в частные клиники, чтобы обеспечить непрерывность лечения. В наиболее серьезных случаях были организованы посещения на дому. Также

необходимо было установить партнерские отношения с ИТ-экспертами, чтобы персонал психиатрической службы, работающий по месту жительства, мог получить доступ к электронным историям болезни при сохранении конфиденциальности.

Критически пострадала и психосоциальная поддержка, оказываемая на уровне сообщества. Например, группы, ассоциации и общественные инициативы, которые раньше регулярно объединяли людей до пандемии (например, клубы пожилых людей, молодежные группы, спортивные клубы, организации людей с жизненным опытом и их семей, взаимные группы помощи при алкогольной и наркотической зависимости, культурные программы) - предлагающие социальную поддержку, смысл и чувство принадлежности - не могли работать в течение нескольких месяцев.

В современных условиях поддержание и укрепление служб и программ психического здоровья должно быть приоритетом для удовлетворения текущих и будущих потребностей в области психического здоровья и помощи в предотвращении роста психических заболеваний в будущем. Ответные меры на пандемию - это возможность улучшить масштабы и повысить рентабельность различных вмешательств в области психического здоровья.

В условиях, где есть доступ к Интернету, психическое благополучие людей поддерживается за счет создания онлайн-групп поддержки и социальных сообществ для борьбы с одиночеством и скукой и укрепления социальных связей, для распространения позитивных посланий надежды и единства и для мобилизации добровольцев. чтобы помочь тем, кому нужна помощь.

Исключительный стресс, сталкиваясь с экстремальной рабочей нагрузкой, трудными решениями, рисками заражения и распространения инфекции среди семей и сообществ, переживают медицинские работники. Поступали сообщения

о попытках самоубийства и самоубийствах со стороны с их стороны. В целом ситуация выглядела крайне тревожно. Так,

• в Канаде 47% медицинских работников сообщили о необходимости психологической поддержки.

• в Китайской Народной Республике медицинские работники сообщили о высоком уровне депрессии (50%), тревожности (45%) и бессонницы (34%).

• в Пакистане большое количество медицинских работников сообщают о психологическом стрессе от умеренного (42%) до тяжелого (26%) [13-14].

Рядом с темой травматизации медицинского персонала в период пандемии часто находится тема героизма. Герои – это люди, играющие чрезвычайно важную роль в жизни других людей в условиях трудных или чрезвычайных обстоятельств и подвергающие тем самым риску собственную жизнь. Сегодня в честь врачей и медсестер поют лучшие исполнители мира; им аплодировали ежедневно люди, изолированные в своих домах и квартирах в 2020 г; вечерняя иллюминация в больших городах мира была «окрашена» в белый и красный цвета и др.

С одной стороны, героизм ассоциируется с максимально осмысленной, проживаемой и подлинной жизнью: это то время и место, где человек ощущает себя максимально необходимым, где мир запрашивает именно его и он может максимально реализовать здесь свой потенциал: мужество, способности, знания, энергию, опыт.

Героический нарратив с древнейших времен по наши дни отражает этапы развития личности героя, которые могут быть пройдены именно в травматической ситуации: сепарация (выход из привычных безопасных условий); прохождение через экстремальный опыт и трансформация личности; реализация потенциала, приобретенного в результате страданий, в преобразовании внешнего мира. В этом процессе, вероятно, отражен феномен

так называемого «посттравматического личностного роста», который давно описан в психологи и имеет эмпирические подтверждения. Людям свойственно искать и обнаруживать смыслы в трудных жизненных ситуациях: самым ярким примером этого является личность психолога и психиатра Виктора Франкла – основателя логотерапии, прошедшего через концлагерь и создавшего там основной труд своей жизни «Скажи жизни «Да!». Помощь другим, как источник смысла, является огромным ресурсом в прохождении через травматические ситуации, каковой является и пандемия коронавируса.

С другой стороны, героизм не может быть навязан или искусственно создан: истинное героическое поведение может быть только актом глубокого совпадения внутренней готовности и внешнего запроса. Навязывание социальной роли героя имеет риск привести к саморастрачивнию, ощущению себя жертвой, дистрессу и психическому истощению. Это вдвойне опасно в случае, когда героизмом одной социально-профессиональной группы искусственно прикрывается несостоятельность другой. Люди вообще и врачи, в частности, не обязаны быть героями. Способность жертвовать собой не должна быть следствием социального давления. Исследования израильских ученых показывают, что идентификация себя с героем перед военной операцией является предиктором тревожности в этот период [6].

Пожилые люди и люди с уже существующими заболеваниями так же подвержены значительному риску опасных для жизни осложнений COVID-19. Примерно 8 из 10 зарегистрированных смертей в США и Германии произошли среди людей в возрасте 65 лет и старше или 70 лет и старше соответственно [7]. Понятно, что многие пожилые люди и люди с ранее существовавшими заболеваниями (например, сердечными заболеваниями, гипертонией) в настоящее время чрезвычайно обеспокоены тем, что могут быть инфицированы вирусом и не имеют доступа к надлежащей помощи. Некоторые из них, в том

числе с когнитивными нарушениями, могут испытывать трудности с доступом к советам по профилактике инфекций и подвергаются более высокому риску изоляции. Одиночество - главный фактор риска смерти у пожилых людей [5].

Подростки и молодые люди также являются группой риска в условиях современно кризиса, поскольку большинство психических заболеваний развиваются в этот период жизни. Многие молодые люди увидели, как их будущее изменилось. Например, закрылись школы, не проводились экзамены, ухудшились экономические перспективы. Исследование, проведенное среди молодых людей с историей психических расстройств, проживающих в Великобритании, показывает, что 32% из них согласились с тем, что пандемия значительно ухудшила их психическое здоровье [8]. Основными источниками стресса были опасения по поводу здоровья их семьи, школы и закрытие университетов, потеря рутины и потеря социальных связей. Оказание психиатрических услуг должно включать в себя конкретные действия, адаптированные для этой группы населения.

Женщины - еще одна группа людей, у которой есть особые проблемы. Исследование уровней стресса среди населения Индии во время пандемии COVID-19 показало, что 66% женщин сообщили о стрессе по сравнению с 34% мужчин [4]. В нынешней ситуации с COVID-19 беременные и роженицы особенно часто беспокоятся из-за трудностей с доступом к услугам и социальной поддержке, а также из-за страха перед инфекцией. В некоторых семьях в период карантина возросли дополнительных обязанностей по уходу, таких как обучение детей на дому и уход за пожилыми родственниками. Как и в случае жестокого обращения в детстве, ситуация стресса и ограничений на передвижение увеличила насилие в отношении женщин. Было подсчитано, что в мире может произойти 31 миллион дополнительных случаев гендерного насилия, если ограничения сохраняются в течение как минимум 6 месяцев [13]. Опубликован

аналитический отчет ООН, в котором конкретно рассматривается влияние COVID-19 на женщин и меры, которые необходимо принять сейчас для устранения этого воздействия.

Люди в гуманитарных и конфликтных ситуациях, чьи потребности в психическом здоровье часто игнорируются, так же требуют большего внимания. Фактические данные показывают, что в условиях конфликта каждый пятый человек страдает психическим заболеванием. Ситуация пандемии может усугубить существующие состояния психического здоровья, вызвать новые состояния и ограничить доступ и без того недостаточным имеющимся услугам в области психического здоровья. Более того, часто бывает трудно придерживаться мер по профилактике инфекций (таких как физическое дистанцирование) для людей в гуманитарной среде, таких как беженцы или внутренне перемещенные лица, живущие в многолюдных лагерях или поселениях. Это увеличивает риск заражения COVID-19 и вызывает высокий уровень стресса. Пока нет данных о психическом здоровье людей, связанных с COVID-19, в гуманитарных и конфликтных ситуациях, но данные о мигрантах вызывают беспокойство. Межучрежденческий постоянный комитет (IASC) рекомендовал ряд ключевых действий для минимизации и устранения влияние COVID-19 на психическое здоровье и психосоциальное благополучие [9].

Последствия пандемии уже имели и будут иметь серьезные последствия для психического здоровья. Поэтому чрезвычайные ситуации должны стать катализатором восстановления более качественных и устойчивых служб психического здоровья.

Заключение

Пандемия COVID-19 выступила катализатором глобального кризиса психического здоровья и одновременно обнажила слабые места систем охраны психического здоровья. Последствия могут сохраняться годы, особенно у

уязвимых групп. Необходимы долгосрочные продольные исследования, стандартизация измерений, кросс-культурные сравнения и оценка эффективности вмешательств. Практические усилия должны быть направлены на укрепление служб, снижение неравенства в доступе к помощи, профилактику и раннее выявление психических нарушений.

Современная ситуация пандемии имеет ряд особенностей, которые позволяют говорить о ней как о глобальном травматическом стрессоре. В условиях COVID-19 можно выделить группы людей, которые испытывают наиболее интенсивную угрозу и психологический дистресс. Последствия этого дистресса мировое сообщество будет ощущать на себе еще как минимум годы и, вероятно, десятилетия.

Наиболее эффективными в процессе совладания со стрессом у людей во время эпидемии, могут быть психологическое самообразование или информирование, неформальная социальная поддержка, а также полная доступность психологической/психиатрической помощи.

Люди, перенесшие COVID-19, имеют повышенный риск стать пациентами психиатра. Психиатрическая отрасль должна подготовиться к наплыву лиц, жалующихся на депрессию, посттравматическое стрессовое расстройство и другие нарушения. Между тем период наблюдения за больными COVID-19 пока что еще слишком мал, чтобы делать окончательные выводы о влиянии вируса на центральную нервную систему.

Литература/ References:

1. Акименко, Г.В. Коронавирус и кризисные ситуации с позиции психологии // Г.В. Акименко, А.М. Селедцов, Ю.Ю. Кирина. [Электронный ресурс]. Дневник науки. 2020. № 7 (43). С. 16.

2. World Health Organization. Mental health and COVID-19: early evidence of the pandemic’s impact. Geneva: WHO; 2022.

3. Brooks S.K., Webster R.K., Smith L.E., et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence // Lancet. 2020. Vol. 395, № 10227. P. 912–920.

4. Селедцов, А.М. Проблемы психического здоровья в условиях пандемии // Г.В. Акименко, А.М. Селедцов, Ю.Ю. Кирина.] / Актуальные вопросы психиатрии, наркологии и клинической психологии**:** сборник материалов Международной научно-практической конференции, посвященной 115 - летию со дня рождения австрийского психиатра и психолога В.Э. Франкла (Кемерово,18 сентября 2020 г.) / отв. ред. А.М. Селедцов, А.А. Лопатин, Г.В. Акименко, Ю.Ю. Кирина. – Кемерово: КемГМУ, 2020. – 370 с.

5. Фишхофф, Б. Психология коронавирусной тревоги. [Электронный ресурс]. - URL: https://www.apa.org/research/action/speaking-of-psychology /coronavirus-anxiety. (дата обращения 17.06.2021).

6. Liu S., Yang L., Zhang C., Xiang Y., Liu Z., Hu S., Zhang B. Online mental health services in China during the COVID-19 outbreak. Lancet Psychiat. 2020;7(4):e17–e18. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30077-8.

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

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

9. Ozamiz-Etxebarria N., Dosil-Santamaria M., Picaza-Gorrochategui M., Idoiaga-Mondragon N. уровни стресса, тревоги и депрессии на начальной стадии вспышки COVID-19 в популяционной выборке на севере Испании. Хам. Saude. Publica. 2020;36 (4) doi: 10.1590/0102-311X00054020.

10. Özdin S., Özdin S.B. Levels and predictors of anxiety, depression and health anxiety during COVID-19 pandemic in Turkish society: the importance of gender. Int. J. Soc. Psychiatry. 2020:1–8. doi: 10.1177/0020764020927051.

11. Pisciotta M., Denneson L.M., Williams H.B., Woods S., Tuepker A., Dobscha S.K. Providing mental health care in the context of online mental health notes: advice from patients and mental health clinicians. J. Ment. Health. 2019;28 (1):64–70. doi: 10.1080/09638237.2018.1521924.

12. Qiu J., Shen B., Zhao M., Wang Z., Xie B., Xu Y. A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: implications and policy recommendations. Gen. Psychiatr. 2020;33 doi: 10.1136/gpsych-2020-100213.

13. Tran B. X., Phan H. T., Nguyen T. P. T., Hoang M. T., Vu G. T., Lei H. T., Latkin C. A., Ho C. S. H., Ho R. C. M. Reaching further by Village Health Collaborators: The informal health Task Force of Vietnam for COVID-19 responsions. J. Glob. Health. 2020;10 (1) doi: 10.7189/jogh.10.010354.

14.Fung Wong P, Craik S, Newman P, Makan A, Srinivasan K, Crawford E et al. Lessons of the mo nth 1: A case of rhombencepha- litis as a rare complication of acute COVID-19 infection. Clin Med. 2020;20(3):1-2. doi:10.7861/clinmed.2020-0182

15. Filatov A, Sharma P, Hindi F, Espinosa P. Neurological complications of coronavirus disease (COVID-19): encephalopathy. Cureus. 2020;12(3): e7352. doi:10.7759/cureus.7352

16. Helms J, Kremer S, Merdji H, Clere-Jehl R, Schenck M, Kummerlen C et al. Neurologic features in severe SARS-CoV-2 infection. N Engl J Med. 2020. [Ahead of print, published online 7 May 2020]. doi:10.1056/NEJMc2008597

17. Zhao H, Shen D, Zhou H, Liu J, Chenet S. Guillen-Barre syndrome associated with SARS-CoV-2 infection: causality or coincidence? Lancet. 2020;19(5):383-384. doi:10.1016/S 1474-4422 (20)30109-5

СОВРЕМЕННЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА: НАРРАТИВНЫЙ ОБЗОР

Акименко Г. В.[1], Лобанова А. С.[2]
[1]*Кафедра клинической психологии*
ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Россия, г. Кемерово
[2]*Филиал «МЧ-4» ФКУЗ МСЧ-42 ФСИН России,*
Россия, г. Кемерово

Аннотация. Статья рассматривает современные факторы риска развития посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), анализируя биологические, психологические, социальные и цифровые аспекты. Особое внимание уделяется кибервиктимизации, медиа-освещению и информационному стрессу. Отмечается, что наибольший риск связан с претравматической уязвимостью, тяжестью травмы, отсутствием поддержки и посттравматическими стрессами. Глобальные вызовы, такие как пандемия COVID-19 и вооружённые конфликты, влияют на профиль факторов риска. Рекомендуется многоуровневая профилактика, ранний скрининг и персонализированные интервенции.

Ключевые слова: ПТСР, факторы риска, психическая травма, профилактика, цифровые факторы, психологическая устойчивость.

MODERN RISK FACTORS FOR THE DEVELOPMENT OF POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER: A NARRATIVE REVIEW

Akimenko G. V.[1], Lobanova A. S.[2]
[1]*Department of Clinical Psychology*
Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo
[2]*Branch MCH-4 of the FKUZ MCH-42, Russia, Russia, Kemerovo*

Abstract. The article examines current risk factors for post-traumatic stress disorder (PTSD), analyzing biological, psychological, social and digital aspects. Special attention is paid to cyber-victimization, media coverage and information stress. It is noted that the greatest risk is associated with pre-traumatic vulnerability, severity of injury, lack of support and post-traumatic stress. Global challenges such as the COVID-19 pandemic and armed conflicts affect the risk factor profile. Multilevel prevention, early screening, and personalized interventions are recommended.

Keywords: PTSD, risk factors, mental trauma, prevention, digital factors, psychological resilience.

События последних трёх лет в истории России чрезвычайно повысили востребованность практической психологии и психотерапии. Пандемия и специальная военная операция по защите ДНР и ЛНР во многих случаях стали причиной посттравматического стрессового расстройства.

В России феномен военного невроза (современное название посттравматическое стрессовое расстройство - ПТСР) был известен как минимум с русско-японской войны (1904–1905), когда через харбинский госпиталь прошло более 3000 солдат, не имевших физических ранений, но бывших явно психически нездоровыми. Несколько позже, в 1914 году, русский психиатр Н.Н. Баженов описал «аффекты ужаса» у жертв землетрясения в Мессине в 1908 году (Италия), включавшие в себя реакции шока (оглушение,

индифферентность к собственной жизни и жизни близких и др.). После завершения Второй мировой войны в статье «Психогении военного времени» (1948) отечественный психиатр Е.К. Краснушкин писал: «Психическое воздействие на личность во время войны приобретает необычайную для мирных условий остроту… психогенный фактор в большой группе заболеваний становился ведущим и являлся причиной болезни… психотравмы приводят к органическим изменениям в организме» [3].

В СССР в 1980-е годы произошло значительное количество различных психотравмирующих событий, в том числе техногенного (авария на ЧАЭС, 1986; железнодорожная катастрофа под Уфой, 1989), природного (спитакское землетрясение, 1988), военного (афганская война, 1979–1989) и межэтнически-конфликтного характера (армяно-азербайджанские столкновения в Нагорном Карабахе, 1988; ферганские погромы, 1989). Это стимулировало разработку проблематики постстрессовых расстройств на территории нашей страны, в том числе их медико-биологических составляющих, клиники и методов лечения, а также психолого-психиатрических коррелятов ПТСР. Психологические исследования этого времени были сосредоточены на изучении последствий военных действий на принимавших в них участие военнослужащих-«афганцев», психофизиологических и психологических особенностей жертв природных и экологических бедствий.

Катастрофические для страны социально-экономические и политические последствия горбачевской «перестройки» дали ученым и практикам большое количество материала для работы (в том числе авиационные, природные катастрофы и события с применением оружия, такие как конституционный кризис 1993 года и две войны в Чечне). В Институте психологии РАН существует лаборатория, изучающая психологические особенности стресса (нынешнее ее название лаборатория психологии развития субъекта в нормальных и

посттравматических состояниях), и многие исследования такого рода проводились и проводятся в ней. Психологические исследования этого периода были связаны с изучением социально-психологической работы с участниками экстремальных событий, психокоррекции и психотерапии постстрессовых расстройств, особенностей личности в экстремальных условиях.

Новая волна исследований ПТСР связана с пандемией COVID-19 и пациентами, которые оказались в интенсивной терапии. У них, как показывают исследования, развивалось тяжелое посттравматическое стрессовое расстройство, которое обычно фиксируют после участия в боевых действиях (Бойко О.М., Медведева Т.И., Ениколопов С.Н., Воронцова О.Ю., Казьмина О.Ю., 2020; Козлов В.В., 2021, 2022; Васильева А.В., 2020; Тхостов А.Ш., Рассказова Е.И., 2020; Сорокин М.Ю., Касьянов Е.Д., Рукавишников Г.В., Макаревич О.В., Незнанов Н.Г., Лутова Н.Б., Мазо Г. Э., 2020 и др.).

Насколько мы представляем, в новейшей истории психологии ПТСР сыграют роль исследования, проведенные во время специальных военных операций в зонах конфликта.

Обычно ПТСР возникает при событиях, оказывающих сверхмощное негативное деструктивное воздействие на психическое состояние личности. Иногда ПТСР имеет место в тех случаях, когда ситуация сама по себе не является экстраординарной, но по различным субъективным причинам она может оказаться серьезной психологической травмой для конкретного человека, то есть причина возникновения ПТСР во многих отношениях касается индивидуально-психологических особенностей личности и особой сензитивности к определенным качествам жизненных ситуаций. *Основной детерминантой травматичности события является ощущение-переживание собственной беспомощности и никчемности, что человек не может справиться с ситуацией,*

не может превозмочь вызов жизненной ситуации, не имеет возможности эффективно и адекватно реагировать на то, что происходит.

Как показывают наши исследования, ПТСР всегда связан с индивидуальной невозможностью интегрировать интенсивность или содержание острой кризисной ситуации. При этом внешние характеристики кризиса могут отличаться друг от друга, пусковые механизмы могут иметь различный характер, и реакции на кризисные ситуации будут специфичными для каждого человека. Поэтому для понимания кризиса важно знать психологические механизмы его возникновения, его внутреннюю суть [6].

ПТСР рассматривается в основном с точки зрения разрушительного воздействия на человека, как негативная дезинтеграция личности. В интегративной психологии с 1990-х годов стрессы, ПТСР, психологические травмы, кризисы рассматриваются с точки зрения позитивной интеграции личностью ресурсных составляющих опыта переживания тяжелых событий и потрясений. На наш взгляд, экстремальные события могут инициировать личностный рост, самопознание, саморегуляцию, духовное самосовершенствование, улучшение поведенческих стратегий, социальную зрелость и ответственность, пробуждая сущностные силы человека и истинные экзистенциональные смыслы и ценности.

При шоковом кризисе ПТСР внезапный катаклизм в социальном окружении (неожиданная смерть супруга или насилие, потеря интегрального статуса или значимого социального статуса) может вызвать сильную эмоциональную реакцию, которая подавляет адаптивные механизмы индивида. Такого же рода эффект может быть достигнут в материальном «Я» - внезапная неизлечимая болезнь или подозрение на нее, клиническая смерть или угроза смерти, наличие объективной опасности для жизни и здоровья, потеря значимого фрагмента телесной конструкции или функции, личностно значимой

материальной ценности - банкротство, стихийное бедствие, ограбление. Возможны психодуховные переживания шоковой интенсивности, которые полностью девальвируют материальное и социальное «Я», основные ценности и смыслы жизни. Поскольку событие происходит внезапно, неожиданно и человек обычно не имеет времени подготовиться к страшному удару, он может впасть в эмоциональный шок и пережить всю феноменологию ПТСР в силу экстраординарности предъявляемых условий.

ПТСР является экстремальным вызовом для личности, связанным с неординарным резким выходом за пределы нормы привычных действий и операций и переживанием шока.

ПТСР является всегда значимой *утратой*, когда экстремальная жизненная ситуация разрушает значимые элементы структуры личности и функциональные возможности.

1. *Шоковое состояние* развивается сразу после ПТСР и длится от нескольких дней до месяца, сосуществуя с признаками следующего этапа - переживания. Человек не осознает потери, не в состоянии осмыслить случившееся, происходящее воспринимается как в тумане или во сне. Затем приходит неверие, что это могло произойти. Психологической защитой служат вытеснение и отрицание. Их вовлечение является естественным и полезным, поскольку помогает человеку постепенно освоиться со случившимся. К концу этапа шока после психической анестезии начинается страдание, свидетельствующее о начале переживания, то есть «работы горя». О наступающем завершении говорят элементы понимания и признания утраты, а также обстоятельств, при которых она произошла.

2. В состоянии *переживания*, являющегося в процессе горя наиболее интенсивным, понимание и признание утраты достигает степени ясности факта. Ритуальные действия и другие конкретные события играют в этом важную роль.

Страдание обычно достигает наибольшей силы и отличается разнообразием проявлений. Осознание приводит человека к зияющей пустоте, которая возникла после утраты, и необходимости освоиться с ней. Попытки ее заполнения выражаются в неоднократных возвращениях и рассказах об обстоятельствах утраты. Затем человек уходит все дальше, возникают многообразные воспоминания о потере, о прошлом. Они не только способствуют пониманию утраты, но и приводят к идеализации и идентификации с ушедшим за счет вовлечения механизмов вытеснения. Тем не менее, уход в прошлое характеризует начало принятия и интеграции опыта утраты.

3. *Состояние принятия утраты (интеграция)*. «Работа горя» в это время состоит в преодолении психического страдания, идей самообвинения, поглощенности образом утраты и идентификации с ней для того, чтобы возвратиться к реальности. Принятие утраты не исключает, что укоры совести, чувство вины могут быть длительными. Постепенно исчезает враждебное отношение к окружающим. Сохраняются воспоминания о прошлом, которые существенно снижают эмоциональное напряжение. Начинается освоение своего нового места в мире, а энергия переключается на отношения и занятия, не связанные с утратой.

В реальной жизни динамика этапов горя не бывает линейной, они скорее напоминают накладывающиеся друг на друга циклы.

Шок, переживание и принятие не следуют строго один за другим, хотя сама последовательность является типичной и, следовательно, предсказуемой. Их проявления часто перекрывают друг друга. Поскольку переживание горя представляет собой индивидуальный процесс, характерные признаки этапов могут сосуществовать в различных сочетаниях, создавая уникальные возможности для позитивных изменений.

Из шоковой зоны ПТСР всего 4 выхода.

1. *Позитивная интеграция* с переходом на новый качественный уровень целостности сознания и личности, когда происходит значительное уменьшение тревожности, депрессивных симптомов, гнева или стыда по поводу случившегося. Кризисное состояние является посвящением в ядерную смысловую структуру, приводящим к интроекции в сознание личности новых жизненных ценностей и, таким образом, становится действительным преображением индивида. Кризисное состояние является испытанием на соответствие новой ситуации в материальном, социальном, духовном «Я», на соответствие новым социальным требованиям. Психологически кризисное состояние требует концентрации воедино всех сил для решения задач, которые ставятся перед личностью. Позитивная интеграция происходит тогда, когда у личности имеются силы и навыки организации активности по преодолению испытания, а также когда она может и умеет собрать их в одно целое в данный момент на фоне социальной поддержки. Для позитивной интеграции необходимы навыки осознания, самоконтроля, саморегуляции. Человек, страдающий ПТСР, постепенно должен начинать использовать различные сознательные и подсознательные стратегии совладания для уменьшения интенсивности посттравматических симптомов. Из всех этих стратегий лишь поведение, направленное на решение проблемы, является конструктивным и адаптивным для позитивной интеграции опыта ПТСР, который всегда является лишением, фрустрацией. ПТСР всегда является вызовом для личности. Он является испытанием на укорененность, интроецированность каких-то важных установок и ценностей личности.

При позитивной интеграции опыта ПТСР к человеку возвращается доверие к миру и людям, уверенность в себе, оптимизм и прилив энергии, способность строить проекты на будущее, интерес к прежним увлечениям, работе,

межличностным отношениям. Воспоминания о событии становятся значительно менее травмирующими и больше не вызывают интенсивного страха, они интегрируются в жизненный опыт индивида и воспринимаются как часть прошлого и урок, не мешая получать радость от жизни.

2. Негативная дезинтеграция личности психопатологической симптоматикой.

При негативной дезинтеграции происходит уменьшение непереносимого напряжения за счет невротических или психопатических паттернов поведения.

Тревожный тип ПТСР характеризуется симптомами тревоги, раздражительностью, внутренней напряжённостью, навязчивыми тревожными мыслями по поводу травмирующей ситуации и своего состояния, расстройствами сна (трудности при засыпании). Пациент часто боится кошмаров на тему травмы и по этой причине намеренно отодвигает наступление сна. В вечерне-ночное время могут возникать ощущения нехватки воздуха, сердцебиение, потливость, озноб или приливы жара. Такие больные стремятся к общению и какой-либо целенаправленной деятельности, поскольку получают облегчение от активности.

Астенический тип ПТСР характеризуется пассивностью, безразличием к ранее интересовавшим событиям в жизни, равнодушием к окружающим людям и к профессиональной деятельности. Характерно переживание утраты чувства удовольствия от жизни. В сознании доминируют мысли о собственной несостоятельности. В отличие от тревожного типа, в данных случаях воспоминания о травмирующем событии лишены яркости, детальности и эмоциональной окрашенности. Может иметь место обидчивость и раздражительность. Отмечается гиперсомния с невозможностью подняться с постели, мучительной сонливостью (иногда в течение всего дня).

Дисфорический ПТСР характеризуется постоянным присутствием недовольства, раздражения (вплоть до вспышек ярости) на фоне угнетенно-мрачного настроения. В воображении доминируют образы наказания обидчиков и сцены агрессии с собственным участием в роли агрессора. Часто больные не способны контролировать себя и впоследствии сожалеют о своих агрессивных реакциях. Иногда это вынуждает их сводить к минимуму свои контакты с окружающими. Внешне больные выглядят мрачными, их поведение отличается отгороженностью, замкнутостью, малословностью. Обычно они не обращаются за помощью и попадают в поле зрения специалистов из-за поведенческих расстройств, на которые обращает внимание их окружение.

Соматоформный тип ПТСР отличается обилием соматоформных расстройств, при этом неприятные ощущения локализуются главным образом в области сердца (54%), желудочно-кишечного тракта (36%) и головы (20%), что сочетается с психовегетативными пароксизмами. Часто встречается избегающее поведение на фоне панических атак. Больного беспокоят в первую очередь неприятные телесные ощущения. Появляется тревожное ожидание возникновения симптомов. Эта тревога может быть более сильной, чем страх по поводу пережитого травмирующего события.

Истерический тип ПТСР проявляется в форме демонстративного поведения, стремления привлечь к себе внимание, повышенной внушаемости и самовнушаемости.

Для депрессивного типа характерны пониженное настроение и пессимизм.

Кроме вышеперечисленных типов, существуют варианты ПТСР, называемые «диссоциативный», «ипохондрический» и «смешанный» [2].

Человек может стать замкнутым, скрытным, подозрительным или впасть в депрессию. Нарушенное восприятие события может привести к незаслуженным упрекам других в своих неудачах. В некоторых случаях уменьшение напряжения

происходит путем приема алкоголя или медикаментозных средств. Возможны попытки суицида или агрессивного поведения. Негативная психопатологическая дезинтеграция как исход кризиса ПТСР совершенно необязательна, но иногда случается из-за остроты индивидуальных проблем и отсутствия необходимой социальной поддержки.

3. Негативная дезинтеграция личности: социальные девиации.

Социальные девиации являются следствием кризиса ПТСР как способ адаптации и реабилитации к новой личности с приобретенной симптоматикой. При этом все последствия ПТСР, кроме легких форм, приводят к социальным девиациям. В социально-психологическом отношении последствия ПТСР вызывают феномены, которые представляют реальную угрозу выживанию личности в данной социальном сообществе, срыву соблюдения социально-нравственных норм и культурных ценностей, нарушению саморазвития и самореализации в том обществе, к которому человек принадлежит. С точки зрения клинической психологии, ПТСР вызывает отклонение от принятых в данном обществе норм межличностных взаимодействий: действий, поступков, высказываний, совершаемых как в рамках психического здоровья, так и в разных формах нервно-психической патологии, особенно пограничного уровня.

В контексте девиантного поведения особый интерес представляют научные работы, в которых исследуется ПТСР, испытываемое сотрудниками ОВД (участниками контртеррористических операций), и исследования, посвященные особенностям переноса ими при возвращении из «горячих точек» паттернов «неотреагированной агрессии» в практику повседневной службы [4].

Отклоняющееся поведение личности как следствие ПТСР не соответствует общепринятым или официально установленным социальным нормам и вызывает негативную оценку со стороны других людей (социальные санкции). Девиантное поведение хотя и наносит реальный ущерб самой личности, окружающим

людям, но связано с общей направленностью личности на снятие нервно-психического напряжения ПТСР. Оно сопровождается явлениями социальной дезадаптации и имеет выраженное индивидуально-психологическое своеобразие.

Из всего огромного перечня девиантного поведения хулиганство, лихачество на дорогах, уголовная преступность, алкоголизм, наркомания, токсикомания, игромания, терроризм, экстремизм, вандализм, нанесение самоповреждений являются основными как следствие ПТСР. При этом базовым мотивом личности является стремление уменьшить интенсивность посттравматических симптомов.

Следствием ПТСР часто является раздражительность, вспышки гнева, быстрая утомляемость и потеря интереса к общению и разного рода деятельности, социофобия и недоверие к людям. Это приводит к социальной изоляции и маргинализации — к разрыву в отношениях с родными и друзьями, к распаду семьи, к неспособности завести семью и друзей, проблемам в профессиональной сфере.

Агрессивность и антисоциальное поведение как девиация при ПТСР может быть детерминирована проигрыванием роли агрессора жертвой насилия. При этом следствием и симптомом могут стать уголовная преступность, терроризм, экстремизм, вандализм.

ПТСР всегда является интенсивным и экстремальным опытом, который связан с пиковыми состояниями сознания, эмоционального переживания ликования, прилива энергии, необычайности страха, любопытства, ужаса и драйва. Физиологически этот феномен связан с тем, что в момент травмы мозг выделяет эндорфины — вещества, уменьшающие чувство боли и страха и даже создающие чувство особого наслаждения и удовольствия эйфорического характера. У личности возникает некий феномен страстной привязанности и

жажды интенсивного опыта, желание оказаться в ситуации экстремальной опасности, которая временно выводит его из состояния замирания в обыденной реальности и позволяет почувствовать себя опять на пике переживаний.

Следствием ПТСР является злоупотребление алкоголем. Эта зависимость встречается у 52% мужчин и 28% женщин, страдающих ПТСР. Среди девиаций алкоголизм является основной причиной возникновения маргинализации личности (безработица, нищета, бомжевание, совершение преступного поведения, хулиганства и др.). Это обусловлено, с одной стороны, культурной распространенностью самого феномена употребления алкоголя, с другой — социальной оправданностью и негласной эмпатической поддержкой мотива совладания с симптоматикой ПТСР при помощи употребления алкоголя человеком.

Вне сомнения, девиации токсикомании и наркомании при ПТСР не находят поддержки в социальной среде и преследуются по закону как преступное поведение, одновременно с этим многие люди используют стратегию употребления ПАВ как способ уменьшения интенсивности посттравматических симптомов.

Следует отметить, что стратегия употребления алкоголя и ПАВ при ПТСР является весьма деструктивной для личности, и при этом синдром зависимости развивается гораздо быстрей, а реабилитация протекает гораздо дольше и намного тяжелей в форме различных девиаций, аддикций, аффективных, когнитивных нарушений.

4. Негативная дезинтеграция личности: смерть.

Смерть при ПТСР многолика. Мы можем, как крайний предел негативной дезинтеграции личности, рассматривать смерть как:

- смерть социальную;

- психологическую смерть личности;
- смерть физическую.

Смерть социальную мы рассматриваем как разрушение основных статусов и ролей личности, изоляцию личности в социальном дне и невозможность и бессилие обратного восстановления.

Психологическая смерть личности является самым тяжелым вариантом распада человека, когда он совершенно не способен нормально функционировать. При психологической смерти состояние личности выглядит как хроническая психическая патология, часто с диагнозом шизофрения, которая, как известно, изначально обозначалась деме́нция пре́кокс (от лат. dēmentia praecox — «раннее слабоумие»). Диагноз не говорит о том, что личность «умерла» навсегда, так как при соответствующем лечении возможно исцеление пациентов.

Физическая смерть. ПТСР увеличивают риск самоубийства, вероятность которое повышается до 38%. Отягощение риска связано и с тем, что от 20 до 25% самоубийств совершаются в состоянии алкогольного либо наркотического опьянения, которые для многих лиц с ПТСР являются способами справиться с его симптоматикой. Согласно выпущенному ВОЗ в 2018 году «Глобальному докладу о проблемах потребления алкоголя и его влиянии на здоровье», непосредственно после употребления спиртного риск совершить попытку самоубийства повышается в 7 раз. Конечно, среди следствий ПТСР встречается псевдосуицид, который совершается в состоянии депрессии или аффекта и является не столько попыткой лишить себя жизни, сколько «криком о помощи», попыткой обратить на себя и свои проблемы внимание окружающих. Скрытый суицид (поведение, опасное для жизни и сокращающее жизнь) проявляется в не только в алкоголизме, наркомании, токсикомании, отказе от медицинской помощи при серьёзных заболеваниях и других видах саморазрушающего

поведения, но в и нарочитом пренебрежении правилами дорожного движения, лихачестве, несоблюдении техники безопасности, склонности к экстремальному спорту без надлежащей тренировки и экипировки, пренебрежении опасностью в различных жизненных ситуациях.

Исследования, проведенные российскими и зарубежными психологами в течение 2020–2022 гг., показали, что у большинства опрошенных (от 57 до 72%) доминируют негативные отрицательные эмоции: тревога, страх, раздражение, злость, усталость, досада, безволие, недоверие, уныние, насилие, отчужденность и др. [1, 5]. На наш взгляд, именно негативный эмоциональный кластер создал психологические предпосылки к тому, что у 30% лиц, которые оказались в интенсивной терапии во время пандемии COVID-19, впоследствии наблюдаются симптомы посттравматического стрессового расстройства. При ПТСР возможны такие клинические симптомы, как немотивированная бдительность, взрывные реакции, нарушение памяти и общая тревожность, бессонница и суицидальные мысли. Следует отметить, что ПТСР возникает не только у людей, которые попали во время интенсивной терапии в крайне тяжелую психотравмирующую ситуацию, экстраординарный стресс, но и у медицинских работников, которые постоянно находились в контакте с больными, оказывая им помощь.

Данные о частоте депрессии средней тяжести, тревожных расстройствах и посттравматическом стрессовом расстройстве были взяты из 65 исследований, включавших 97 333 медицинских работников из 21 страны мира. Распространенность депрессии составила 21,7% (95% ДИ, 18,3%–25,2%), тревожного расстройства 22,1% (95% ДИ, 18,2%-26,3%) и посттравматического стрессового расстройства 21,5% (95% ДИ, 10,5%–34,9%). Распространенность тревожных расстройств и депрессии была выше в исследованиях, выполненных на Ближнем Востоке (34.6% по сравнению с 28,9%) [7].

Литература/ References:

1. Влияние эпидемии COVID-19 на психическое здоровье и психосоциальную поддержку лиц пожилого возраста / Ю. А. Бубеев, В. В. Козлов, Л. Д. Сыркин [и др.] // Успехи геронтологии, 2020. Т. 33. №6. С. 1043–1049.
2. Кадыров Р. В. Посттравматическое стрессовое расстройство (PTSD): состояние проблемы, психодиагностика и психологическая помощь. Москва: Юрайт, 2020. 644 с.
3. Китаев-Смык Л. А. Стресс войны. Фронтовые наблюдения врача-психолога. Москва: Российский Институт культурологии, 2001. 80 с.
4. Козлов В. В. Психология пандемии. Издание 2-ое, расширенное и дополненное. Ярославль: РПФ «Титул», 2022. 126 с.
5. Козлов, В. В. Психология кризиса. Саратов: Вузовское образование, 2014. 386 с.
6. Yufei Li., Scherer N., Lambert F., Kuper H. Prevalence of depression, anxiety and post-traumatic stress disorder in health care workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis // PLOS ONE. 2021; 16 (3): 12–20.

МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У ПАЦИЕНТОВ, ДЛИТЕЛЬНО ПРИНИМАЮЩИХ АТИПИЧНЫЕ АНТИПСИХОТИКИ: МОНИТОРИНГ И КОРРЕКЦИЯ

Алименко А. Д., Левченко Е. В.
ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Курск.

Аннотация. В статье представлены результаты анализа проблемы метаболического синдрома у пациентов, длительно принимающих атипичные

антипсихотики. Рассмотрены частота встречаемости, механизмы развития, современные подходы к мониторингу и коррекции метаболических нарушений. Приведены данные авторского анкетирования 120 студентов 1-6 курсов лечебного факультета КГМУ, оценивающего их информированность о метаболических рисках антипсихотической терапии. Установлен недостаточный уровень знаний студентов о частоте встречаемости метаболического синдрома, препаратах высокого риска и стратегиях мониторинга. Обоснована необходимость углубленного изучения данной темы в медицинских вузах.

Ключевые слова: метаболический синдром, атипичные антипсихотики, оланзапин, клозапин, метформин.

METABOLIC SYNDROME IN PATIENTS TAKING LONG-TERM ATYPICAL ANTIPSYCHOTICS: MONITORING AND CORRECTION

Alimenko A. D., Levchenko E.V.
Kursk State Medical University, Russia, Kursk.

Abstract. The article presents the results of an analysis of the problem of metabolic syndrome in patients taking atypical antipsychotics for extended periods. The frequency of occurrence, mechanisms of development, and modern approaches to monitoring and correcting metabolic disorders are examined. The data from the author’s survey of 120 students from the 1st to 6th year of the Faculty of Medicine at KSMU, which assessed their awareness of the metabolic risks associated with antipsychotic therapy, are presented. An insufficient level of students’ knowledge about the frequency of metabolic syndrome, high-risk medications, and monitoring strategies was identified. The need for an in-depth study of this topic in medical universities has been substantiated.

Keywords: metabolic syndrome, atypical antipsychotics, olanzapine, clozapine, metformin.

Введение

Атипичные антипсихотики (ААП) являются препаратами первой линии для лечения шизофрении и других психических расстройств с психотическими симптомами. По сравнению с типичными нейролептиками они обладают меньшим риском экстрапирамидных расстройств, однако их применение сопряжено с серьезными метаболическими побочными эффектами. ААП наиболее часто используются в клинической практике, и их прием сопровождается такими нежелательными метаболическими реакциями, как увеличение массы тела, метаболические нарушения, дислипидемия и снижение толерантности к глюкозе, что сокращает продолжительность жизни пациентов с психотическими расстройствами [1, с. 1-3].

Метаболический синдром (МС) представляет собой комплекс взаимосвязанных факторов риска, включающий центральное ожирение, инсулинорезистентность, дислипидемию и артериальную гипертензию. МС существенно повышает риск сердечно-сосудистых заболеваний и является основной причиной преждевременной смертности у лиц с тяжелыми психическими расстройствами [2, с. 1-2]. Распространенность МС при шизофрении высока и составляет, по данным российских исследователей, 28–46%, ожирения – 16–49% [2, с. 1–2]. По данным зарубежных мета-анализов, выявляемость метаболического синдрома варьирует от 11% до 69% на фоне антипсихотической терапии и от 4% до 26% у нелеченых пациентов [2, с. 1-3]. Столь широкий разброс отражает гетерогенность диагностических критериев и различия в выборках.

Фармакологический профиль отдельных ААП существенно различается по метаболическому риску. Клозапин и оланзапин ассоциированы с наиболее выраженными метаболическими нарушениями, тогда как арипипразол и луразидон характеризуются наиболее благоприятным профилем [1, с. 1-2].

Оланзапин занимает первое место по повышению уровня общего холестерина, триглицеридов и липопротеинов низкой плотности, а также по риску развития метаболического синдрома, достигающему 20–25% [2, с. 1-3]. Исследования показывают, что метаболические нарушения могут развиваться уже в течение первых трех месяцев терапии, при этом распространенность МС возрастает с 0% до 52,4% к третьему месяцу лечения [2, с. 1-3].

Механизмы развития метаболических нарушений при приеме ААП включают воздействие на гипоталамус, печень, β-клетки поджелудочной железы, жировую ткань и скелетные мышцы [1, с. 1-3]. Повышенные уровни макрофагального миграционного ингибирующего фактора (MIF) наблюдаются у пациентов, получающих оланзапин, рисперидон и кветиапин, что указывает на связь между степенью метаболических нарушений и воспалительной нагрузкой, создаваемой этими препаратами [1, с. 2-3].

Мониторинг метаболических параметров у пациентов, принимающих ААП, является обязательным компонентом клинического ведения. Согласно рекомендациям, измерение уровня глюкозы натощак или HbA1c, липидного профиля, массы тела и ИМТ должно проводиться в первый год лечения регулярно, а при отсутствии отклонений - не реже одного раза в год [3, с. 1-2]. NICE рекомендует оценивать массу тела или ИМТ еженедельно в первые шесть недель терапии, затем через три месяца и далее ежегодно, а липидный профиль и глюкозу - через три месяца после начала лечения и далее ежегодно [5, с. 1-2]. В условиях закрытых психиатрических стационаров предложена интегрированная модель «от поступления до вмешательства», включающая 100% исходное липидное тестирование для новых пациентов и не менее 95% своевременное вмешательство при выявлении отклонений [3, с. 1-3].

Коррекция метаболических нарушений включает как немедикаментозные, так и фармакологические стратегии. Метформин продемонстрировал

устойчивые преимущества в улучшении чувствительности к инсулину и снижении прибавки массы тела [1, с. 1-3]. При добавлении к терапии оланзапином метформин оказывает положительное влияние на снижение массы тела, ИМТ, уровня триглицеридов, содержания жира в печени и инсулинорезистентности [3, с. 1-3]. Агонисты рецепторов глюкагоноподобного пептида-1 (GLP-1), такие как лираглутид и семаглутид, все более признаются за их способность значительно снижать массу тела, окружность талии и уровень глюкозы натощак у психиатрических пациентов [4, с. 1-3]. Немедикаментозные стратегии, включающие структурированные многокомпонентные вмешательства в образ жизни, демонстрируют эффективность, особенно при интеграции в систему оказания помощи [2, с. 1-3]. При выборе антипсихотика следует отдавать предпочтение препаратам с меньшим метаболическим риском, таким как арипипразол, карипразин, луразидон или зипрасидон [3, с. 1-2].

Актуальность настоящего исследования обусловлена необходимостью оценки уровня информированности будущих врачей о проблеме метаболического синдрома у пациентов, длительно принимающих ААП, поскольку именно врачи первичного звена и психиатры играют ключевую роль в своевременном выявлении и коррекции метаболических нарушений.

Объекты и методы исследования

Исследование проводилось на базе Курского государственного медицинского университета (КГМУ). В исследовании приняли участие 120 студентов 1-6 курсов лечебного факультета.

Выборка была сформирована методом сплошного анкетирования в академических группах. Средний возраст респондентов составил 20,6±2,3 года. Распределение по курсам: 1 курс - 22 человека (18,3%), 2 курс - 19 человек (15,8%), 3 курс - 21 человек (17,5%), 4 курс - 20 человек (16,7%), 5 курс - 18

человек (15,0%), 6 курс - 20 человек (16,7%). Распределение по полу: 76 женщин (63,3%), 44 мужчины (36,7%).

Для сбора данных использовалась специально разработанная авторская анкета, включающая 20 вопросов, направленных на оценку: а) знаний студентов о феномене метаболического синдрома при приеме ААП; б) осведомленности о препаратах высокого и низкого метаболического риска; в) информированности о клинических проявлениях и критериях диагностики МС; г) знаний о тактике мониторинга и коррекции. Анкетирование проводилось анонимно. Статистическая обработка данных выполнялась с использованием пакета прикладных программ Statistica 12.0. Рассчитывались относительные показатели (в процентах), средние величины и стандартные отклонения. Сравнение групп проводилось с использованием критерия χ^2 Пирсона. Различия считались статистически значимыми при $p<0,05$.

Результаты и их обсуждение

Анализ результатов анкетирования показал, что 82,5% студентов (99 из 120) слышали о возможности развития метаболических нарушений при приеме антипсихотиков. Однако только 44,2% (53 человека) смогли правильно указать, что метаболический синдром может развиваться уже в течение первых трех месяцев терапии. Остальные респонденты связывали развитие метаболических нарушений исключительно с длительным приемом препаратов (более года). Различия между курсами были статистически значимыми ($\chi^2=16,84$; $p<0,01$): наиболее высокий уровень знаний демонстрировали студенты 5–6 курсов (67,1%), тогда как среди студентов 1–2 курсов правильный ответ дали лишь 24,4%.

При оценке знаний о частоте встречаемости метаболического синдрома у пациентов, принимающих ААП, установлено, что 31,7% студентов (38 человек) считают его редким состоянием, развивающимся у менее 10% пациентов. Только

25,8% (31 человек) указали на то, что метаболический синдром развивается у значительной части пациентов (более 30%). Эти данные существенно расходятся с результатами эпидемиологических исследований, согласно которым распространенность МС при шизофрении составляет 28-46% [15, с. 1-2]. Полученные результаты свидетельствуют о недооценке студентами масштаба проблемы.

Наиболее высокий уровень осведомленности студенты продемонстрировали в отношении клинических проявлений метаболического синдрома. На вопрос о том, какие компоненты включает метаболический синдром, 83,3% респондентов (100 человек) правильно указали на абдоминальное ожирение, 76,7% (92 человека) - на артериальную гипертензию, 71,7% (86 человек) - на дислипидемию, 65,8% (79 человек) - на нарушение толерантности к глюкозе. Однако только 42,5% (51 человек) отметили такой критерий, как повышение уровня триглицеридов, и лишь 38,3% (46 человек) указали на снижение уровня липопротеинов высокой плотности как диагностический критерий МС. Знания о диагностических критериях были достоверно выше среди студентов старших курсов (χ^2=22,47; p<0,001).

При анализе осведомленности о препаратах высокого метаболического риска выявлены существенные пробелы. Только 49,2% студентов (59 человек) правильно указали оланзапин как препарат с высоким риском метаболических нарушений, и лишь 43,3% (52 человека) отметили клозапин. В то же время 58,3% (70 человек) ошибочно отнесли арипипразол к препаратам высокого риска, тогда как он, напротив, характеризуется наиболее благоприятным метаболическим профилем среди ААП [5, с. 2-3]. Статистически значимых различий между курсами по этому показателю выявлено не было (χ^2=5,92; p>0,05).

Особого внимания заслуживают результаты оценки знаний о тактике мониторинга метаболических параметров. На вопрос о том, какие показатели

необходимо контролировать у пациентов, принимающих ААП, 79,2% студентов (95 человек) правильно указали на необходимость измерения массы тела и ИМТ, 73,3% (88 человек) - на контроль уровня глюкозы, 68,3% (82 человека) - на оценку липидного профиля. Однако только 35,8% (43 человека) знали о необходимости измерения окружности живота, и лишь 29,2% (35 человек) указали на важность контроля артериального давления. Согласно клиническим рекомендациям, мониторинг должен включать все перечисленные параметры, при этом измерение уровня глюкозы натощак или HbA1c, липидного профиля, массы тела и ИМТ должно проводиться в первый год лечения регулярно [3, с. 1-2]. Знание полного перечня необходимых исследований продемонстрировали лишь 22,5% студентов (27 человек).

При оценке знаний о тактике коррекции метаболических нарушений установлено, что 71,7% студентов (86 человек) правильно указали на необходимость модификации образа жизни (диета, физическая активность) как первого шага. Однако только 48,3% (58 человек) знали о возможности применения метформина для коррекции метаболических нарушений, вызванных ААП. При этом метформин является наиболее изученным и рекомендованным препаратом для управления прибавкой массы тела, вызванной антипсихотиками [1, с. 1-3]. О возможности использования агонистов рецепторов GLP-1 знали лишь 18,3% студентов (22 человека). Знание о необходимости рассмотрения смены антипсихотика на препарат с более благоприятным метаболическим профилем продемонстрировали 55,0% респондентов (66 человек).

Сравнительный анализ информированности студентов в зависимости от наличия личного опыта приема антипсихотиков показал, что среди 18 респондентов (15,0% выборки), имевших такой опыт, уровень знаний о метаболических нарушениях был достоверно выше ($\chi^2=12,84$; $p<0,01$). В частности, они чаще правильно идентифицировали препараты высокого

метаболического риска (72,2% против 47,1% среди не имевших опыта) и лучше знали о тактике мониторинга (61,1% против 28,4%).

Полученные данные согласуются с результатами зарубежных исследований, демонстрирующих недостаточную информированность медицинских работников о проблеме метаболического синдрома при приеме ААП [5, с. 1-2]. Исследования показывают, что средние показатели ежегодного метаболического мониторинга у пациентов, принимающих ААП, составляют лишь 31%, и лишь 43% выявленных отклонений требуют дополнительного вмешательства [5, с. 1-2]. Это подчеркивает необходимость включения в образовательные программы медицинских вузов более подробного освещения вопросов, связанных с метаболическим мониторингом и коррекцией при антипсихотической терапии.

Заключение

Проведенное исследование показало, что студенты лечебного факультета КГМУ имеют недостаточный уровень знаний о метаболическом синдроме у пациентов, длительно принимающих атипичные антипсихотики. Наиболее выраженные пробелы выявлены в отношении оценки частоты встречаемости этого состояния, идентификации препаратов высокого метаболического риска, знаний о полном перечне необходимых мониторинговых исследований и о фармакологических стратегиях коррекции.

Метаболический синдром представляет собой клинически значимое состояние, которое может имитировать различные соматические заболевания и приводить к серьезным сердечно-сосудистым осложнениям. Для повышения качества медицинской помощи необходимо включение в образовательные программы медицинских вузов углубленного изучения метаболических эффектов антипсихотиков с акцентом на механизмы развития нарушений, факторы риска и современные стратегии мониторинга и коррекции. Особое

внимание следует уделить обучению студентов практическим навыкам регулярного контроля метаболических параметров и информированию пациентов о необходимости соблюдения диеты и физической активности.

Литература/ References:

1. Xia A, Jin Q., Ke S, Li H, Wang J. Atypical Antipsychotics-Induced Glucose and Lipid Metabolism Disorders and Therapeutic Intervention // J Appl Toxicol. 2026. Vol. 46(3). P. 793–807. doi: 10.1002/jat.70036.
2. Chakrabarti subho. Metabolic syndrome in schizophrenia // Indian Journal of Psychological Medicine. 2013. Vol. 35. P. 227–240. doi:10.4103/0253-7176.119471
3. NICE Guidelines: Psychotropic Monitoring Inpatient Guidelines // National Institute for Health and Care Excellence. 2024. URL: https://www.nice.org.uk/guidance (дата обращения: 05.10.2026).
4. Does Adjuvant Metformin Reduce Olanzapine-Induced Metabolic Adverse Effects in Patients Diagnosed With Schizophrenia // Neuropsychopharmacology Reports. 2025. Vol. 45, № 3. P. 1–10.
5. Improving Metabolic Monitoring of Atypical Antipsychotics in a Developmental and Behavioral Pediatrics Ambulatory Clinic // Journal of Developmental Behavioral Pediatrics. 2025. Vol. 46, № 5. P. 1–8.

ХРОНОБИОЛОГИЧЕСКИЕ МАРКЁРЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ У ЛИЦ СО СМЕННЫМ ГРАФИКОМ РАБОТЫ

Антонова А. В., Наймушина А. Г.
Кафедра медицинской профилактики и реабилитации
ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Россия, г. Тюмень

Аннотация. В данной статье рассмотрены хронобиологические маркёры психологической адаптации у лиц со сменным графиком работы. Детально

представлены результаты исследований хронобиологических маркеров у лиц со сменным графиком работы. А также связь между хронотипом работников и выбором сменной работы.

Ключевые слова: хронобиологическое маркёры, хронотип, адаптация, стресс, повышенная тревожность, сменный график, фактор риска.

CHRONOBIOLOGICAL MARKERS OF PSYCHOLOGICAL ADAPTATION IN PEOPLE WITH SHIFT WORK SCHEDULES

Antonova A. V., Naimushina A. G.
Tyumen State Medical University, Russia, Tyumen.

Abstract. This article examines chronobiological markers of psychological adaptation in individuals with shift work schedules. The results of studies of chronobiological markers in individuals with shift work schedules are presented in detail. The relationship between the chronotype of workers and the choice of shift work is also examined.

Keywords: chronobiological markers, chronotype, adaptation, stress, increased anxiety, shift work, risk factor.

Введение

Современные исследования показывают, что сменный и особенно ночной труд относится к числу наиболее значимых дезадаптирующих факторов производственной среды [1, с. 103; 3, с. 45]. В отличие от большинства неблагоприятных профессиональных воздействий, сменный график носит не локальный, а системный характер: он перестраивает весь суточный цикл жизнедеятельности организма, включая периоды труда, отдыха, сна и приёма пищи. Если при иных условиях труда организм сохраняет возможность полноценно восстанавливаться в ночное время, то при работе в сменном режиме

восстановительные процессы систематически приходят в противоречие с естественными суточными ритмами. Именно поэтому сменный труд рассматривается специалистами как длительно действующий стрессогенный фактор, последствия которого накапливаются на протяжении всей профессиональной деятельности [2; с. 8; 8, с. 15].

Ключевым звеном в механизме дезадаптирующего влияния сменного и ночного труда является рассогласование циркадных ритмов — десинхроноз [11, с.65; 12 с.15]. Циркадные ритмы представляют собой эволюционно закреплённую систему временной организации физиологических функций, в которой чередование бодрствования и сна, колебания температуры тела, секреции гормонов (мелатонина, кортизола), активности вегетативной нервной системы и когнитивной продуктивности согласованы между собой и привязаны к суточному циклу. Принудительное смещение графика труда и отдыха приводит к тому, что пик работоспособности и пик потребности во сне оказываются сдвинутыми относительно друг друга: работник вынужден сохранять высокую активность в те часы, когда организм физиологически настроен на восстановление, и пытается засыпать тогда, когда сохраняется высокий уровень активации центральной нервной системы [20, с.18].

Десинхроноз, возникающий при работе в режиме сменного графика, сопровождается широким спектром нарушений [10, с. 18]. Наиболее часто отмечаются расстройства сна: затруднённое засыпание, прерывистый и укороченный дневной сон, снижение его восстановительной эффективности. Одновременно фиксируются повышение уровня тревожности, эмоциональное истощение, снижение психофизиологической работоспособности — ухудшение внимания, скорости реакции и точности действий, что имеет прямое значение для безопасности труда [7, с. 18]. Длительное существование десинхроноза повышает и риск соматических заболеваний: в первую очередь сердечно-

сосудистых, а также нарушений углеводного и липидного обмена, желудочно-кишечных расстройств [13, с. 37; 14, с. 105]. В этом смысле сменный труд следует рассматривать не только как фактор снижения текущей работоспособности, но и как фактор отдалённых рисков для здоровья.

У работников со сменным режимом труда отмечаются нарушения структуры ночного сна, хроническое недосыпание и повышенная утомляемость, которые рассматриваются как ключевые механизмы снижения адаптационного потенциала личности [9, с. 7]. Хроническое недосыпание при сменном графике имеет кумулятивный характер: эпизоды вынужденного бодрствования в ночные часы и неполноценного дневного сна не полностью компенсируются отдыхом в выходные дни, вследствие чего формируется так называемый «долг сна» (sleep debt), повышающий риск сердечно-сосудистых заболеваний [5, с. 8; 15, с. 2].

Накопление недосыпания сопровождается истощением функциональных резервов, снижением устойчивости к дополнительным стрессорам и постепенным смещением адаптационных реакций организма от стадии эффективного приспособления к стадии перенапряжения [16, с. 3]. Существенную роль играет и перестройка всего режима жизни при сменном графике: ограничения в распределении времени на сон, восстановление и социальные контакты [4, с. 16]. Таким образом, адаптационный потенциал личности — способность сохранять работоспособность и психофизиологическую стабильность в изменяющихся условиях — при сменном труде оказывается под постоянной нагрузкой.

Вместе с тем в литературе активно обсуждается феномен самоотбора работников, известный как эффект «здорового работника» (healthy worker effect). Суть этого феномена состоит в том, что контингент занятых на производстве с тяжёлыми или дискомфортными условиями труда изначально, а затем и в процессе профессиональной деятельности, оказывается неслучайным: к

сменному труду длительно сохраняют способность лица с более высокими адаптационными ресурсами, тогда как лица с выраженными нарушениями адаптации со временем переходят на иные режимы труда или покидают подобные производства [6, с. 10]. По мере стажа работы группа сменных работников всё сильнее «очищается» от лиц с низкой толерантностью к десинхроногенным нагрузкам: кто-то уходит после первых месяцев работы, кто-то — по мере накопления нарушений здоровья. В результате оценки вредного воздействия сменного труда, полученные на длительно работающих контингентах, могут оказаться заниженными, поскольку реальные эффекты фактора частично маскируются эффектом отбора.

Отсюда следует важное методологическое предположение: сформированная группа сменных работников не является случайной по своим психофизиологическим характеристикам и отражает не только эффект вредного фактора, но и эффект отбора [17, с. 9]. Иными словами, устойчивость конкретного работника к сменному графику может определяться не только индивидуальной выносливостью к нагрузкам как таковой, но и более глубинными индивидуально-типологическими свойствами, обеспечивающими гибкость регуляции суточных ритмов. В связи с этим возникает вопрос о факторах, предрасполагающих к успешной адаптации при сменном режиме труда [18, с. 15, 19, с.7]. В качестве таких кандидатов в литературе чаще всего рассматриваются хронобиологические особенности личности — устойчивые индивидуальные предпочтения в распределении активности и отдыха в течение суток, обычно обозначаемые понятием хронотип (утренний, вечерний, промежуточный типы), — а также возраст, с которым связывают возрастную перестройку циркадной системы и снижение её пластичности [9, с. 16; 12, с 8]. Вопрос о том, связаны ли такие адаптационные преимущества с хронотипом и возрастом, остаётся дискуссионным: имеющиеся данные противоречивы, а

прямые исследования на производственных контингентах немногочисленны [6, с. 9, 15, с.7].

На основании изложенного можно сформулировать рабочую гипотезу исследования: работа в условиях сменного графика способствует развитию десинхроноза и снижает адаптационный потенциал личности, при этом выраженность этих сдвигов закономерно зависит от хронобиологических маркеров . Вместе с тем мы предположили, что сменный график работы выбирают (и длительно сохраняют за ним) люди с изначально лучшими адаптационными процессами организма, и это преимущество не связано с хронотипом личности и возрастом [3, с. 5]. Проверка данного предположения имеет не только теоретическое, но и практическое значение: её результаты позволят уточнить, какие именно психофизиологические характеристики следует учитывать при профессиональном отборе, рациональном планировании сменных графиков и разработке профилактических мероприятий для работников со сменным режимом труда.

Цель исследования- выяснить обусловлен ли самоотбор работников со сменным графиком работы лучшими адаптационными показателями и не связан ли он с хронотипом.

Для достижения цели были поставлены следующие задачи: 1) оценить уровень тревожности, самооценку здоровья и выраженность психосоматических нарушений (болей в области сердца) у работников со сменным графиком; 2) определить распределение хронотипов в обследованной группе; 3) с помощью кластерного анализа выделить профили, различающиеся соотношением тревожности, показателей психологической адаптации и психосоматических нарушений; 4) сопоставить полученные профили с данными о хронотипе и возрастом работников.

Объекты и методы исследования

Исследование проводилось на авиационном предприятии с целью со сменным графиком работы. В обследовании приняли участие мужчины в возрасте от 25 до 60 лет. Все работники не имели отягощённого социального анамнеза, обладали допуском к работе и регулярно проходили обязательные медицинские осмотры. Режим работы был сменным: длительность рабочей смены составляла 7,2 часа при чередовании смен — утро с 8:00 до 14:00, день с 14:00 до 22:00, ночь с 22:00 до 08:00, после чего работникам предоставлялись выходные дни продолжительностью двое суток.

С целью выявления хронотипа работников использовался тест Хорна–Остберга (Morningness–Eveningness Questionnaire), позволяющий отнести респондента к утреннему, вечернему или промежуточному типу. Уровень тревожности и самооценку здоровья определяли с помощью теста экспресс-диагностики психоэмоционального напряжения и определения уровня тревожности, разработанного доктором медицинских наук, доцентом, профессором кафедры биологии Наймушиной А. Г. [7 с. 11]. Тест включал вопросы самооценки здоровья, особенностей питания, проявления соматических симптомов (в том числе болей в области сердца) и социальные вопросы. Дополнительно собирались сведения о вредных привычках, в частности о курении.

Для сопоставимости показателей, выраженных в разных единицах измерения, исходные значения были приведены к z-стандартизованному виду. Группировка работников осуществлялась методом кластерного анализа. Статистическую обработку данных проводили с использованием пакета Jamovi 2.7. Дополнительно с каждым работником проводилась беседа, в ходе которой выяснялось его субъективное отношение к сменному режиму труда и способы организации восстановления после рабочих смен.

Результаты исследования и их обсуждение

В группе сменных работников у мужчин выделено три профиля, различающихся соотношением уровня тревожности, психологической адаптации и выраженности психосоматических нарушений (кардиалгий).

Первый профиль (n = 14; 30%) объединил мужчин с умеренной тревожностью (z = 0,45), выраженными болями в области сердца (z = 1,29) и слабо выраженными нарушениями сна (z = 0,37). Возраст участников этой подгруппы соответствовал среднему по группе (z = −0,04), то есть 40–42 годам. Признаки десинхроноза на фоне позднего вечернего хронотипа и интенсивного курения (свыше пачки сигарет в день) были обнаружены лишь у двух человек. Обращает на себя внимание сочетание умеренной тревожности с максимально выраженными в выборке кардиалгиями: указанное сочетание может отражать преимущественно соматический канал реагирования на сменный режим труда.

Второй профиль (n = 23; 49%) охватывал наиболее благополучную часть выборки: показатели всех исследуемых параметров были низкими — тревожность (z = −0,75), кардиалгии (z = −0,72) и нарушения сна (z = −0,56), что указывало на устойчивое состояние обследованных. Почти половина сменных работников демонстрировала высокие адаптационные ресурсы, что согласуется с предположением о самоотборе в группу сменного труда.

Третий профиль (n = 10; 21%) характеризовался высокой тревожностью (z = 1,10) и умеренно выраженными нарушениями сна (z = 0,76) при низких значениях субъективной оценки кардиалгий (z = −0,16). Данная подгруппа может рассматриваться как группа психологического риска: сочетание высокой тревожности и нарушений сна закономерно снижает компенсаторные возможности организма при работе по сменам.

Определение хронотипа показало, что преобладающим хронотипом в исследуемой группе является промежуточный. Поскольку промежуточный тип

обладает наибольшей гибкостью в перестройке циркадных ритмов, такое распределение может рассматриваться как дополнительный аргумент в пользу гипотезы о самоотборе: именно лица с пластичными хронобиологическими характеристиками длительно сохраняют трудоспособность при сменном графике. Вместе с тем выраженной связи между хронотипом и принадлежностью к тому или иному профилю не установлено, а возрастные характеристики профилей оказались сопоставимыми.

В ходе личных опросов работников выяснилось, что мужчины, работающие посменно, осознают риски, связанные с нарушением биологических ритмов организма, и сознательно выделяют достаточное количество времени на восстановление. Это позволяет рассматривать осознанную саморегуляцию режима труда и отдыха как один из механизмов, поддерживающих адаптацию при сменном графике работы.

Полученные результаты вписываются в контекст современных представлений о влиянии сменного труда на здоровье. Классические и новейшие исследования показывают, что сменная работа ассоциирована с нарушениями сна, повышенной тревожностью и ростом кардиоваскулярного риска [8 с. 89]. Однако высокая доля благополучных лиц во втором профиле (49 %) свидетельствует о том, что сама по себе принадлежность к сменному графику не определяет дезадаптацию: решающее значение имеют индивидуальные ресурсы и стратегии восстановления.

Существенно, что результаты не подтвердили предположение о том, что сменный график работы сильнее ухудшает психологическую адаптацию и провоцирует тревожные расстройства [5. с. 18-20]. Смена труда выступает в этом случае не столько как самостоятельный дезадаптирующий фактор, сколько как условие, модифицирующее влияние которого зависит от индивидуально-психологических и хронобиологических особенностей работника [1 с.10, 4 с.

108,]. Риск дезадаптации концентрируется в узкой подгруппе (21 %) с высокой тревожностью и нарушениями сна, что определяет целесообразность адресной профилактики — регулярного мониторинга психоэмоционального состояния и сна у таких работников, гигиены сна и коррекции образа жизни.

Заключение

1. Результаты исследования подтвердили, что выбор сменного графика работы не связан с биологическим хронотипом работника.

2. Результаты исследования не подтвердили предположение о том, что сменный график работы сильнее ухудшает психологическую адаптацию и провоцирует тревожные расстройства. В ходе личных опросов работников выяснилось, что мужчины, работающие посменно, осознают риски, связанные с нарушением биологических ритмов организма, и сознательно выделяют достаточно времени на восстановление.

3. Самоотбор в группу сменного труда не связан с хронотипом и возрастом, однако внутри группы сменных работников выделяется подгруппа повышенного риска (около 21 %) с высокой тревожностью и нарушениями сна, нуждающаяся в адресных профилактических мероприятиях.

Литература/ References:

1. Атьков О. Ю., Горохова С. Г. Риски для здоровья при сменных и ночных режимах труда у работников в условиях интенсивных технологий // Вестник РАМН. 024. Т. 79, № 2. С. 101–111.

2. Березин Ф. Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека. Л.: Наука, 1988. 270 с.

3. Бухтияров И. В., Рубцов М. Ю., Юшкова О. И. Профессиональный стресс в результате сменного труда как фактор риска нарушения здоровья работников // Анализ риска здоровью. 2016. № 3. С. 110–121.

4. Гаранина О. А. Особенности организации времени жизни специалистов, работающих в режиме сменного графика: дис. … канд. психол. наук / Гаранина Оксана Александровна. М.: МГУ им. М. В. Ломоносова, 2006.

5. Джериева И. С., Волкова Н. И., Рапопорт С. И. Сменная работа как один из факторов риска развития артериальной гипертензии и метаболических нарушений // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. 2012. Т. 8, № 2. С. 185–189.

6. Зверева З. Ф., Фортунатова Л. И., Картусов С. С. Особенности психофизиологической адаптации как фактор снижения профессиональных рисков в опасных профессиях при работе в сложных климатических условиях // Медицина катастроф. 2026. № 2. С. 50–56. DOI: 10.33266/2070-10042026-250-56.

7. Кухтина Е. Г., Соленова Л. Г., Федичкина Т. П., Зыкова И. Е. Ночные смены и риск нарушения здоровья женщин // Гигиена и санитария. 2015. Т. 94, № 5. С. 86–91.

8. Наймушина А. Г. Критерии оценки стресса на рабочем месте «job strain» // Психическое здоровье. 2025. Т. 20, № 7. С. 18–20. DOI: 10.25557/2074-014X.2025.07.18-20.

9. Наймушина А. Г. Психоэмоциональный стресс : учебное пособие. Тюмень: ТюмГНГУ, 2010.

10. Наймушина А. Г., Августа Е. Н., Нечаев Ю. В., Соловьева С. В. Хронобиологические показатели функциональных систем в спорте : монография. Москва: РУСАЙНС, 2024. 150 с.

11. Субботина А. А., Долгих О. В. Полиморфизм генов циркадных ритмов у работников предприятия непрерывного производства со сменным графиком работы // Медицина труда и промышленная экология. 2023. Т. 63, № 4. С. 270–274. DOI: 10.31089/1026-9428-2023-63-4-270-274.

12. Шляхтина А. Время имеет значение: для полноценного восстановления после рабочей недели нужно 72 часа // Известия. 2026.

13. Åkerstedt T. Psychological and psychophysiological effects of shift work // Scandinavian Journal of Work, Environment & Health. 1990. Vol. 16, suppl. 1.

14. Boivin D. B., Boudreau P., Kosmadopoulos A. Disturbance of the circadian system in shift work and its health impact // Journal of Biological Rhythms. 2022. Vol. 37, No 1. . 3–28.

15. Desynchronization in the conditions of the north as professional risk factors of workers of the mechanical engineering, oil and gas industry / A. G. Naymushina, D. G. Gubin, S. V. Solovieva [et al.] // Man in India. 2017. Vol. 97, No 26. P. 1–10.

16. Harris R., Kavaliotis E., Drummond S. P. A., Wolkow A. P. Sleep, mental health and physical health in new shift workers transitioning to shift work: systematic review and meta-analysis // Sleep Medicine Reviews. 2024. Vol. 75. rt. 101927. DOI: 10.1016/j.smrv.2024.101927.

17. Knutsson A., Åkerstedt T., Jonsson B. G., Orth-Gomér K. Increased risk of ischaemic heart disease in shift workers // The Lancet. 1986. Vol. 2.

18. Korneeva Y. A., Simonova N. N. The Relationship Between Psychophysiological and Psychological Parameters of Job Stress and Working Capacity of Loggers During the FlyIn Period // Healthcare. 2025. Vol. 13, Iss. 18. Art. 2260. OI: 10.3390/healthcare13182260.

19. Manohar S., Thongprayoon C., Cheungpasitporn W. et al. Associations of rotational shift work and night shift status with hypertension: a systematic review and meta-analysis // Journal of Hypertension. 2017. Vol. 35, No 10. P. 1929–1937.

20. Pan Y., Zhou Y., Shi X., He S. et al. The association between sleep deprivation and the risk of cardiovascular diseases: a systematic metaanalysis // Biomedical Reports. 2023. Vol. 19, No 5. Art. 78. DOI: 10.3892/br.2023.1660.

ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКИЙ ДИСКУРС И НАРРАТИВНЫЕ ПРАКТИКИ В ПСИХИАТРИИ

Антонова А. О., Никифорова М. С., Орлов Ф. В.
Кафедра психиатрии, медицинской психологии и неврологии
ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет
имени И.Н. Ульянова», Россия, г. Чебоксары

Аннотация. В работе рассматриваются особенности детского и детско-родительского дискурса и значение нарративных практик в психиатрии. На основе анализа научной литературы изучены особенности детской речи, роль семейной коммуникации и взаимодействия ребёнка со взрослыми. Показано значение детско-родительского дискурса и нарративных практик для психиатрической беседы и изучения опыта ребёнка. Полученные данные подчёркивают значение анализа семейной коммуникации для понимания особенностей общения ребёнка в психиатрической практике.

Ключевые слова: дискурс, детский дискурс, родительский дискурс, нарративное интервью.

PARENT-CHILD DISCOURSE AND NARRATIVE PRACTICES IN PSYCHIATRY

Antonova A. O., Nikiforova M. S.
Department of Psychiatry, Medical Psychology and Neurology
Chuvash State University named after I.N. Ulyanov, Cheboksary, Russia

Abstract. The study examines the characteristics of child and parent-child discourse and the significance of narrative practices in psychiatry. Based on an analysis of scientific literature, the study considers children's speech, the role of family communication, and interaction between children and adults. The significance of parent-child discourse and narrative practices for psychiatric interviews and exploring

children's experiences is demonstrated. The findings highlight the importance of analyzing family communication for understanding children's communication in psychiatric practice.

Keywords: discourse, children's discourse, parental discourse, narrative interviews.

Введение

Язык является важным средством общения, мышления и формирования опыта человека. В психологии речь не просто обмен информацией, а способ влиять на собеседника, менять его систему представлений и поведение. Общение между людьми, направленное на обсуждение и объяснение какого-либо вопроса обозначается как дискурс [1]. Дискурс рассматривается как речевая деятельность в определённых условиях, включающая языковые, когнитивные и социальные компоненты. Такой подход позволяет учитывать не только содержание речи, но и участников коммуникации, цели общения и конкретную ситуацию взаимодействия.

Особый интерес представляет детский дискурс, поскольку речь ребёнка формируется в процессе общения с окружающими. Важнейшую роль в этом играет семья, где ребёнок получает первый опыт общения, осваивает способы выражения мыслей и эмоций, а также знакомится с различными моделями взаимодействия со взрослыми.

В дальнейшем речь становится способом описания событий, отношений и собственного опыта. В связи с этим изучение детского и детско-родительского дискурса, а также нарративных практик представляет интерес для психиатрии, где большое значение имеет беседа с ребёнком и его близкими.

Общение врача с пациентом является особым видом медицинского дискурса, изучение которого помогает находить эффективные способы речевого воздействия.

Целью исследования является изучение связи детской речи с семейной коммуникацией, роли родительского дискурса и возможности использования нарративного подхода для анализа речи и опыта ребёнка на основе анализа литературы.

Результаты и обсуждение

Анализ литературы показывает, что понятия «детская речь» и «детский дискурс» не являются полностью идентичными. Детская речь может рассматриваться как совокупность речевых высказываний ребёнка, тогда как дискурс включает также ситуацию общения, участников взаимодействия и социальный контекст.

По мере развития ребёнок переходит от преимущественно ситуативного общения к более сложным формам диалога. Речь начинает использоваться не только для выражения непосредственных потребностей, но и для объяснения своих действий, обсуждения событий, выражения отношения к окружающим и передачи собственного опыта.

При этом детская речь не является простой копией речи взрослых. Важную роль играет характер речевого взаимодействия со взрослыми: содержание и качество родительской речи связаны с особенностями языкового опыта ребёнка. Метаанализ исследований показал, что характеристики родительского речевого взаимодействия связаны с языковыми навыками детей, причём значение имеет не только количество обращённой к ребёнку речи, но и её качество [2].

Формирование детского дискурса связано с возрастом ребёнка, его индивидуальными особенностями, социальным окружением, культурой и характером общения в семье.

Семья является одной из основных сред, в которых формируются речевые и коммуникативные навыки. Исследования показывают, что характер родительско-детского языкового взаимодействия может различаться в зависимости от ситуации общения: например, при игре, совместном чтении или обсуждении событий используются разные формы речевого взаимодействия [3].

Дополнительное значение имеют культурные и языковые особенности семьи. При использовании нескольких языков коммуникация между ребёнком и родителями также формируется под влиянием языковой среды и семейных установок.

Семейная коммуникация тесно связана с формированием детского дискурса. Родительская речь выполняет не только информационную функцию, но и помогает ребёнку осваивать способы общения, выражения эмоций и взаимодействия с другими людьми.

При этом детско-родительский дискурс является взаимным процессом. Взрослый организует разговор, задаёт вопросы, реагирует на ответы ребёнка, а ребёнок поддерживает разговор, изменяет его направление, задаёт собственные вопросы и выражает своё отношение к происходящему.

Современные исследования рассматривают качество родительско-детской коммуникации как значимый компонент семейного взаимодействия. В систематическом обзоре 106 исследований были проанализированы различные инструменты оценки родительско-детской коммуникации, что показывает устойчивый интерес к данной области [6].

Для психиатрии это особенно интересно в связи с тем, что беседа с ребёнком часто происходит в присутствии или при участии родителей. Врач получает информацию как непосредственно от ребёнка, так и от взрослых, поэтому важно учитывать особенности коммуникации между всеми участниками беседы.

В психиатрии значительная часть информации собирается непосредственно во время беседы. Поэтому особенности коммуникации ребёнка становятся частью взаимодействия между специалистом, ребёнком и его семьёй.

Ребёнок может самостоятельно рассказывать о событиях, отвечать на вопросы, описывать отношения с близкими и сверстниками, выражать своё отношение к происходящему. При этом значение имеет не только содержание высказываний, но и сам процесс общения. Современные исследования коммуникации в педиатрической практике также подчёркивают значение анализа реального взаимодействия между врачом, ребёнком и родителями. В обзоре эмпирических исследований отдельно рассматривались разговоры медицинских специалистов с родителями и ситуации непосредственного общения с ребёнком [4].

По мере взросления речь становится способом описания собственного опыта. Ребёнок может рассказывать о событиях, людях, отношениях и ситуациях, которые имеют для него значение. На этом основано использование нарративных практик.

Нарратив представляет собой рассказ, с помощью которого человек организует свой опыт в определённую последовательность. При его анализе может учитываться не только содержание, но и структура рассказа: последовательность событий, их взаимосвязь, эмоциональная составляющая и отношение рассказчика к происходящему.

Для психиатрии интерес представляет возможность предоставить ребёнку пространство для самостоятельного рассказа. Современные исследования применения нарративных практик с детьми отмечают значение самого процесса рассказывания и необходимость учитывать окружающую ребёнка систему отношений [5].

Одним из способов работы с нарративным материалом является нарративное интервью. Оно предполагает предоставление человеку возможности относительно свободно рассказать о событиях своей жизни или определённой ситуации.

В отличие от строго структурированного опроса, такой формат позволяет получить более развёрнутый рассказ и увидеть, какие события человек считает значимыми и каким образом связывает их между собой.

Нарративные методы также используются при изучении психического здоровья детей. Возможность самостоятельного рассказывания позволяет ребёнку выражать сложный эмоциональный и жизненный опыт. При этом чрезмерно заданная структура рассказа может ограничивать самостоятельность высказывания [5].

Однако интерпретация нарратива требует осторожности. Содержание и форма рассказа зависят от возраста ребёнка, ситуации общения, речевых возможностей и индивидуального опыта. Поэтому нарративный материал необходимо рассматривать в контексте всей ситуации общения.

Речь ребёнка формируется в процессе взаимодействия со взрослыми, а в дальнейшем сама становится способом описания собственного опыта и отношений с окружающими — для психиатрии интерес представляет именно эта взаимосвязь. Беседа с ребёнком позволяет наблюдать непосредственное речевое взаимодействие, беседа с родителями дополняет представление о семейной ситуации, а нарративные практики позволяют рассматривать речь как способ выражения и организации личного опыта.

Исследования также показывают связь особенностей родительско-детской коммуникации с различными аспектами психического здоровья подростков, что подчёркивает значение семейного взаимодействия при рассмотрении психиатрической проблематики [7].

Заключение

Детский дискурс представляет собой сложную форму речевого взаимодействия, которая формируется в процессе общения ребёнка с окружающими. Значительную роль в этом процессе играет семья, где ребёнок получает первоначальный опыт общения и осваивает способы выражения мыслей и эмоций.

Детско-родительский дискурс следует рассматривать как взаимный процесс, в котором речь ребёнка и речь взрослого постоянно влияют друг на друга. Нарративные практики дополняют этот подход, позволяя изучать способы, с помощью которых ребёнок и взрослые рассказывают о событиях и собственном опыте.

Для психиатрии изучение дискурса представляет интерес прежде всего в связи с беседой, коммуникацией и пониманием индивидуального опыта ребёнка и его семьи. При этом речевой материал необходимо рассматривать с учётом возраста, ситуации общения и особенностей взаимодействия.

Таким образом, детский и детско-родительский дискурс, а также нарративные практики могут рассматриваться как взаимосвязанные направления изучения человеческой коммуникации, имеющие значение для понимания особенностей общения ребёнка и его семьи в психиатрической практике.

Литература/ References:

1. Николаев Е. Л., Суслова Е. С., Орлов Ф. В. Дискурсивный тип личности при невротических расстройствах // Чебоксары. 2012. 148 с.

2. Anderson N. J., Graham S. A., Prime H., Jenkins J. M., Madigan S. Linking Quality and Quantity of Parental Linguistic Input to Child Language Skills: A Meta-Analysis // *Child Development*. 2021. Vol. 92, № 2. P. 484–501. DOI: 10.1111/cdev.13508.

3. Holme C., Harding S. A., Roulstone S., Lucas P. J., Wren Y. Mapping the Literature on ParentChild Language across Activity Contexts: A Scoping Review // *International Journal of Early Years Education*. 2022. Vol. 30, № 1. P. 6–24. DOI: 10.1080/09669760.2021.2002135.

4. Jenkins L., Ekberg S., Wang N. C. Communication in Pediatric Healthcare: A State-of-the-Art Literature Review of Conversation-Analytic Research // *Research on Language and Social Interaction*. 2024. Vol. 57, № 1. P. 91–108. DOI: 10.1080/08351813.2024.2305046.

5. Jørgensen C. B., Behrmann J. T., Blaabjerg J., Pettersen K. A., Jensen de López K. M. Narrative Therapy with Children: A Qualitative Interview Study with Danish Therapists about the Application of Narrative Practices // *Counselling and Psychotherapy Research*. 2024. Vol. 24, № 1. P. 295–307. DOI: 10.1002/capr.12656.

6. Zapf H., Boettcher J., Haukeland Y., Orm S., Coslar S., Fjermestad K. A Systematic Review of Parent–Child Communication Measures: Instruments and Their Psychometric Properties // *Clinical Child and Family Psychology Review*. 2023. Vol. 26, № 1. P. 121–142. DOI: 10.1007/s10567-022-00414-3.

7. Zapf H., Boettcher J., Haukeland Y., Orm S., Coslar S., Fjermestad K. A Systematic Review of the Association between Parent-Child Communication and Adolescent Mental Health // *JCPP Advances*. 2024. Vol. 4, № 2. Article e12205. DOI: 10.1002/jcv2.12205.

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ БЛАГОПОЛУЧИЕ И ИРРАЦИОНАЛЬНЫЕ УСТАНОВКИ В МЫШЛЕНИИ ПАЦИЕНТОВ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Бендерская И. Д.
БУЗ УР «Республиканский клинико-диагностический центр МЗ УР», Россия, г. Ижевск

Аннотация. С целью изучения психологического благополучия и иррациональных установок в мышлении проведено исследование на пациентах кардиологического профиля (n=103). Методом кластерного анализа выявлено две группы пациентов, отличающихся по выраженности показателей иррациональных установок в мышлении, далее проведен сравнительный анализ показателей психологического благополучия двух групп испытуемых. Установлено, что показатели психологического благополучия достоверно выше у пациентов со средне-низким уровнем иррациональных установок в мышлении, чем у пациентов со средне-высоким уровнем иррациональных установок в мышлении. Полученные данные могут быть использованы при психологическом консультировании пациентов кардиологического профиля.

Ключевые слова: психологическое благополучие, субъективное благополучие, иррациональные установки, инфаркт миокарда, нестабильная стенокардия.

PSYCHOLOGICAL WELL-BEING AND IRRATIONAL BELIEFS OF CARDIOLOGICAL PATIENTS

Benderskaya I. D.
Clinical Diagnostic Center of the Udmurt Republic, Russia, Izhevsk

Abstract. In order to study psychological well-being and irrational beliefs, a study was conducted on cardiological patients (n=103). Using the cluster analysis method, two groups of patients were identified, differing in the severity of indicators of irrational beliefs, and then a comparative analysis of indicators of psychological well-being of the two groups of subjects was carried out. It was found that indicators of psychological well-being are significantly higher in patients with an average low level of irrational beliefs than in patients with an average high level of irrational beliefs.

The data obtained can be used in psychological counseling of patients with a cardiological profile.

Keywords: psychological well-being, personal beliefs, irrational beliefs, myocardial infarction, unstable angina.

Введение

Психологическое благополучие отражает эмоциональное состояние человека, удовлетворенность жизнью, полноценную самореализацию и влияет на все стороны его жизни [10]. Психологически благополучный человек легче переносит стрессовые ситуации и быстрее восстанавливается после них [19]. При эвдемонистическом подходе «психологическое благополучие» отражает полноценную самореализацию человека в обществе, его внутреннюю согласованность. В рамках гедонистического подхода рассматривается понятие «субъективное благополучие», которое учитывает позитивное эмоциональное состояние человека, уровень его удовлетворенности жизнью и счастья [7]. Данные подходы могут рассматриваться как взаимодополняющие, в частности, учеными создана модель позитивного психологического благополучия, объединяющая компоненты, рассматриваемые в описанных подходах, и дополнительные факторы [12].

На психологическое благополучие влияют иррациональные установки в мышлении, что проявляется в снижении адаптивных возможностей человека в стрессовых ситуациях, повышению уровня тревоги, депрессивных проявлениях [16]. Психологическое сопровождение по изменению когнитивных искажений повышает уровень психологического благополучия [13], что подтверждает негативное значение иррациональных установок.

Примером сильной стрессовой ситуации, сопровождающейся эмоциональными и физическими изменениями является острый коронарный

синдром, проявляющийся в виде нестабильной стенокардии или инфаркта миокарда, в ряде случаев требующий оперативного вмешательства. По данным ВОЗ и Минздрава РФ сердечно-сосудистые заболевания являются ведущей причиной смертности в мире [2] и в Российской Федерации [5]. В рамках российского федерального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» главной задачей является снижение летальности [1].

Психологическое благополучие положительно влияет на приверженность терапии [9], исходы сердечно-сосудистых заболеваний, снижая риск повторных госпитализаций и смертность [12; 19]. У пациентов, перенесших реваскуляризацию, выявлен более низкий уровень психологического благополучия по сравнению с группой относительно здоровых людей [4]. Иррациональные установки повышают 10-летний риск развития сердечно-сосудистых заболеваний [15]. У пациентов с инфарктом миокарда выявлены гендерные различия: для женщин более характерны «катастрофизация» и «эмоциональное обоснование», у мужчин - «долженствование» [3]. Иррациональные установки имеют особенности у пациентов после реваскуляризации: более высок показатель «катастрофизации» и «стабильность неудач» [6].

Доказано, что психологическое сопровождение влияет на формирование продуктивных копинг-стратегий [8], повышает приверженность пациентов к назначенной медикаментозной терапии [14], снижает проявленность тревожных и депрессивных синдромов после инфаркта миокарда [17], улучшает исходы после оперативных вмешательств на сердце [18], снижает сердечно-сосудистую смертность у пациентов с перенесенным инфарктом миокарда и реваскуляризацией [11; 14].

В зарубежной и отечественной научной литературе не обнаружены исследования о психологическом благополучии пациентов кардиологического

профиля с инфарктом миокарда, нестабильной стенокардией, в том числе, перенесших оперативное вмешательство, в связи с иррациональными установками в мышлении. Определение особенностей психологического благополучия и иррациональных установок в мышлении у кардиопациентов позволит определить мишени для психологического воздействия при консультировании.

Цель исследования: изучение психологического благополучия и иррациональных установок в мышлении пациентов кардиологического профиля. Выдвинуто предположение, что пациенты с разным уровнем выраженности иррациональных установок в мышлении отличаются по показателям психологического благополучия.

Объекты и методы исследования

В исследовании приняли участие 103 пациента кардиологического отделения БУЗ УР «РКДЦ МЗ УР» в период март - сентябрь 2025 года. Возраст участников от 31 до 89 лет (M = 63,95; SD = 11,35). Среди участников 54 мужчины в возрасте от 31 до 89 лет (M = 59,79; SD = 12,70), из них 28 человек с диагнозом инфаркт миокарда и 26 человек с диагнозом нестабильная стенокардия, 38 пациентам проведена операция ЧКВ со стентированием. Участвовало 49 женщин в возрасте от 48 до 85 лет (M = 68,53; SD = 7,39), из них 14 человек с диагнозом инфаркт миокарда и 35 человек с диагнозом нестабильная стенокардия, операция ЧКВ со стентированием была проведена 18 женщинам.

Для определения показателей иррациональных установок в мышлении и психологического благополучия у участников на этапе выписки из стационара использованы методики: «Диагностика иррациональных установок» (Тест Эллиса, Survey of Personal Beliefs, SPB; H. Kassinove, A. Berger, 1988; адаптация Д. В. Ковпака, 2008), шкала «Фрустрационная толерантность» обратная по

смыслу интерпретации; методика «Шкала психологического благополучия» (К. Рифф, 1989; адаптация Н. Н. Лепешинского, 2007); «Шкала субъективного благополучия» (A. Perrudet-Badoux, G. Mendelsohn, J. Chiche, 1988; адаптация М. В. Соколовой, 1996). Для предварительного определения количества групп участников, отличающихся по выраженности показателей иррациональных установок в мышлении, проведен иерархический кластерный анализ (метод - Between-groups linkage, дистанционная мера - Squared Euclidean distance, z-стандартизация). Далее был использован метод К-средних для определения устойчивости групп. В кластеризацию включены все пять шкал методики SPB. Для определения достоверности разницы между средними значениями в группах использован t-критерий Стьюдента. Определены две группы: первая группа - участники со средне-высоким уровнем иррациональных установок в мышлении (72 человека), вторая – участники со средне-низким уровнем иррациональных установок в мышлении (31 человек). В группах описаны половозрастные и клинические характеристики, показатели психологического благополучия, проведен сравнительный анализ с использованием t-критерия Стьюдента. Статистическая обработка данных проведена в программе SPSS 26.0.

Результаты и их обсуждение

Кластерный анализ в общей выборке.

Для выделения в общей выборке естественных групп, различающихся по выраженности иррациональных установок, проведен кластерный анализ. При кластеризации определены два кластера участников с достоверно разным уровнем иррациональных установок в мышлении (таблица 1).

Таблица 1

Показатели иррациональных установок в мышлении в кластерах

Показатели	1 кластер, n=72, (M)	2 кластер, n=31, (M)	t	p
Катастрофизация	15,98	20,80	-7,941	0,0001
Долженствование в отношении себя	15,55	17,80	-4,764	0,0001
Долженствование в отношении других	17,22	19,93	-5,652	0,0001
Фрустрационная толерантность	18,80	22,64	-6,447	0,0001
Оценочная установка и рациональность мышления	15,75	22,51	-12,385	0,0001

Примечание: M – среднее значение показателя; t - критерий Стьюдента; p - значение статистической значимости.

Согласно методике SPB, чем ниже баллы по шкале, тем выше уровень иррациональных установок и ниже уровень фрустрационной толерантности. Учитывая, что средние значения (M) показателей в кластерах в основном представлены значениями среднего уровня, выделенные группы названы: 1 кластер – «1 группа со средне-высоким уровнем иррациональных установок» (n=72, 70% участников), 2 кластер – «2 группа с со средне-низким уровнем иррациональных установок» (n=31). Пациенты 1 группы более склонны оценивать ситуации как ужасные и предъявлять требования к себе и другим,

хуже переносить стрессовые ситуации, чаще оценивать себя глобально, а не по конкретным поступкам, в суждениях проявлять более низкую адаптивность и категоричность, чем пациенты 2 группы. Половозрастные и клинические характеристики участников разных групп представлены в таблице 2.

Таблица 2

Характеристики участников в группах с разным уровнем иррациональных установок в мышлении

Характеристика		1 группа со средне-высоким уровнем иррациональных установок, чел. n=72	2 группа со средне-низким уровнем иррациональных установок, чел. n=31	Общая выборка, чел. (% в общей выборке), n=103
Пол	мужской, чел. (% в группе)	39 (54,2)	15 (48,4)	54 (52,4)
	женский, чел. (% в группе)	33 (45,8)	16 (51,6)	49 (47,6)
Возраст, лет (M±SD)		65,6 ±10,7	60,2±12,1	63,95±11,4
Возрастная группа, чел. (% в группе)	18-44 года	4 (5,6)	3 (9,7)	7 (6,8)
	45-59 лет	12 (16,7)	11 (35,5)	23 (22,3)
	60-74 года	41 (56,9)	15 (48,4)	56 (54,4)
	75-89 лет	15 (20,8)	2 (6,5)	17 (16,5)
Инфаркт миокарда, чел. (% в группе)		26 (36,1)	16 (51,6)	42 (40,8)
Нестабильная стенокардия,		46 (63,9)	15 (48,4)	61 (59,2)

чел. (% в группе)			
Оперативное вмешательство, чел. (% в группе)	41 (56,9)	15 (48,4)	56 (54,4)
Без оперативного вмешательства, чел. (% в группе)	31 (43,1)	16 (51,6)	47 (45,6)

Примечание: M – среднее значение показателя; SD – стандартное отклонение; чел. – человек.

В первой группе участников с более высоким уровнем иррациональных установок относительно больше мужчин, чем женщин; средний возраст выше, чем во второй группе; диагноз нестабильная стенокардия встречается чаще, чем диагноз инфаркт миокарда; выше частота оперативных вмешательств, чем во второй группе.

Таким образом, среди пациентов данного кардиологического профиля могут быть выделены две группы, различающиеся по уровню иррациональных установок.

Сравнительный анализ показателей психологического благополучия в группах. Для определения различий по показателям психологического благополучия при разной выраженности иррациональных установок проведен сравнительный анализ в группах. Были выявлены достоверные различия между средними значениями показателей психологического благополучия по шкале К. Рифф (эвдемонистический компонент) и по шкале субъективного благополучия по шкале М. В. Соколовой (гедонистический компонент). В таблице 3 представлены шкалы, показатели которых имеют достоверные различия.

Таблица 3

Показатели психологического благополучия участников в группах с разным уровнем иррациональных установок в мышлении

Шкала	Показатель	1 группа со средне-высоким уровнем иррациональных установок, n=72 (M)	2 группа со средне-низким уровнем иррациональных установок, n=31 (M)	t	p
Шкала психологического благополучия	Позитивные отношения	57,22	60,70	-2,066	0,041
	Автономии	54,44	60,77	-4,140	0,0001
	Личностный рост	54,93	59,48	-2,614	0,01
	Цели в жизни	57,37	62,19	-2,756	0,007
	Самопринятие	53,79	60,03	-3,792	0,0001

	Психологическое благополучие	335,88	362,51	-3,348	0,001
Шкала субъективного благополучия	Признаки, сопровождающие основную психоэмоциональную симптоматику	16,11	13,61	2,531	0,014
	Самооценка здоровья	8,25	6,41	2,879	0,005

Примечание: M – среднее значение показателя; t - критерий Стьюдента; p - значение статистической значимости.

По всем шкалам методик полученные средние значения (М) интерпретируются как средний уровень выраженности показателей.

У участников 1 группы со средне-высоким уровнем иррациональных установок по сравнению с участниками 2 группы по методике К. Рифф выявлены более низкие значения показателей «Позитивные отношения», «Автономия», «Личностный рост», «Цели в жизни», «Самопринятие», «Психологическое благополучие». Полученные результаты указывают, что участникам 1 группы более свойственно недовольство собой и отношениями с другими людьми, большую зависимость от мнения окружающих, более выраженные сложности с целеполаганием и саморазвитием.

У участников 1 группы со средневысоким уровнем иррациональных установок по сравнению с участниками 2 группы по методике М. В. Соколовой

выявлены более высокие значения показателей «Признаки, сопровождающие основную психоэмоциональную симптоматику» и «Самооценка здоровья». Выраженность данных показателей демонстрирует, что участники 1 группы испытывают больший эмоциональный дискомфорт, чаще беспокоятся о своем здоровье, имеют больше психосоматических проявлений и сильнее переживают о незначительных неудачах, чем участники 2 группы.

Таким образом, данные сравнительного анализа показывают, что пациенты с разным уровнем выраженности иррациональных установок в мышлении отличаются по показателям психологического благополучия. У пациентов с более высоким уровнем иррациональных установок более низкие показатели психологического благополучия, с точки зрения личностной самореализации, а также эмоциональных и психосоматических проявлений.

Заключение

1. При кластеризации выделены две группы пациентов: 1 группа - пациенты со «средне-высоким» уровнем иррациональных установок, 2 группа - пациенты со «средне-низким» уровнем иррациональных установок в мышлении. Установлено, что пациенты первой группы более склонны воспринимать неблагоприятные ситуации как ужасные и катастрофичные; предъявляют более высокие требования к себе; хуже переносят состояния напряжения, разочарования и неопределённости; их чувство собственной ценности больше зависит от одобрения окружающих.

2. У пациентов 1 группы достоверно ниже интегральный показатель психологического благополучия и такие его показатели как автономия, самопринятие, личностный рост, наличие жизненных целей и позитивность отношений с окружающими; выше показатели признаков, сопровождающих основную психосоматическую симптоматику, и недовольства своим здоровьем.

Результаты данного эмпирического исследования могут быть полезны при психологическом консультировании, создании программ кардиореабилитации, выделении пациентов группы риска.

Литература / References:

1. Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями. URL: https://национальныепроекты.рф/new-projects/prodolzhitelnaya-i-aktivnaya-zhizn/borba-s-serdechno-sosudistymi-zabolevaniyami/?ysclid=mujci06zk912012487 (дата обращения: 27.09.2026).

2. ВОЗ. Сердечно-сосудистые заболевания. URL: https://www.who.int/ru/health-topics/cardiovascular-diseases#tab=tab_1 (дата обращения: 26.09.2026).

3. Джалилова С. Х. Анализ иррационального мышления у больных с инфарктом миокарда // Вестник фундаментальной и клинической медицины. 2022. № 4 (4). С. 79–83. URL: https://bsmi.uz/ru/articles/analiz-irraczionalnogo-myshleniya-u-bolnyh-s-infarktom-miokarda/ (дата обращения: 27.09.2026).

4. Лакомская А. В. Психологическое благополучие у больных, перенесших операцию на сосудах сердца // Вестник психотерапии. 2017. № 62(67). С. 87-98.

5. Минздрав представил статистику причин смерти россиян в 2024 году // ТАСС. 15.04.2025. URL: https://tass.ru/obschestvo/23685695 (дата обращения: 04.09.2026).

6. Раскалиев Р. А., Калюта Т. Ю., Андриянова Е. А., Федонников А. С. Стиль мышления и характер переживания стресса у пациентов с ишемической болезнью сердца // Российский кардиологический журнал. 2024. Т. 29, №11. С. 61-37. DOI: 10.15829/1560-4071-2024-6137. EDN: KPUFUX.

7. Реан А. А., Ставцев А. А., Шевченко А. О., Кузьмин Р. Г. Психологическое благополучие личности: обзор подходов к теоретическому

конструкту // Вестник Санкт-Петербургского университета. Психология. 2025. Т. 15. вып. 4. С. 499-513. EDN AKHLQU.

8. Солодухин А.В. Видяева Н.Г., Помешкина Е.Е., Аргунова Ю.А., Серый А.В., Барбараш О.Л. Применение методов рационально-поведенческой психотерапии у пациентов со стабильной ишемической болезнью сердца и коронарным шунтированием // Сибирский психологический журнал. 2020. № 75. С. 182-194. DOI: 10.17223/17267080/75/10.

9. Bassett S., Schuette S., O'Dwyer L., Moskowitz J. Positive Affect and Medication Adherence in Chronic Conditions: A Systematic Review // Health Psychology. 2019. Vol. 38. P. 960-974. DOI: 10.1037/hea0000778.

10. Candeias A. A., Galindo E., Reschke K., Bidzan M., Stueck M. Editorial: The interplay of stress, health, and well-being: unraveling the psychological and physiological processes // Frontiers Psychology. 2024. Vol. 15. Art. 1471084. DOI: 10.3389/fpsyg.2024.1471084.

11. Chen X., Zeng M., Chen C., Zhu D., Chen L., Jiang Z. Efficacy of Psycho-Cardiology therapy in patients with acute myocardial infarction complicated with mild anxiety and depression // Frontiers in Cardiovascular Medicine. 2023. Vol. 9 Art. 1031255. DOI: 10.3389/fcvm.2022.1031255.

12. DuBois C.M., Lopez O.V., Beale E.E., Healy B.C., Boehm J.K., Huffman J.C. (Relationships between positive psychological constructs and health outcomes in patients with cardiovascular disease: A systematic review // International Journal of Cardiology. 2015. Sept. 15. Vol. 195. P. 265-280. DOI: 10.1016/j.ijcard.2015.05.121.

13. King A., Plateau C., Turner M., Young P., Barker J. A systematic review of the nature and efficacy of Rational Emotive Behaviour Therapy interventions // PLOS ONE. 2024. Vol. 19, no. 7. e0306835. DOI: 10.1371/journal.pone.0306835.

14. Richards S. H., Anderson L., Jenkinson C. E. et al. Psychological interventions for coronary heart disease // Cochrane Database of Systematic Reviews. 2017. № 4. CD002902. DOI: 10.1002/14651858.CD002902.pub4.

15. Vassou Ch., Chrysohoou Ch., Skoumas J., Georgousopoulou E., Yannakoulia, M., Pitsavos Ch., Cropley M., Panagiotakos, D. Irrational beliefs, depression and anxiety, in relation to 10-year cardiovascular disease risk: the ATTICA Epidemiological Study // Anxiety, Stress, & Coping. 2022. Vol. 36. P. 199-213. DOI: 10.1080/10615806.2022.2062331.

16. Vîslă A., Flückiger Ch., Grosse Holtforth M., David D. Irrational Beliefs and Psychological Distress: A Meta-Analysis // Psychotherapy and Psychosomatics. 2015. Vo. 85. P. 8-15. DOI: 10.1159/000441231.

17. Wei X., Fu L., Liu H., Huang Zh., Lu X. Effects of cognitive behavioral therapy on anxiety and depression in patients with myocardial infarction: a systematic review and meta-analysis // Frontiers in Psychology. 2026. Vol. 17. Art. 1713464. DOI: 10.3389/fpsyg.2026.1713464.

18. Wu A., Liu H., Fang T., Fan P., Yin Ch., Shen S. The effects of PERMA model-based positive psychological intervention on fear of disease progression and subjective well-being in patients after coronary artery bypass grafting: a retrospective cohort study // Frontiers in Cardiovascular Medicine. 2026. Vol. 13. DOI: 10.3389/fcvm.2026.1784517.

19. Zuccarella-Hackl C., Princip M., Sivakumar S., von Känel R. Positive psychological well-being and cardiovascular health // Frontiers in Psychiatry. 2024. Vol. 15:1443978. DOI: 10.3389/fpsyt.2024.1443978.

НЕВРОЛОГИЯ, ПСИХИАТРИЯ, РЕАБИЛИТАЦИЯ: ТОЧКИ СОПРИКОСНОВЕНИЯ

Боймуротова Н. У.қизи
Национального университета Узбекистана,
Республика Узбекистан, г. Ташкент

Аннотация. В статье рассматриваются современные аспекты взаимодействия неврологии, психиатрии и медицинской реабилитации в комплексной помощи пациентам с заболеваниями нервной системы. Актуальность темы обусловлена высокой распространённостью неврологических заболеваний, которые нередко сопровождаются когнитивными, эмоциональными и поведенческими нарушениями. Особое внимание уделяется междисциплинарному подходу, направленному на восстановление не только неврологических функций, но и психологического состояния, социальной активности и качества жизни пациентов. Рассматривается роль ранней диагностики, нейропсихологической оценки, психотерапевтических методов и индивидуализированных реабилитационных программ. Обосновывается необходимость тесного взаимодействия невролога, психиатра, клинического психолога и специалистов по реабилитации.

Ключевые слова: неврология, психиатрия, реабилитация, неврологические заболевания, когнитивные нарушения, психические расстройства, нейропсихология, психотерапия, междисциплинарный подход, качество жизни.

NEUROLOGY, PSYCHIATRY, REHABILITATION: POINTS OF CONTACT

Boymurotova N. U. qizi
National University of Uzbekistan,
Republic of Uzbekistan, Tashkent

Abstract. The article examines modern aspects of the interaction between neurology, psychiatry, and medical rehabilitation in providing comprehensive care to patients with diseases of the nervous system. The relevance of the topic is due to the high prevalence of neurological diseases, which are often accompanied by cognitive, emotional, and behavioral disorders. Special attention is paid to an interdisciplinary approach aimed at restoring not only neurological functions but also the psychological state, social activity, and quality of life of patients. The role of early diagnosis, neuropsychological assessment, psychotherapeutic methods, and individualized rehabilitation programs is considered. The necessity of close interaction between a neurologist, a psychiatrist, a clinical psychologist, and rehabilitation specialists is substantiated.

Keywords: neurology, psychiatry, rehabilitation, neurological diseases, cognitive impairments, mental disorders, neuropsychology, psychotherapy, interdisciplinary approach, quality of life.

Введение

Современная медицина характеризуется развитием междисциплинарных подходов к диагностике и лечению заболеваний. Особенно важным является взаимодействие неврологии, психиатрии и медицинской реабилитации, поскольку заболевания нервной системы могут приводить не только к двигательным и чувствительным нарушениям, но и к изменениям когнитивной, эмоциональной и поведенческой сфер.

Инсульт, черепно-мозговые травмы, эпилепсия, рассеянный склероз, нейродегенеративные заболевания и другие неврологические состояния могут сопровождаться тревогой, депрессивными проявлениями, нарушениями памяти, внимания и исполнительных функций. В свою очередь, психические расстройства способны влиять на соблюдение пациентом рекомендаций, социальную адаптацию и результаты восстановительного лечения.

В связи с этим эффективная помощь пациенту должна учитывать взаимосвязь неврологических, психических и социальных факторов.

Основная часть Одной из основных точек соприкосновения неврологии и психиатрии является когнитивная сфера. После перенесённых неврологических заболеваний у пациентов могут наблюдаться нарушения памяти, внимания, речи, скорости обработки информации и исполнительных функций. Степень выраженности этих нарушений зависит от характера заболевания, локализации патологического процесса и индивидуальных особенностей пациента.

Особое значение имеет нейропсихологическая диагностика**,** которая позволяет определить структуру когнитивных нарушений и оценить их влияние на повседневную деятельность. Полученные результаты могут использоваться при разработке индивидуальной программы реабилитации.

Другим важным направлением является выявление эмоциональных и поведенческих нарушений**.** У пациентов с неврологическими заболеваниями могут возникать тревожные и депрессивные симптомы, эмоциональная лабильность, нарушения мотивации и адаптации к изменившимся условиям жизни. Эти состояния могут отрицательно влиять на участие пациента в реабилитационных мероприятиях и снижать его социальную активность.

В таких случаях взаимодействие невролога и специалиста в области психического здоровья позволяет своевременно выявить психопатологические симптомы и определить дальнейшую тактику помощи. При необходимости используются психотерапевтические методы, психологическая поддержка и фармакотерапия в соответствии с клиническими показаниями.

Особое место занимает медицинская реабилитация**,** целью которой является максимально возможное восстановление функциональных возможностей пациента и повышение его самостоятельности. Современная

реабилитация не ограничивается восстановлением двигательных функций. Она включает когнитивную, психологическую и социальную составляющие.

Когнитивная реабилитация может включать упражнения, направленные на развитие памяти, внимания, планирования и других когнитивных функций. Психологическая реабилитация способствует адаптации пациента к последствиям заболевания, снижению эмоционального напряжения и формированию эффективных стратегий совладания.

Важным принципом является индивидуализация реабилитационной программы**.** При её разработке необходимо учитывать возраст пациента, основное заболевание, степень функционального дефицита, когнитивное и эмоциональное состояние, социальную ситуацию и реабилитационный потенциал.

Перспективным является использование мультидисциплинарной команды**,** в состав которой могут входить невролог, психиатр, клинический психолог, врач физической и реабилитационной медицины, физиотерапевт, специалист по лечебной физкультуре, логопед и другие специалисты.

Междисциплинарное взаимодействие позволяет рассматривать заболевание не только с точки зрения поражения нервной системы, но и с позиции его влияния на психическое состояние, повседневную активность и социальное функционирование человека.

Заключение

Неврология, психиатрия и медицинская реабилитация имеют тесные клинические и научные взаимосвязи. Неврологические заболевания могут сопровождаться когнитивными, эмоциональными и поведенческими нарушениями, которые существенно влияют на качество жизни пациента и результаты восстановления.Неврология

Комплексная оценка неврологического и психического состояния, проведение нейропсихологической диагностики и раннее выявление эмоциональных нарушений создают условия для более эффективной реабилитации.

Наиболее перспективным направлением является развитие междисциплинарной модели помощи, основанной на сотрудничестве специалистов различных профилей. Такой подход позволяет учитывать биологические, психологические и социальные аспекты заболевания и ориентироваться не только на уменьшение симптомов, но и на восстановление функциональной самостоятельности и качества жизни пациента.

Литература / References:

1. World Health Organization. Rehabilitation in health systems**.** Geneva: World Health Organization, 2017.

2. World Health Organization. World Mental Health Report: Transforming Mental Health for All**.** Geneva: World Health Organization, 2022.

3. World Health Organization. International Classification of Diseases 11th Revision (ICD-11)**.** Geneva: World Health Organization.

4. Winstein C.J., Stein J., Arena R. et al. Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery. Stroke**.** 2016;47:e98–e169.

5. Cicerone K.D., Goldin Y., Ganci K. et al. Evidence-Based Cognitive Rehabilitation: Systematic Review of the Literature From 2009 Through 2014. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**.** 2019;100(8):1515–1533.

6. National Institute for Health and Care Excellence. Stroke rehabilitation in adults**.** NICE Guideline.

7. American Psychiatric Association**.** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5-TR**.** Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing, 2022.

8. Majidov N.M. Umumiy nevrologiya**.** Toshkent: Abu Ali ibn Sino, 2000.

9. Karimov Sh.I., Ismoilov S.I. Tibbiy reabilitatsiya asoslari**.** Toshkent: O‘zbekiston, 2019.

10. Rasulov M.M. Klinik psixologiya asoslari**.** Toshkent: Fan va texnologiya, 2020.

11. O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazirligi**.** Tibbiy reabilitatsiya bo‘yicha klinik tavsiyalar va metodik qo‘llanmalar**.** Toshkent.

12. O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazirligi. Nevrologik kasalliklarni tashxislash va davolash bo‘yicha klinik protokollar**.** Toshkent.

13. Карамян М. Х. Психология здоровья. Т.: НУУз. 2010. URL: https://scholar.google.com/scholar?cluster=16116488173096231263&hl=en&oi=sch

ОСМЫСЛЕННОСТЬ ЖИЗНИ КАК УСЛОВИЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ЛИЧНОСТИ СТУДЕНТА

Бондарева Е. В.
Старший преподаватель кафедры психологии
Национальный Университет Узбекистана,
Республика Узбекистан, г. Ташкент

Аннотация. В статье представлены результаты срезовой и лонгитюдной динамики осмысленности жизни у студентов высших образовательных учреждений в контексте их психологического благополучия. Для оценки данных параметров использовались методика Д. А. Леонтьева «Тест смысложизненных ориентаций» и методика К. Рифф «Шкала психологического благополучия личности». Показано, что психологическое благополучие выполняет стабилизирующую функцию относительно динамики осмысленности жизни.

Ключевые слова: психологическое благополучие, осмысленность жизни, управление окружением, цели жизни, автономия, интернальность жизненной перспективы.

MEANINGFULNESS OF LIFE AS A CONDITION FOR THE MENTAL HEALTH OF THE STUDENT'S PERSONALITY

Bondareva E. V.
Senior Lecturer at the Department of Psychology
National University of Uzbekistan, Tashkent

Abstract. The article presents the results of cross-sectional and longitudinal dynamics of life meaningfulness in higher education students within the context of their psychological well-being. To evaluate these parameters, D. A. Leontyev's "Meaningful Life Orientations Test" and K. Riff's "Psychological Well-being Scale" were used. It has been shown that psychological well-being performs a stabilizing function regarding the dynamics of life meaningfulness.

Keywords: psychological well-being, meaningfulness of life, management of the environment, life goals, autonomy, internality of life perspective.

Введение

Современная студенческая молодёжь, или, как это сейчас принято говорить, зумеры, по наблюдениям социальных аналитиков выглядит более благополучной, чем бунтарское поколение 80-х или «неформалы» нулевых: они реже употребляют наркотики и алкоголь, заботятся об экологии и в целом довольно законопослушны. Но проблемы не исчезли, они «ушли вглубь» – размытая идентичность, отказ от принятия ответственности и пассивно-гедонистическое отношение к своему будущему всё чаще встречаются у юношей и девушек в наши дни. В этой связи чрезвычайно актуальны идеи К. Рифф о том,

что психологическое благополучие не сводится к субъективному ощущению «мне хорошо» – это то, как ты живёшь и действуешь. Эвдемонистический подход предполагает, что личность, у которой нет позитивных отношений с окружающими, цели в жизни, стремления к росту, может быть, и не является «психически больной», но и здоровой её тоже назвать нельзя [6, с. 277].

Взаимоотношениям с другими людьми, общению отводится в гуманистической психологии особая роль, поскольку невозможно понять человека изолированно, вне социального контекста. Уровень этих взаимоотношений показывает степень интегрированности человека в общество и то, насколько он способен в своих жизненных планах сочетать требования и ожидания общества со своими личными интересами и потребностями. К.А. Абульханова-Славская определяет это как жизненную стратегию [1, с. 83].

Достижение автономии, личностного роста, самопринятия являются целевыми ориентирами в личностно-центрированной терапии К. Роджерса. Личностный рост есть оценка реализации потенциала самоизменений. Самопринятие, по мнению К. Рифф, означает положительное отношение к себе и своему прошлому. Таким образом, правомерно рассматривать конструкт психологического благополучия в связи с понятием психического здоровья личности.

В нашем исследовании психологическое благополучие изучалось в связи с различными аспектами отношения личности к своей жизни, среди которых ключевую роль играет осмысленность жизни. Согласно теории Дж. Крамбо и Л. Махолика, важнейшей потребностью человека является потребность видения смысла жизни. Эта идея конкретизируется в модели смысложизненных ориентаций Д.А. Леонтьева относительно целей (осмысленность будущего), процесса жизни (осмысленность настоящего) либо результатов, достижений (осмысленность прошлого) [3, с. 4]. На наш взгляд, существует ещё одно

свойство жизненной перспективы, выделенное нами на основе методологии Д.А. Леонтьева, но до сих пор не представленное в научном дискурсе. Мы обозначили это свойство как интернальность жизненной перспективы. Оно говорит о том, наскольно в представлениях о будущем отражается идея того, что его «творит» сам человек. Интернальность жизненной перспективы, по нашему мнению, определяется локусом контроля Я и локусом контроля жизни.

Осмысленность жизни в студенческом возрасте выступала в качестве предмета исследования, в частности, у Н.И. Трубниковой, рассматривавшей смысложизненные ориентации как фактор профессионального и жизненного самоопределения. Предварительно автором были выделены уровни жизненного самоопределения, различающиеся по структурированности ценностных ориентаций, осмысленности жизни и глубине временной перспективы. На основе сопоставления результатов студентов 1 и 5 курсов выяснилось, что первокурсники мало верят в свою способность повлиять на собственную жизнь, тогда как выпускники более осмысленно относятся ко времени жизни, строят планы, ищут возможности самореализации, они гораздо более целенаправленны и, следовательно, имеют более высокий уровень жизненного самоопределения [4, с. 236-248].

Объекты и методы исследования

С целью изучения взаимосвязи между психологическим благополучием и осмысленностью жизни нами было проведено эмпирическое исследование динамики жизненной перспективы студентов. Была использована целевая выборка, состоявшая из студентов 1-4 курсов различных специальностей бакалавриата высших образовательных учреждений Узбекистана, дневной и заочной формы обучения. Всего в исследовании приняли участие 782 человека.

В ходе основного этапа исследования изучалась динамика жизненной перспективы студентов с апреля 2022 по июнь 2024 года, оценивались различия

в жизненной перспективе между студентами различных курсов, мужского и женского пола, работающими и не работающими, семейными и не состоящими в браке.

В качестве методик исследования были использованы Тест смысложизненных ориентаций (СЖО) Д.А. Леонтьева и Шкала психологического благополучия личности PWB (К. Рифф).

Тест смысложизненных ориентаций (СЖО) был разработан Д.А. Леонтьевым на основе адаптации методики «Цель в жизни» Дж. Крамбо и Л. Махолика [3, с. 2-18]. Методика позволяет измерить шесть показателей:

Шкала «Цели в жизни» выявляет наличие в сознании респондента целей, связанных с будущим, и представляет особый интерес в плане анализа когнитивного и ценностно-смыслового компонента жизненной перспективы.

Шкала «Процесс жизни» относится к настоящему и показывает, насколько оно осмысленно, интересно и эмоционально насыщенно.

Шкала «Результативность жизни» является индикатором степени самореализации личности на уже прожитом отрезке жизни и, следовательно, относится к прошлому.

Шкала «Локус контроля-Я» говорит о восприятии себя сильной личностью, обладающей свободой выбора и способностью достигать поставленных целей.

Шкала «Локус контроля-жизнь» характеризует убеждение человека в том, что имеет смысл вообще планировать своё будущее в противовес фаталистическому отношению к нему.

Общий показатель представляет собой интегральную оценку осмысленности жизни для респондента.

Для К. Рифф психологическое благополучие – критерий зрелости и полноты психической жизни, в котором выделяются следующие компоненты:

положительные отношения с другими, автономия, управление окружением, личностный рост, цель в жизни и самопринятие [5, с. 95-121].

Результаты и их обсуждение

Согласно полученным нами данным, существуют статистически значимые различия в психологическом благополучии студентов различных курсов: самые высокие показатели имеют первокурсники, а самые низкие – студенты 3-го курса [2, с.73].

Смысложизненные ориентации студентов представлены на рисунке 1.

Полученные нами данные свидетельствуют о том, что с каждым годом обучения осмысленность будущего усиливается, достигая максимума на третьем курсе и незначительно снижаясь на четвёртом. То же самое можно сказать и про локус жизни, то есть обучение в вузе способствует пониманию того, что «всё в твоих руках».

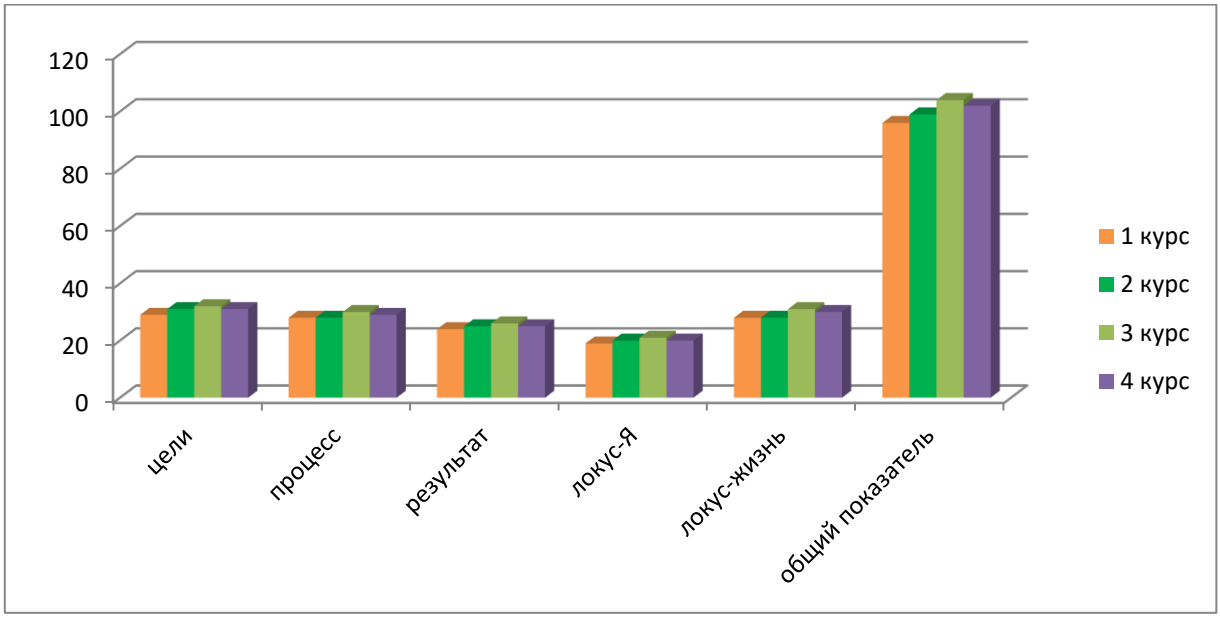

Рис. 1. -- Смысложизненные ориентации студентов различных курсов по методике СЖО, средние значения

Общий показатель осознанности жизни изменяется таким же образом. Значимые различия получены для шкал «Цели», «Локус-Я», «Локус-жизнь» и общего показателя осмысленности жизни.

Следует упомянуть, что часть студентов, которую мы обозначили как лонгитюдную выборку, проходила обследование четырёхкратно, то есть на каждом курсе. Анализ смыслового наполнения жизни показывает не только срезовую, но и лонгитюдную динамику, которую мы можем проследить по рисунку 2.

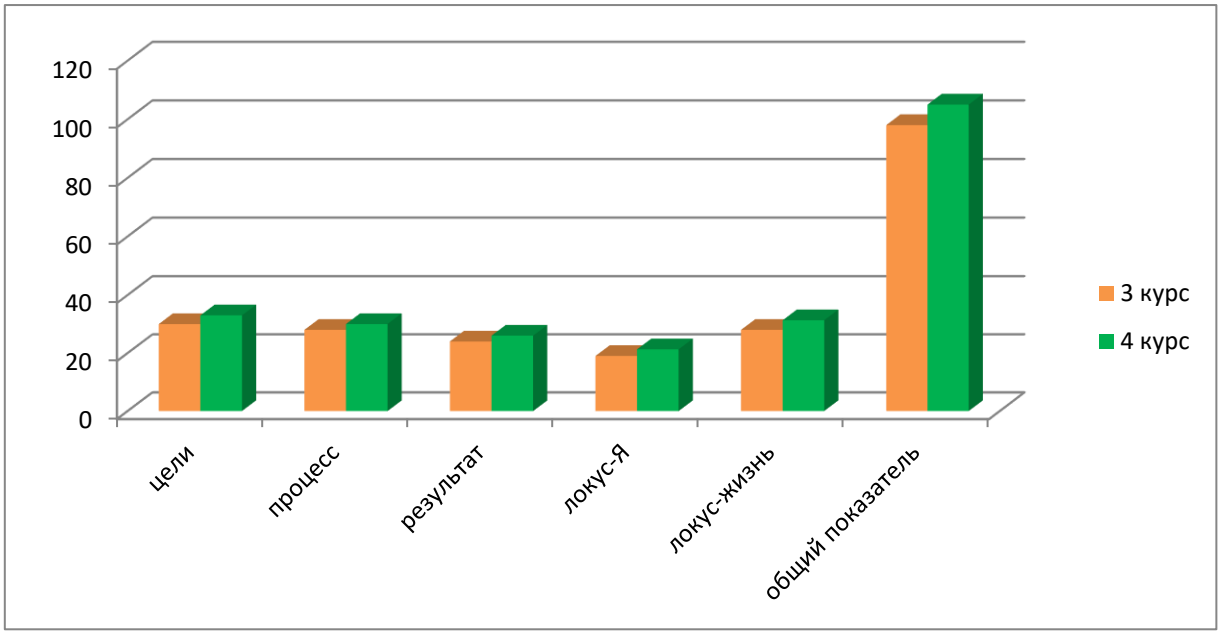

Рис. 2. - Лонгитюдная динамика смысложизненных ориентаций студентов по методике СЖО, средние значения

Как видно на диаграмме, все шкалы осмысленности жизни демонстрируют прогрессивные изменения, что отражается и на общем показателе. Различия по всем шкалам СЖО статистически значимы. Диаграмма показывает, что наибольший смысл студенты придают будущему, с которым они связывают многочисленные цели. Однако, по мнению Д.А. Леонтьева, такая картина не всегда говорит о свойстве целеустремлённости, порой цели

превращаются в «воздушные замки», и никаких путей к их реализации человек не видит. Поэтому стоит сопоставить оценки по шкале «Цели» с баллами по шкале «Локус жизнь», имеющей ту же размерность. Близкие результаты по этим двум шкалам, на наш взгляд, косвенно свидетельствуют о том, что студенты осознают зависимость своей будущей профессиональной деятельности от своих усилий в настоящее время.

Далее рассмотрим, как связаны между собой психологическое благополучие и осмысленность жизни. В Таблице 1 показаны корреляции между шкалами методики смысложизненных ориентаций Д.А. Леонтьева и методики К. Рифф.

Таблица 1

Коэффициенты корреляционных связей между психологическим благополучием и шкалами методики СЖО

	Цели	Процесс	Результат	Локус Я	Локус жизнь	Осмысленность жизни
Положительные отношения	0,367**	0,455**	0,415**	0,340**	0,429**	0,473**
Автономия	0,414**	0,378**	0,371**	0,420**	0,420**	0,457**
Управление окружением	0,573**	0,575**	0,574**	0,573**	0,538**	0,629**
Личностный рост	0,503**	0,583**	0,498**	0,479**	0,550**	0,576**

Цель в жизни	0,592**	0,587**	0,536**	0,569**	0,531**	0,628**
Самопринятие	0,550**	0,619**	0,648**	0,571**	0,618**	0,669**
Психол.благополучие	0,628**	0,668**	0,636**	0,611**	0,643**	0,716**

Примечание: **– p <0,01

Высокие значения коэффициента корреляции между всеми шкалами методик К. Рифф и СЖО говорят о том, что психологическое благополучие теснейшим образом связано с осмысленностью жизни (для общих показателей двух методик r=0,716**). Это позволяет предположить, что психологическое благополучие является предиктором для переменной «осмысленность жизни». Для проверки этого предположения был проведён регрессионный анализ между шкалами психологического благополучия и общим показателем осмысленности жизни. Построение линейной модели показало, что психологическое благополучие достоверно предсказывает общий показатель осмысленности жизни (β=0,71, p<0,001), объясняя 49,9% его дисперсии.

Регрессионный анализ также выявил, что управление окружением является статистически значимым предиктором общего показателя осмысленности жизни (β = 0,610, p < 0,001), объясняя 37,2% его дисперсии (скорректированный R^2=0,370). Хотя интегральный показатель психологического благополучия демонстрирует большую предсказательную силу, текущая модель подтверждает ключевую роль управления внешними условиями в предсказании уровня осмысленности жизни. Это согласуется с теоретическими идеями самой К. Рифф о том, что управление окружением является базовым измерением эвдемонистического понимания психологического благополучия.

Что касается лонгитюдной динамики осмысленности жизни, то для неё корреляции с психологическим благополучием становятся слабыми, либо их смысл меняется на противоположный: для интегральных показателей r=-0,492**. Выраженные отрицательные корреляции шкал психологического благополучия с динамикой осмысленности жизни свидетельствуют о том, что именно те респонденты, которые изначально обладают психологическим благополучием, меньше всего изменяют осмысленность своей жизни со временем. Это является признаком устойчивой системы смыслов, которая не требует постоянных корректив.

Заключение

Полученные в нашем исследовании результаты позволяют сделать следующие выводы: психологическое благополучие является значимым личностным ресурсом осмысленности жизни, определяя её текущий уровень. Однако высокий уровень психологического благополучия подавляет смыслообразующие процессы. Иными словами, именно проблемы, возникающие у человека – будь то взаимоотношения с окружающими, утрата цели или разочарование в себе – побуждают его искать и выстраивать новые смыслы в своей жизни.

Применительно к психотерапевтической практике стоит сделать акцент на том, что развитие навыков управления окружением (в частности, путём социально-психологического тренинга) может служить основой для роста психологического благополучия в целом.

Литература / References:

1. Абульханова-Славская К. А. Стратегия человеческой жизни. М.: Мысль. 1991. 299 с.

2. Бондарева Е.В. Психологическое благополучие как фактор динамики жизненной перспективы студентов //Личностные и регуляторные ресурсы

человека в условиях социальных вызовов. Сборник материалов VII международной научно-практической конференции. Г. Ставрополь, 15–16 июня 2023 г. С.70-76.

3. Леонтьев Д. А. Тест смысложизненных ориентаций (СЖО). 2-е изд. М.: Смысл. 2000. 18 с.

4. Трубникова Н. И. Временная перспектива как важнейший компонент жизненного самоопределения // Мир науки, культуры, образования. 2010. №5. С.236-248.

5. Шевеленкова Т.Д., Фесенко Т.П. Психологическое благополучие личности // Психологическая диагностика, 2005 г. №3. С. 95-121.

6. Carol D. Ryff. Contributions of Eudaimonic Well-Being to Mental Health Practice // Mental Health Soc. Incl., 2023, Dec. Vol. 27, №4. P. 276-293.

ОСОБЕННОСТИ ПАТОМЕХАНИЗМА ПРИ ПТСР

Бугрова Д. М., Яковлев А. С.
Кафедра психиатрии и наркологии
ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Аннотация. В данной статье рассмотрены основные особенности патомеханизма посттравматического стрессового расстройства. Для углубленного изучения данного нарушения психического здоровья среди населения, включая военных и/или ветеранов боевых действий проведён анализ этиологии, классификации в таких классификаторах как: МКБ-10, МКБ-11 и DSM-V, патогенеза и основных аспектов фармакотерапии.

Ключевые слова: ПТСР, патомеханизм, этиология, классификация, психическое здоровье, фармакотерапия

FEATURES OF PATHOMECHANISM IN PTSD

Bugrova D.M., Yakovlev A.S.
Department of Psychiatry and Narcology
Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo

Abstract. This article examines the main features of the pathomechanism of post-traumatic stress disorder. To conduct an in-depth study of this mental health disorder among the population, including military personnel and/or combat veterans, an analysis was carried out of its etiology, classification in such classifiers as ICD-10, ICD-11 and DSM-V, pathogenesis and key aspects of pharmacotherapy.

Keywords: PTSD, pathomechanism, etiology, classification, mental health, pharmacotherapy

Введение

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) - психическое расстройство, формирование которого возникает после пережитого психотравмирующего, угрожающего жизни и/или здоровью, катастрофического чрезвычайного события. Для данного расстройства типичны непроизвольное возвращение к травматическому опыту в виде флэшбэков и нарушениях сна, избегания ситуаций и стимулов, которые вызывают ассоциацию со стресс-фактором, а также длительное субъективное ощущение угрозы [1].

ПТСР была впервые было выделено в самостоятельную нозологическую единицу в DSM-III (в 1980 году). Фундамент этому дали результаты подробного изучения состояния здоровья ветеранов войны во Вьетнаме. С того времени посттравматическое стрессовое расстройство стало одной из актуальных тем для изучения [2].

Согласно эпидемиологическим данным, примерно 61% людей сталкивается с обстоятельствами, потенциально способными запустить ПТСР.

Однако расстройство возникает не у каждого пережившего травму: его средняя пожизненная распространённость оценивается примерно в 3,9%. Во время военных конфликтов среди гражданского населения этот показатель увеличивается до 30% и более, среди военнослужащих до 15–54% [3, 4].

Актуальность темы связана с увеличением числа военных конфликтов, террористических актов, техногенных и природных катастроф, а также с отдалёнными последствиями пандемии COVID-19. Это ведет к расширению контингента людей, потенциально уязвимых к развитию ПТСР [4]. Изучение этиологии и патогенетических механизмов расстройства необходимо для улучшения его профилактики, диагностики и лечения.

Объекты и методы исследования

Анализ научных публикаций 2020–2025 годов, посвящённых этиологии, патогенезу, классификации и патофизиологии ПТСР. Рассмотрены клинические рекомендации Минздрава РФ, материалы рецензируемых журналов и публикации, представленные в базах и электронных ресурсах КиберЛенинки, PubMed, ResearchGate и Frontiers. В качестве методов исследования использованы аналитический обзор литературы, сопоставление классификационных систем (МКБ-10, МКБ-11 и DSM-5), обобщение и систематизация полученных данных. Поиск выполнялся с помощью таких ключевых слов как: «ПТСР», «посттравматическое стрессовое расстройство», «этиология», «патогенез», «классификация», «патофизиология», «post-traumatic stress disorder», «pathophysiology», «PTSD». Всего проанализировано 14 источников.

Результаты проведенного исследования

При воздействии внешнего стрессора на психику человека формируется посттравматическое стрессовое расстройство. К числу потенциально травмирующих событий относятся природные и техногенные катастрофы,

угроза жизни, нападение, пытки, сексуальное насилие, военные действия, террористические акты, плен, наблюдение за гибелью другого человека, тяжёлое заболевание, а также известие о внезапной или насильственной смерти близкого [1].

Пережитое травматическое событие является обязательным условием диагностики ПТСР. При отсутствии установленного стрессора такой диагноз не может быть поставлен. Травмирующее значение ситуации определяется её внезапностью, угрозой личной идентичности и масштабом воздействия на человека [5].

Факторы, повышающие вероятность развития ПТСР, условно объединяют в несколько групп [3, 6]: Преморбидные факторы (особенности характера, перенесённые ранее травмы, психические расстройства в анамнезе и наследственная предрасположенность); факторы, характеризующие травму: её вид, интенсивность и продолжительность (при получении травмы любой этиологии показатели ПТСР варьируются от 7,6% до 38,8% [4]); социально-демографические факторы - возраст (молодые), показатель социально-экономического положения и социальной поддержки (чем ниже, тем выше риск), пол (женский) [3].

Сравнение особенностей рассмотрения ПТСР в основных классификаторах

В МКБ-10 диагноз ПТСР входит в раздел «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства», код F43.1. Диагноз выставляется на основе критериев: A - воздействие стрессового события (угрожающего или катастрофического характера), B - навязчивые, длительно сохраняющиеся воспоминания о произошедшем, C - избегание обстоятельств, которые ассоциируются с травмой, D - сохраняющиеся повышенная возбудимость и/или

психогенная амнезия, Е - возникновение вышеперечисленных критериев в течение 6 месяцев после произошедшего травмирующего события.

В МКБ-11 данный раздел носит название «Расстройства, непосредственно связанные со стрессом», код 6В4. В нём выделены две самостоятельные нозологические формы:

6В40 - Посттравматическое стрессовое расстройство. Выставляется в диагноз при наличии 3 основных групп симптомов. В первую группу входят повторяющиеся переживание травматического события в настоящем времени, в сочетании с яркие воспоминания и/или флэшбэками, нарушениями сна. Вторую группа характеризуется избеганием любой ассоциации с травмирующей ситуацией (в том числе определенных мыслей, чувств). И третья группа — это ощущение чувства угрозы длительное время в сочетании с гипернастороженностью и гиперреакцией испуга.

Симптоматика сохраняется в течении не менее несколько недель и приводит к выраженному нарушению повседневного функционирования [1, 7].

6В41 - Комплексное посттравматическое стрессовое расстройство

Возникает после стрессового воздействия (сильного, длительного или повторяющегося). Помимо трёх типичных для ПТСР кластеров, диагноз включает дополнительные нарушения: устойчивые нарушения эмоциональной регуляции, поведенческие расстройства, в том числе вспышки ярости и саморазрушающее поведение и стойкое негативное восприятие себя и нарушения социального функционирования [7,8]

По сравнению с МКБ-10 в МКБ-11 содержание ПТСР было сужено, а комплексное ПТСР выделено в самостоятельную категорию. Эта категория соотносится с прежним диагнозом «хроническое изменение личности после переживания катастрофы» (F62.0). Кроме того, в МКБ-11 введена

«пролонгированная реакция горя» и пересмотрены подходы к диагностике расстройств адаптации и острой реакции на стресс.

В DSM-5 посттравматическое стрессовое расстройство не выделяется как разновидность тревожных расстройств, а входит в самостоятельную категорию «Травма- и стрессор-связанные расстройства». Диагностические признаки объединены в 4 кластера, включающих 20 симптомов. Кластер «А» объединяет симптомы интрузии, «В» избегающее поведение, «С» отрицательные изменения когнитивных функций и настроения, «D» изменения уровня возбуждения и реактивности

Диагноз правомерен при сохранении симптомов 1 и более месяцев в сочетании с клинически значимыми ухудшениями функционирования. В DSM-5 описаны детский подтип (для детей шести лет и младше) и подтип с диссоциативными симптомами [9].

Ключевое различие между МКБ-11 и DSM-5 заключается в объёме диагностических критериев: в МКБ-11 используется более узкая модель ПТСР — шесть симптомов, объединённых в три кластера, тогда как в DSM-5 описаны 20 симптомов в четырёх кластерах. Это может обусловливать более низкие показатели распространённости при применении критериев МКБ-11. Также комплексное посттравматическое расстройство — это отдельный диагноз в МКБ-11 по сравнению с DSM-5 [9,10].

Патомеханизм ПТСР. Нейроэндокринные нарушения

Ключевым звеном патогенеза ПТСР считают нарушение регуляции гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси (ГГН-оси). В норме стресс активирует гипоталамус, который выделяет кортикотропин-рилизинг-гормон (КРГ). Под его влиянием гипофиз секретирует адренокортикотропный гормон (АКТГ), стимулирующий образование кортизола в коре надпочечников. Связываясь с глюкокортикоидными рецепторами гиппокампа, гипоталамуса и

гипофиза, кортизол запускает отрицательную обратную связь и ограничивает дальнейшую выработку стрессовых гормонов [11, 12].

При ПТСР реакция ГГН-оси имеет парадоксальный характер. В отличие от типичной стрессовой гиперкортизолемии у многих пациентов регистрируется гипокортизолемия, то есть снижение базовой концентрации кортизола. Одновременно повышаются чувствительность к подавлению дексаметазоном и плотность глюкокортикоидных рецепторов в лимфоцитах. Возникает гиперчувствительность системы к отрицательной обратной связи и усиление торможения секреции кортизола [11, 13].

Снижение кортизолового ответа может способствовать усилению продукции провоспалительных цитокинов, включая IL-6 и TNF-α. Создается биологическая предпосылка соматических проявлений ПТСР [11].

Одновременно активируется симпатоадреналовая система: в кровь выбрасываются адреналин и норадреналин. В результате повышается готовность к тревожным реакциям, усиливаются физиологическое возбуждение и гипервигилитет, то есть состояние постоянной настороженности [1].

Нейромедиаторные нарушения

При посттравматическом стрессовом расстройстве изменяется баланс возбуждающих и тормозных медиаторных процессов. Происходит снижение уровня гамма-аминомасляной кислоты (ГАМК) и возрастание концентрации глутамата. Избыток глутамата в постсинаптической щели чрезмерно активирует ионотропные рецепторы NMDA и AMPA. Это усиливает вход кальция в клетки, активирует протеолитические ферменты и синтез оксида азота, стимулирует перекисное окисление липидов и формирование окислительного стресса. В совокупности данные процессы могут запускать апоптоз и гибель нейронов [6].

В патогенез вовлечена и серотонинергическая система. Стресс способен изменять содержание и высвобождение серотонина, эффективность его

обратного захвата, а также плотность и чувствительность рецепторов. Благодаря этому нейроэндокринные нарушения связаны с эмоциональными и аффективными проявлениями ПТСР [11].

Иммунные нарушения и нейровоспаление

Для ПТСР характерна дисрегуляция системы комплемента: активность классического каскада повышается, а альтернативного — снижается. Неконтролируемая активация классического пути поддерживает воспалительный ответ и может приводить к патологически изменённому апоптозу. У пациентов с ПТСР также обнаруживается увеличение концентрации провоспалительных цитокинов [6].

Воспалительный ответ и ГГН-ось образуют взаимосвязанную систему. Уровень кортизола снижается, что облегчает повышение концентрации провоспалительных цитокинов. Это негативно влияет на структуру и работу мозговых областей, отвечающих за регуляцию эмоций, обучения и памяти, а также на стресс-реактивность [14].

Эпигенетические и генетические механизмы

При ПТСР меняются экспрессия генов, характер метилирования ДНК, а также количественный и качественный состав белков, метаболитов и липидов. Эпигенетические сдвиги в регуляторных областях описаны, в частности, для генов MAD1L1, ELFN1, WNT5A и FKBP5. Изменение их активности может поддерживать нарушения переработки страха и стрессовых сигналов. Полиморфизм Val66Met гена BDNF, кодирующего мозговой нейротрофический фактор, связывают с нарушением внутриклеточного транспорта, ухудшением памяти, повышенной тревожностью и дисфункцией гиппокампа [6, 7].

Когнитивные модели

Процесс переработки информации и присоединения травматического события в общую автобиографическую память нарушается в следствии с ПТСР.

Травматические воспоминания связаны со снижением активности левой нижней лобной коры, в них преобладают сенсорные и эмоциональные компоненты, недостаточно связанные с языковыми ассоциациями. Под влиянием триггеров воспоминания вновь оживают, а попытки избежать неприятного опыта поддерживают замкнутый цикл и препятствуют его полноценной переработке [1].

Изменения в структурах головного мозга

При ПТСР изменения обнаруживаются в трёх функционально связанных структурах мозга: миндалевидном теле (амигдале), гиппокампе и медиальной префронтальной коре. Их взаимодействие формирует нейронный контур, участвующий в оценке угрозы, обработке контекста и торможении страха [7, 12].

Миндалина оценивает эмоциональную значимость стимулов и участвует в запуске тревожной реакции. При ПТСР её активность повышается, поэтому даже нейтральные события могут вызывать выраженный стрессовый ответ. Система обнаружения угрозы остаётся включённой и активирует реакцию «борьбы или бегства» при отсутствии реальной опасности. Степень гиперактивности миндалины связана с тяжестью симптомов ПТСР [12].

Гиппокамп обрабатывает пространственно-временной контекст. При ПТСР описаны как структурные изменения гиппокампа, включая уменьшение его объёма до 16% в некоторых исследованиях, так и нарушения метаболизма. Фрагментарность травматических воспоминаний затрудняет их упорядочивание и различение прошлого и настоящего [7, 12].

Медиальная префронтальная кора в норме сдерживает активность миндалины и участвует в угасании условного страха. При ПТСР её регуляторная функция ослабевает: мозг хуже распознаёт отсутствие опасности и не обеспечивает достаточное торможение реакций миндалины. Поэтому формирование навыка безопасности становится малоэффективным [7].

В физиологических условиях гиппокамп, миндалина и префронтальная кора работают согласованно. Гиппокамп анализирует информацию о пространственно-временном контексте, после чего префронтальная кора, при отсутствии угрозы, усиливает тормозное воздействие на центральное ядро миндалины. При ПТСР эта координация нарушается, и формируется патологический нервный контур [7, 12].

Нейропластичность и нейрогенез

Длительное стрессовое воздействие и связанный с ним кортизоловый дисбаланс подавляют нейрогенез в субгранулярной зоне зубчатой извилины гиппокампа. Уменьшение уровня мозгового нейротрофического фактора (BDNF) - механизм, иллюстрирующий взаимосвязь между посттравматическим стрессовым расстройством и депрессивными состояниями. Рост активности BDNF на фоне психотерапии или фармакотерапии коррелирует с улучшением процессов памяти и обучения [6].

Стресс по-разному изменяет пластичность нейронов гиппокампа и миндалины. В гиппокампе наблюдаются атрофия дендритов и уменьшение плотности дендритных шипиков, тогда как в базолатеральном ядре миндалины, напротив, отмечаются дендритная гипертрофия и увеличение числа шипиков. Взаимное влияние этих структур может поддерживать патологически замкнутый круг.

Митохондриальная дисфункция и окислительный стресс

Изменении клеточной среды сразу же регистрируются митохондриями и происходит обеспечение энергетической адаптации. Но при ПТСР выявляются сдвиги экспрессии генов, связанных с митохондриальной функцией. Нарушение работы митохондрий коры надпочечников может расстраивать синтез стероидных гормонов, в том числе кортизола, и тем самым усиливать дисрегуляцию ГГН-оси [13].

Оксидативный стресс развивается, когда образование активных форм кислорода начинает преобладать над их обезвреживанием. Кортикостероиды могут нарушать энергетический обмен нейронов и работу митохондрий. Данные изменения образуют условия для апоптоза и некроза, усиливают экспрессию провоспалительных интерлейкинов и таким образом поддерживает нейровоспаление [6, 13].

Нарушение гематоэнцефалического барьера

Системное воспаление при ПТСР может участвовать в нарушении проницаемости гематоэнцефалического барьера (ГЭБ). Данные ПЭТ- и МРТ-исследований связывают изменения ГЭБ с нарушением активации гиппокампа и уменьшением его объёма. Повреждение структур ЦНС активирует классический каскад комплемента, поддерживает выработку провоспалительных цитокинов и может приводить к дальнейшим структурно-функциональным нарушениям ГЭБ [6].

Коморбидность и клинические последствия

При хроническом течении ПТСР часто появляются как по отдельности, так и в сочетании другие психические расстройства (например, суицидального поведения, зависимости или тревожно-депрессивного состояния). Из-за дефицита знаний о ПТСР происходит возрастание числа «самоврачеваний», которые в дальнейшем преобразуются в злоупотребления психоактивными веществами [5].

У мужчин чаще описываются экстрапунитивные реакции, включая агрессивность, раздражительность и дисфорию. Для женщин более характерны интрапунитивные реакции [5].

К соматовегетативным проявлениям ПТСР относят хронический болевой синдром, сердечно-сосудистые нарушения и расстройства сна. Одним из

маркеров дисфункции ВНС у пациентов с ПТСР является снижение вариабельности сердечного ритма [11].

На течение заболевания и отдалённый прогноз могут влиять экзогенно-органические изменения головного мозга, прежде всего после травм.

Фармакотерапия ПТСР

1) Антидепрессанты — ЛС первой линии.

1.1. Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС) (например, флуоксетин, сертралин, пароксетин).

СИОЗС блокируют транспортер серотонина (SERT) в пресинаптическом нейроне. Благодаря этому серотонин дольше сохраняется в синаптической щели и активнее воздействует на постсинаптические рецепторы. Усиление серотонинергической передачи может уменьшать проявления повторного переживания травмы, избегания и чрезмерного возбуждения.

1.2. Ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина (СИОЗСН) (например, венлафаксин).

Препараты этой группы одновременно подавляют обратный захват серотонина и норадреналина. Эти дополнительные влияние на норадренергическую передачу особенно эффективны при сочетании тревоги с соматическими проявлениями, включая нарушения сна и вегетативные реакции.

1.3. Трициклические антидепрессанты (ТЦА) (например, кломипрамин, имипрамин).

ТЦА уменьшают обратный захват серотонина и норадреналина, но одновременно блокируют ряд постсинаптических адренергических, мускариновых и гистаминовых рецепторов. Вследствие этого увеличивается спектр побочных эффектов, возможно появления сонливости, сухости во рту и когнитивных нарушений. По этой причине ТЦА обычно применяют как препараты второго ряда.

1.4. Атипичные антидепрессанты (например, миртазапин).

Миртазапин сочетает несколько фармакодинамических эффектов: блокирует пресинаптические α2-адренорецепторы, усиливая высвобождение серотонина и норадреналина, и одновременно антагонизирует часть серотониновых рецепторов, включая 5-НТ2 и 5-НТ3. Такое действие может сопровождаться выраженной седацией и быть полезным при нарушениях сна.

2) Бензодиазепины (например, диазепам, алпразолам).

Бензодиазепины используют преимущественно как краткосрочную вспомогательную терапию. Они усиливают тормозное действие ГАМК, модулируя ГАМК-А-рецепторы: препарат повышает чувствительность рецептора к эндогенной ГАМК, увеличивает частоту открытия хлорных каналов, усиливает гиперполяризацию и снижает возбудимость нейрона. Это обеспечивает быстрый противотревожный и вегетостабилизирующий эффект, однако риск зависимости, толерантности и синдрома отмены ограничивает длительность лечения. При продолжительном приёме бензодиазепины также могут усиливать избегание и ухудшать когнитивные функции, что способно снижать эффективность психотерапии, поэтому их назначают короткими курсами.

3) Препараты других групп (применяются в отдельных клинических ситуациях).

3.1. Буспирон. Буспирон является частичным агонистом серотониновых рецепторов 5-НТ1А. В отдельных случаях его добавляют к антидепрессантам, рассчитывая на усиление терапевтического эффекта при некоторых вариантах ПТСР. Для препарата характерны минимальная седация и низкая вероятность лекарственных взаимодействий.

3.2. Атипичные антипсихотики. При сложном течении, например при выраженных нарушениях мышления, навязчивых мыслях или сильной

раздражительности, врач может рассмотреть добавление атипичного антипсихотика. Фармакологический профиль этой группы определяется воздействием на дофаминовые и серотониновые рецепторы.

Заключение

Обобщение рассмотренных данных позволяет сформулировать следующие выводы:

ПТСР является многофакторным расстройством: его развитие определяется взаимодействием внешнего травмирующего события с внутренними факторами уязвимости — генетическими, личностными и социальными. По сравнению с МКБ-10, МКБ-11 и DSM-5 по-разному описывают диагностическую структуру ПТСР. МКБ-11 использует более узкую концепцию и выделяет комплексное ПТСР в самостоятельный диагноз, отражающий последствия хронической повторяющейся травматизации. DSM-5 включает более широкий набор симптомов и отдельной категории комплексного ПТСР не предусматривает.

Патогенез ПТСР складывается из взаимосвязанных нарушений: дисрегуляции ГГН-оси с парадоксальной гипокортизолемией, дисбаланса нейромедиаторов (снижения ГАМК и повышения глутамата), активации провоспалительных цитокинов, нейровоспаления и эпигенетических изменений экспрессии генов.

Патофизиологическую основу ПТСР образует нарушение работы «треугольника страха» — миндалевидного тела, гиппокампа и медиальной префронтальной коры. Гиперактивность миндалины, уменьшение объёма и функциональной активности гиппокампа, а также ослабление префронтального торможения нарушают угасание страха и переработку травматического опыта. Особенно интересны молекулярные изменения при ПТСР, которые затрагивают работу митохондрий, процессы окислительного стресса, нейропластичность и

нейрогенез. Их сочетание может поддерживать длительность симптомов и способствовать хронизации расстройства.

Дальнейшее изучение молекулярных механизмов ПТСР создаёт предпосылки для разработки таргетной терапии, направленной на модуляцию ГГН-оси, коррекцию нейровоспалительных каскадов и стимуляцию нейротрофических факторов и нейрогенеза.

Литература/ References:

1. Клинические рекомендации – Посттравматическое стрессовое расстройство – 2023-2024-2025 (28.02.2023) – Утверждено Минздравом РФ. URL: https://spbimi.ru/ (дата обращения: 03.09.2026).

2. Крюков Е. В., Шамрей В. К., Марченко А. А. [и др.]. Посттравматическое стрессовое расстройство: эволюция взглядов // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 2022. Т. 122, № 10. С. 72–81.

3. Посттравматическое стрессовое расстройство — от травматического невроза к МКБ-11: особенности диагностики и подбора терапии. URL: https://www.medsovet.pro/jour/article/view/7417?ysclid=mv4labvrns884207430 (дата обращения: 03.09.2026).

4. О динамике развития проблемы посттравматического стрессового расстройства / В. К. Шамрей, В. М. Лыткин, К. В. Баразенко, С. А. Зун // Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. – 2023. – № 1. – С. 68-77. – DOI 10.25016/2541-7487-2023-0-1-68-77. – EDN HCCING.

5. Посттравматическое стрессовое расстройство в центре международных исследований // «Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова». 2022. Т. 122(10). P. 72–81.

6. Лапшин К. В., Фокина Н. В., Шилова М. А. Механизмы патогенеза посттравматического стрессового расстройства // Успехи физиологических наук. 2023. Т. 54, № 1. 19–38.

7. Посттравматическое стрессовое расстройство: от нейронных сетей к омикс-механизмам и персонализированной терапии // Биомолекула. 2026. URL: https://biomolecula.ru/articles/posttravmaticheskoe-stressovoe-rasstroistvo-ot-neironnykh-setei-k-omiks-mekhanizmam-i-personalizirovannoi terapii?ysclid (дата обращения: 03.09.2026).

8. Комплексное посттравматическое стрессовое расстройство (КПТСР) // ProBolezny. URL: https://probolezny.ru/kptsr/?ysclid=mv4lczldej669297484 (дата обращения: 03.09.2026).

9. Молчанова, Е. С. Посттравматическое стрессовое и острое стрессовое расстройство в формате DSM-V: внесенные изменения и прежние проблемы / Е. С. Молчанова // Медицинская психология в России. 2014. 1(24). С. 2. DOI 10.24411/2219-8245-2014-00006. – EDN YROGUQ.

10. Diagnosis, classification, PTSD and CPTSD / Traumatic Stress Wales. URL: https://traumaticstress.nhs.wales/children-and-young-people/resources/ (дата обращения: 03.09.2026).

11. Соматические эквиваленты стресс-ассоциированных психических расстройств // Preprints. URL: https://preprints.ru/files/4396?ysclid=

mv4lhz95zq181268387(дата обращения: 03.09.2026).

12. An orchestrating role of mitochondria in the origin and development of post-traumatic stress disorder // Frontiers in Physiology. 2022. Vol. 13.).

13. Advances in the molecular neurobiology of posttraumatic stress disorder from global contexts: a systematic review of longitudinal studies // PMC. 2023.

ВЫРАЖЕННОСТЬ КОМПОНЕНТОВ ПЕРЦЕПТИВНО-ИНТЕРАКТИВНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ

Валиуллина Е. В.
Кафедра клинической психологии
ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Аннотация. Перцептивно-интерактивная компетентность представляет собой способность человека адекватно воспринимать, правильно понимать других людей и эффективно с ними взаимодействовать. Структурными компонентами перцептивно-интерактивной компетентности выступают взаимопонимание, взаимопознание, взаимовлияние, социальная адаптивность, социальная автономность и социальная активность. Наиболее выраженным компонентом у опрошенных молодых людей оказалась социальная автономность, наименее выраженным – социальная активность.

Ключевые слова: компетентность, перцептивно-интерактивная компетентность, взаимопонимание, взаимопознание, взаимовлияние, социальная адаптивность, социальная активность.

EXPRESSION OF COMPONENTS OF PERCEPTIVE-INTERACTIVE COMPETENCE AT A YOUNG AGE

Valiullina E.V.
Department of Clinical Psychology
Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo

Abstract. Perceptual-interactive competence is a person's ability to adequately perceive, correctly understand, and effectively interact with others. The structural components of perceptual-interactive competence include mutual understanding, mutual knowledge, mutual influence, social adaptability, social autonomy, and social

activity. Among the young people surveyed, social autonomy was the most pronounced component, while social activity was the least pronounced.

Keywords: competence, perceptual-interactive competence, mutual understanding, mutual knowledge, mutual influence, social adaptability, social activity.

Введение

Компетентностный подход предполагает развитие у человека конкретных навыков и личностных качеств (компетенций), необходимых для успешной деятельности – профессиональной, социальной, эмоциональной, социокультурной и пр. Положения компетентностного подхода разрабатывались многими учеными, такими как Л. П. Алексеева, В. И. Байденко, Э. Ф. Зеер, А. К. Маркова, Л. М. Митина, Дж. Равен, М. Хомский и другие. Важным коммуникативным свойством личности, включающим развитые коммуникативные способности является «коммуникативная компетентность». Ю. Н. Емельянов (1991) впервые применил данный термин в контексте способности человека «общаться и передавать информацию, устанавливать контакты и строить отношения с другими людьми» [7].

Современные словари приводят такую дефиницию: «Коммуникативная компетентность – это интегративная характеристика личности, определяющая ее потенциал как успешного субъекта социального взаимодействия и включающая коммуникативные способности устанавливать контакты, эффективно общаться, передавать информацию, выстраивать отношения с другими людьми, адекватно реагировать на меняющиеся ситуации и достигать подавленных целей в общении» [10].

Ключевым элементом процесса эффективной коммуникации выступает социальная перцепция, обеспечивающая «процесс восприятия, понимания,

интерпретации и оценки людьми социальных объектов: других людей, социальных групп или явлений, самих себя» [14]. Социальная перцепция лежит в основе межличностного общения и во многом определяет характер коммуникации. К особенностям социальной перцепции относят – субъективность, многофакторность, обоюдность, целостность, активность, мотивированность, направленность и др.

Взаимное влияние людей друг на друга в процессе коммуникации и совместной деятельности отражает такое понятие как «интеракция». Интеракция в общении «представляет собой активный процесс взаимодействия людей, при котором каждый участник влияет на поведение другого и одновременно испытывает влияние партнера» [9]. «Интерактивная направленность личности – это направленность личности на взаимодействие с другой личностью, стремление к межличностному общению и сотрудничеству» [4, с. 57].

Понятие «перцептивно-интерактивной компетентности» в психологию ввел Н. П. Фетискин (2002) как способности адекватно воспринимать и понимать других людей, а также способности эффективно взаимодействовать с ними в процессе общения и совместной деятельности [15]. Необходимыми коммуникативными навыками (структурными компонентами) интерактивно-перцептивной компетентности являются взаимопонимание, взаимопознание, взаимовлияние, социальная адаптивность, социальная активность и социальная автономность.

С целью изучения особенностей проявления и степени выраженности компонентов интерактивно-перцептивной компетентности у лиц молодого возраста было проведено исследование.

Объекты и методы исследования

Объектом проведенного исследования выступила интерактивно-перцептивная компетентность, предметом – ее структурные компоненты.

Методы исследования: обзор психологических публикаций по вопросам интерактивно-перцептивной компетентности; анализ ее структурных компонентов: взаимопонимания, взаимопознания, взаимовлияния, социальной адаптивности, социальной автономности и социальной активности личности; психологическое тестирование, интерпретация результатов, статистический анализ, обобщение полученных данных. Респондентами исследования стали молодые люди (средний возраст 20,4±2,19) в количестве 56 человек (38 девушек, 18 юношей). Психодиагностическая методика «Диагностика перцептивно-интерактивной компетентности» Н. П. Фетискина [6].

Результаты и их обсуждение

Целью методики «Диагностики перцептивно-интерактивной компетентности» является оценка способности личности к эффективному межличностному взаимодействию, а также личностной готовности к формированию интегративных критериев интерактивной компетентности в малых социальных группах. Шкала «уровень коммуникативной интерактивности» (среднее значение 112,5±9,48) представляет собой интегративный показатель и показывает степень выраженности перцептивно-интерактивной компетентности – глубину взаимодействия между участниками, их уровень вовлеченности в процесс общения, способность к созданию общего контекста общения и смысла обсуждения.

Шкала «взаимопознание» (среднее значение 19,46±2,38) отражает степень «адекватности оценки личностных особенностей партнеров по взаимодействию» [6]. По результатам проведенного исследования низкого уровня параметра выявлено не было, средний уровень показали 46% юношей и девушек, 54% из них – высокий уровень взаимопознания как компонента перцептивно-интерактивной компетентности. «Суть взаимопознания людей в процессе общения состоит в том, что психологические качества человека раскрываются на

основе отражения причинно-следственных отношений человека с окружающим его миром вещей и людей» [11, с. 139]. В процессе взаимопознания люди лучше узнают друг друга, стремятся уловить собственные и чужие чувства, мысли и личностные особенности. Взаимопознание может включать оценку внешности, вербального рисунка и невербального языка, изучение поведения, интерпретацию характерологических особенностей, обобщение воспринятого (причем, подобное восприятие и интерпретация могут быть ошибочны).

Шкала «взаимопонимание» (среднее значение 19,75±1,32) выявляет степень выраженности общих интересов, умение понять точку зрения оппонента, другого человека, а также уровень конфликтности в группе [6]. Респонденты исследования показали выраженную степень параметра – у 64% из них выявлен высокий уровень, у 36% – средний уровень, низкого уровня взаимопонимания выявлено не было. Процесс общения характеризуется субъект-субъектными взаимодействиями, фиксирующими внимание к внутреннему миру собеседника, интерес к личности другого человека. В качестве механизмов, способствующих взаимопониманию, исследователи выделяют аттракцию, рефлексию, идентификацию и эмпатию. «Эмпатия – это отражение партнеров по общению, в основе которого лежит эмоциональная отзывчивость, интуиция и рациональное восприятие» [3, с. 86]. В работах Е. Головахи и Н. Панина представлена уровневая модель взаимопонимания, где в качестве внешнего (формального) уровня взаимопонимания выделяется «согласие» – достаточно обоюдно идентичные оценки ситуаций и правил поведения каждого их участников общения; «осмысление» – процесс «движения от осознания у прочувствованию и преданию предметам смысла, который будет иметь ценность в жизни»; «сопереживание» – «это внутренняя потребность и способность человека разделить чувства другого» [1, 13].

Шкала «взаимовлияние» (среднее значение 17,39±2,31) характеризует значимость мнения и поступков других людей, способность к самокоррекции и саморефлексии [6]. Подавляющее большинство опрошенных юношей и девушек обладает средним уровнем параметра (82%), лишь у 18% был выявлен высокий уровень взаимовлияния (низкого уровня получено не было). Взаимовлияние – это обоюдный процесс, когда каждый из участников общения оказывает определенное воздействие на другого и одновременно сам испытывает воздействие партнера. Такое влияние может быть осознанным и неосознанным, а таже прямым и косвенным. Например, «эмоциональное заражение» выступает бессознательным перенятием эмоционального состояние другого человека или группы людей, а «внушение» является целенаправленной передачей идей, замыслов, установок, предположений без их достаточного критического осмысления [8, 12].

Шкала «социальная автономность» (среднее значение 22,51±2,69) фиксирует значимость личностной позиции в совместных действиях и организации или участии в совместной деятельности [6]. Социальная автономность у молодых людей, участвовавших в исследовании выражена в наибольшей степени, 82% респондентов имеют высокий уровень (18% из них средний уровень, 0% низкий уровень социальной автономности). Такие результаты характеризуют высокую степень стремления молодых людей на самостоятельное определение целей, принятие решений и регуляцию своего поведения, ориентируясь на собственные ценности и опыт, а также свои внутренние критерии. Ведущими критериями социальной автономности личности выступают: способность человека сохранять личные границы, свобода в выборе ролевого поведения, осознанность действий в соответствии с внутренними побуждениями.

Шкала «социальная адаптивность» (среднее значение 17,03±3,41) позволяет оценить уровень благополучия взаимоотношений между участниками общения, их удовлетворенность своим положением в группе, степень контактности внутри коллектива, а также лабильность поведения. Четверть респондентов исследования (25%) обладают высоким уровнем социальной адаптивности, 75% показали средний уровень параметра, низкого уровня выявлено не было. «При оптимальной социальной адаптивности, когда процессы коммуникативной и поведенческой сферы эффективно регулируются, конфликтные ситуации разрешаются путем совместного поиска решения, поиска альтернативы, удовлетворяющей обе стороны, а вот «уход» от проблем не входит в предпочитаемый способ поведения, не считается конструктивным и отвергается личностью» [5, с. 54].

Шкала «социальная активность» (среднее значение 16,96±3,08) показывает «направленность социальной ориентации, ведущие мотивы взаимодействия с окружающими, эффективность совместной деятельности» [6]. У опрошенных молодых людей был выявлен средний уровень социальной активности (86%), незначительное число юношей и девушек обладают высоким уровнем (10%) и низким уровнем (4%) параметра. И. В. Арендачук (2020) отмечает, что «возраст является фактором, детерминирующим проявление деятельностных характеристик социальной активности» [2]. Так, по мнению автора, в возрасте 15-17 лет социальная активность направлена на социально-ориентированную деятельность; в 18-21 год – на личные предпочтения и саморазвитие; в 22-25 лет «социальная активность направлена на осуществление деятельности по удовлетворению своих интересов и потребностей»

Заключение

Коммуникативная компетентность личности представляет собой интегративный показатель успешности индивида как субъекта социального

взаимодействия и отражает совокупность коммуникативных способностей. Перцептивно-интерактивная компетентность – это способность человека адекватно воспринимать других людей и правильно их понимать (перцептивная составляющая компетентности), а также эффективно с ними взаимодействовать (интерактивная составляющая компетентности). По результатам проведенного исследования, наиболее выраженными компонентами перцептивно-интерактивной компетентности у опрошенных молодых людей оказались параметры взаимопонимания и социальной автономности, наименее проявляющимися компонентами – параметры взаимовлияния и социальной активности личности.

Перспективными направлениями в исследовании перцептивных и интерактивных механизмов коммуникативной компетентности личности могут быть: изучение их взаимосвязи с другими коммуникативными аспектами (эмоциональным интеллектом, мотивацией общения, рефлексивными способностями и т.д.); изучение взаимовлияния интерактивных и перцептивных способностей на характер онлайн-общения, т.е. влияние современных цифровых технологий на коммуникацию; а также изучение влияния ошибок мышления, когнитивных искажений на перцептивные и интерактивные механизмы процесса общения.

Литература/References:

1. Андреева Г. М. Психология социального познания: учеб. пособие для студентов вузов, обучающихся по направлению и специальностям психологии. М.: Аспект Пресс, 2005. 301 с.

2. Арендачук И. В. Деятельностные характеристики социальной активности молодежи разных возрастных групп // Известия Саратовского университета. Новая серия. Серия: Акмеология образования. Психология развития. 2020. Т. 9, вып. 2 (34). С. 148–161.

3. Валиуллина Е. В. Волевой потенциал личности и реализация потребностей в саморазвитии // Научно-методический электронный журнал Концепт. 2020. № 3. С. 86-91.

4. Валиуллина Е. В. Интерактивная направленность личности / Е. В. Валиуллина // Вестник общественных и гуманитарных наук. 2020. Т. 1. № 3. С. 57-60.

5. Валиуллина Е. В. Психологические особенности адаптивности и конфликтности студентов первого курса вуза // Вестник общественных и гуманитарных наук. 2020. Т. 1, №1. С. 51-54.

6. Диагностика перцептивно-интерактивной компетентности. URL: https://psytests.org/work/dpiko-run.html (Дата обращения: 25.04.2026).

7. Емельянов Ю. Н. Теория формирования и практика совершенствования коммуникативной компетентности: автореф. дис. ... доктора психологических наук: 19.00.05 / ЛГУ. Ленинград, 1991. 38 с.

8. Заражение, внушение, убеждение и подражание. URL: https://www.b17.ru/article/799493/ (Дата обращения: 19.05.2026).

9. Интеракция общения: понятие, формы взаимодействия и психологические аспекты. URL: https://psihologiya/interakcziya-obshheniya/ (Дата обращения: 06.05.2026).

10. Компетентность коммуникативная. Словари и энциклопедии. URL: https://psychology_lexicon.academic.ru/138/Компетентность_коммуникативная (Дата обращения: 06.05.2026).

11. Панферов В. Н. Когнитивные эталоны и стереотипы взаимопознания людей // Вопросы психологии. 1982. № 5. С. 139-141.

12. Психологические механизмы влияния и взаимовлияния. URL: https://forpsy.ru/works/kursovaya/psihologicheskie-mehanizmyi (Дата обращения: 19.05.2026).

13. Психология общения. Лекции. 2021.pdf URL: https://mpk.brstu.ru/docs/bpk-metodich-razrabotki/ (Дата обращения: 19.05.2026).

14. Социальная перцепция. Большая российская энциклопедия. Электронная версия. URL: https://old.bigenc.ru/philosophy/text/3639187 (Дата обращения: 06.05.2026).

15. Фетискин Н. П., Козлов В. В., Мануйлов Г. М. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп. М.: Изд-во Института Психотерапии. 2002. 490 с.

ВЫРАЖЕННОСТЬ КОМПОНЕНТОВ ПЕРЦЕПТИВНО-ИНТЕРАКТИВНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ

Валиуллина Е. В.
Кафедра клинической психологии
ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Аннотация. Перцептивно-интерактивная компетентность представляет собой способность человека адекватно воспринимать, правильно понимать других людей и эффективно с ними взаимодействовать. Структурными компонентами перцептивно-интерактивной компетентности выступают взаимопонимание, взаимопознание, взаимовлияние, социальная адаптивность, социальная автономность и социальная активность. Наиболее выраженным компонентом у опрошенных молодых людей оказалась социальная автономность, наименее выраженным – социальная активность.

Ключевые слова: компетентность, перцептивно-интерактивная компетентность, взаимопонимание, взаимопознание, взаимовлияние, социальная адаптивность, социальная активность.

EXPRESSION OF COMPONENTS OF PERCEPTIVE-INTERACTIVE COMPETENCE AT A YOUNG AGE

Valiullina E.V.
Department of Clinical Psychology
Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo

Abstract. Perceptual-interactive competence is a person's ability to adequately perceive, correctly understand, and effectively interact with others. The structural components of perceptual-interactive competence include mutual understanding, mutual knowledge, mutual influence, social adaptability, social autonomy, and social activity. Among the young people surveyed, social autonomy was the most pronounced component, while social activity was the least pronounced.

Keywords: competence, perceptual-interactive competence, mutual understanding, mutual knowledge, mutual influence, social adaptability, social activity.

Введение

Компетентностный подход предполагает развитие у человека конкретных навыков и личностных качеств (компетенций), необходимых для успешной деятельности – профессиональной, социальной, эмоциональной, социокультурной и пр. Положения компетентностного подхода разрабатывались многими учеными, такими как Л. П. Алексеева, В. И. Байденко, Э. Ф. Зеер, А. К. Маркова, Л. М. Митина, Дж. Равен, М. Хомский и другие. Важным коммуникативным свойством личности, включающим развитые коммуникативные способности является «коммуникативная компетентность». Ю. Н. Емельянов (1991) впервые применил данный термин в контексте способности человека «общаться и передавать информацию, устанавливать контакты и строить отношения с другими людьми» [7]. Современные словари

приводят такую дефиницию: «Коммуникативная компетентность – это интегративная характеристика личности, определяющая ее потенциал как успешного субъекта социального взаимодействия и включающая коммуникативные способности устанавливать контакты, эффективно общаться, передавать информацию, выстраивать отношения с другими людьми, адекватно реагировать на меняющиеся ситуации и достигать подавленных целей в общении» [10].

Ключевым элементом процесса эффективной коммуникации выступает социальная перцепция, обеспечивающая «процесс восприятия, понимания, интерпретации и оценки людьми социальных объектов: других людей, социальных групп или явлений, самих себя» [14]. Социальная перцепция лежит в основе межличностного общения и во многом определяет характер коммуникации. К особенностям социальной перцепции относят – субъективность, многофакторность, обоюдность, целостность, активность, мотивированность, направленность и др.

Взаимное влияние людей друг на друга в процессе коммуникации и совместной деятельности отражает такое понятие как «интеракция». Интеракция в общении «представляет собой активный процесс взаимодействия людей, при котором каждый участник влияет на поведение другого и одновременно испытывает влияние партнера» [9]. «Интерактивная направленность личности – это направленность личности на взаимодействие с другой личностью, стремление к межличностному общению и сотрудничеству» [4, с. 57].

Понятие «перцептивно-интерактивной компетентности» в психологию ввел Н. П. Фетискин (2002) как способности адекватно воспринимать и понимать других людей, а также способности эффективно взаимодействовать с ними в процессе общения и совместной деятельности [15]. Необходимыми коммуникативными навыками (структурными компонентами) интерактивно-

перцептивной компетентности являются взаимопонимание, взаимопознание, взаимовлияние, социальная адаптивность, социальная активность и социальная автономность.

С целью изучения особенностей проявления и степени выраженности компонентов интерактивно-перцептивной компетентности у лиц молодого возраста было проведено исследование.

Объекты и методы исследования

Объектом проведенного исследования выступила интерактивно-перцептивная компетентность, предметом – ее структурные компоненты. Методы исследования: обзор психологических публикаций по вопросам интерактивно-перцептивной компетентности; анализ ее структурных компонентов: взаимопонимания, взаимопознания, взаимовлияния, социальной адаптивности, социальной автономности и социальной активности личности; психологическое тестирование, интерпретация результатов, статистический анализ, обобщение полученных данных. Респондентами исследования стали молодые люди (средний возраст 20,4±2,19) в количестве 56 человек (38 девушек, 18 юношей). Психодиагностическая методика «Диагностика перцептивно-интерактивной компетентности» Н. П. Фетискина [6].

Результаты и их обсуждение

Целью методики «Диагностики перцептивно-интерактивной компетентности» является оценка способности личности к эффективному межличностному взаимодействию, а также личностной готовности к формированию интегративных критериев интерактивной компетентности в малых социальных группах. Шкала «уровень коммуникативной интерактивности» (среднее значение 112,5±9,48) представляет собой интегративный показатель и показывает степень выраженности перцептивно-интерактивной компетентности – глубину взаимодействия между участниками,

их уровень вовлеченности в процесс общения, способность к созданию общего контекста общения и смысла обсуждения.

Шкала «взаимопознание» (среднее значение 19,46±2,38) отражает степень «адекватности оценки личностных особенностей партнеров по взаимодействию» [6]. По результатам проведенного исследования низкого уровня параметра выявлено не было, средний уровень показали 46% юношей и девушек, 54% из них – высокий уровень взаимопознания как компонента перцептивно-интерактивной компетентности. «Суть взаимопознания людей в процессе общения состоит в том, что психологические качества человека раскрываются на основе отражения причинно-следственных отношений человека с окружающим его миром вещей и людей» [11, с. 139]. В процессе взаимопознания люди лучше узнают друг друга, стремятся уловить собственные и чужие чувства, мысли и личностные особенности. Взаимопознание может включать оценку внешности, вербального рисунка и невербального языка, изучение поведения, интерпретацию характерологических особенностей, обобщение воспринятого (причем, подобное восприятие и интерпретация могут быть ошибочны).

Шкала «взаимопонимание» (среднее значение 19,75±1,32) выявляет степень выраженности общих интересов, умение понять точку зрения оппонента, другого человека, а также уровень конфликтности в группе [6]. Респонденты исследования показали выраженную степень параметра – у 64% из них выявлен высокий уровень, у 36% – средний уровень, низкого уровня взаимопонимания выявлено не было. Процесс общения характеризуется субъект-субъектными взаимодействиями, фиксирующими внимание к внутреннему миру собеседника, интерес к личности другого человека. В качестве механизмов, способствующих взаимопониманию, исследователи выделяют аттракцию, рефлексию, идентификацию и эмпатию. «Эмпатия – это отражение партнеров по общению,

в основе которого лежит эмоциональная отзывчивость, интуиция и рациональное восприятие» [3, с. 86].

В работах Е. Головахи и Н. Панина представлена уровневая модель взаимопонимания, где в качестве внешнего (формального) уровня взаимопонимания выделяется «согласие» – достаточно обоюдно идентичные оценки ситуаций и правил поведения каждого их участников общения; «осмысление» – процесс «движения от осознания у прочувствованию и преданию предметам смысла, который будет иметь ценность в жизни»; «сопереживание» – «это внутренняя потребность и способность человека разделить чувства другого» [1, 13].

Шкала «взаимовлияние» (среднее значение 17,39±2,31) характеризует значимость мнения и поступков других людей, способность к самокоррекции и саморефлексии [6]. Подавляющее большинство опрошенных юношей и девушек обладает средним уровнем параметра (82%), лишь у 18% был выявлен высокий уровень взаимовлияния (низкого уровня получено не было). Взаимовлияние – это обоюдный процесс, когда каждый из участников общения оказывает определенное воздействие на другого и одновременно сам испытывает воздействие партнера. Такое влияние может быть осознанным и неосознанным, а таже прямым и косвенным. Например, «эмоциональное заражение» выступает бессознательным перенятием эмоционального состояние другого человека или группы людей, а «внушение» является целенаправленной передачей идей, замыслов, установок, предположений без их достаточного критического осмысления [8, 12].

Шкала «социальная автономность» (среднее значение 22,51±2,69) фиксирует значимость личностной позиции в совместных действиях и организации или участии в совместной деятельности [6]. Социальная автономность у молодых людей, участвовавших в исследовании выражена в

наибольшей степени, 82% респондентов имеют высокий уровень (18% из них средний уровень, 0% низкий уровень социальной автономности). Такие результаты характеризуют высокую степень стремления молодых людей на самостоятельное определение целей, принятие решений и регуляцию своего поведения, ориентируясь на собственные ценности и опыт, а также свои внутренние критерии. Ведущими критериями социальной автономности личности выступают: способность человека сохранять личные границы, свобода в выборе ролевого поведения, осознанность действий в соответствии с внутренними побуждениями.

Шкала «социальная адаптивность» (среднее значение 17,03±3,41) позволяет оценить уровень благополучия взаимоотношений между участниками общения, их удовлетворенность своим положением в группе, степень контактности внутри коллектива, а также лабильность поведения. Четверть респондентов исследования (25%) обладают высоким уровнем социальной адаптивности, 75% показали средний уровень параметра, низкого уровня выявлено не было. «При оптимальной социальной адаптивности, когда процессы коммуникативной и поведенческой сферы эффективно регулируются, конфликтные ситуации разрешаются путем совместного поиска решения, поиска альтернативы, удовлетворяющей обе стороны, а вот «уход» от проблем не входит в предпочитаемый способ поведения, не считается конструктивным и отвергается личностью» [5, с. 54].

Шкала «социальная активность» (среднее значение 16,96±3,08) показывает «направленность социальной ориентации, ведущие мотивы взаимодействия с окружающими, эффективность совместной деятельности» [6]. У опрошенных молодых людей был выявлен средний уровень социальной активности (86%), незначительное число юношей и девушек обладают высоким уровнем (10%) и низким уровнем (4%) параметра. И. В. Арендачук (2020) отмечает, что «возраст

является фактором, детерминирующим проявление деятельностных характеристик социальной активности» [2]. Так, по мнению автора, в возрасте 15-17 лет социальная активность направлена на социально-ориентированную деятельность; в 18-21 год – на личные предпочтения и саморазвитие; в 22-25 лет «социальная активность направлена на осуществление деятельности по удовлетворению своих интересов и потребностей»

Заключение

Коммуникативная компетентность личности представляет собой интегративный показатель успешности индивида как субъекта социального взаимодействия и отражает совокупность коммуникативных способностей. Перцептивно-интерактивная компетентность – это способность человека адекватно воспринимать других людей и правильно их понимать (перцептивная составляющая компетентности), а также эффективно с ними взаимодействовать (интерактивная составляющая компетентности). По результатам проведенного исследования, наиболее выраженными компонентами перцептивно-интерактивной компетентности у опрошенных молодых людей оказались параметры взаимопонимания и социальной автономности, наименее проявляющимися компонентами – параметры взаимовлияния и социальной активности личности.

Перспективными направлениями в исследовании перцептивных и интерактивных механизмов коммуникативной компетентности личности могут быть: изучение их взаимосвязи с другими коммуникативными аспектами (эмоциональным интеллектом, мотивацией общения, рефлексивными способностями и т.д.); изучение взаимовлияния интерактивных и перцептивных способностей на характер онлайн-общения, т.е. влияние современных цифровых технологий на коммуникацию; а также изучение влияния ошибок мышления,

когнитивных искажений на перцептивные и интерактивные механизмы процесса общения.

Литература/References:

1. Андреева Г. М. Психология социального познания: учеб. пособие для студентов вузов, обучающихся по направлению и специальностям психологии. М.: Аспект Пресс, 2005. 301 с.

2. Арендачук И. В. Деятельностные характеристики социальной активности молодежи разных возрастных групп // Известия Саратовского университета. Новая серия. Серия: Акмеология образования. Психология развития. 2020. Т. 9, вып. 2 (34). С. 148–161.

3. Валиуллина Е. В. Волевой потенциал личности и реализация потребностей в саморазвитии // Научно-методический электронный журнал Концепт. 2020. № 3. С. 86-91.

4. Валиуллина Е. В. Интерактивная направленность личности / Е. В. Валиуллина // Вестник общественных и гуманитарных наук. 2020. Т. 1. № 3. С. 57-60.

5. Валиуллина Е. В. Психологические особенности адаптивности и конфликтности студентов первого курса вуза // Вестник общественных и гуманитарных наук. 2020. Т. 1, №1. С. 51-54.

6. Диагностика перцептивно-интерактивной компетентности. URL: https://psytests.org/work/dpiko-run.html (Дата обращения: 25.04.2026).

7. Емельянов Ю. Н. Теория формирования и практика совершенствования коммуникативной компетентности: автореф. дис. ... доктора психологических наук: 19.00.05 / ЛГУ. Ленинград, 1991. 38 с.

8. Заражение, внушение, убеждение и подражание. URL: https://www.b17.ru/article/799493/ (Дата обращения: 19.05.2026).

9. Интеракция общения: понятие, формы взаимодействия и психологические аспекты. URL: https://psihologiya/interakcziya-obshheniya/ (Дата обращения: 06.05.2026).

10. Компетентность коммуникативная. Словари и энциклопедии. URL: https://psychology_lexicon.academic.ru/138/Компетентность_коммуникативная (Дата обращения: 06.05.2026).

11. Панферов В. Н. Когнитивные эталоны и стереотипы взаимопознания людей // Вопросы психологии. 1982. № 5. С. 139-141.

12. Психологические механизмы влияния и взаимовлияния. URL: https://forpsy.ru/works/kursovaya/psihologicheskie-mehanizmyi (Дата обращения: 19.05.2026).

13. Психология общения. Лекции. 2021.pdf URL: https://mpk.brstu.ru/docs/bpk-metodich-razrabotki/ (Дата обращения: 19.05.2026).

14. Социальная перцепция. Большая российская энциклопедия. Электронная версия. URL: https://old.bigenc.ru/philosophy/text/3639187 (Дата обращения: 06.05.2026).

15. Фетискин Н. П., Козлов В. В., Мануйлов Г. М. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп. М.: Изд-во Института Психотерапии. 2002. 490 с.

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ: ДЕПРЕССИЯ, КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ И ОДИНОЧЕСТВО

Васильева П. А.
Кафедра психиатрии и наркологии
ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Россия, г. Кемерово
Научный руководитель –А. А. Яковлева

Аннотация. В статье представлен обзор литературы, посвящённый психическому здоровью пожилых людей. Рассмотрены данные о депрессии позднего возраста, когнитивных нарушениях и одиночестве как факторах риска психической патологии. Показано, что депрессия у пожилых часто маскируется соматическими жалобами. Одиночество и социальная изоляция рассматриваются как самостоятельные факторы риска деменции и повышенной смертности. Сделан вывод о необходимости геронтопсихиатрической настороженности у врачей общей практики и междисциплинарного подхода.

Ключевые слова: пожилой возраст, депрессия позднего возраста, когнитивные нарушения, деменция, одиночество, геронтопсихиатрия.

MENTAL HEALTH OF OLDER ADULTS: DEPRESSION, COGNITIVE IMPAIRMENT AND LONELINESS

Vasilyeva P. A.
Department of Psychiatry and Narcology
Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo
Scientific supervisor –A. A. Yakovleva

Abstract. The article presents a literature review on mental health of older adults. Data on late-life depression, cognitive impairment, and loneliness as risk factors for mental pathology are considered. It is shown that depression in older adults is often masked by somatic complaints. Loneliness and social isolation are considered as independent risk factors for dementia and increased mortality. The conclusion is made about the need for geriatric psychiatric alertness among general practitioners and an interdisciplinary approach.

Keywords: older adults, late-life depression, cognitive impairment, dementia, loneliness, geriatric psychiatry.

Введение

Демографическое старение населения является одним из наиболее устойчивых трендов современности. Согласно прогнозам, к 2050 г. численность лиц старше 65 лет превысит 1,5 млрд [5, с. 85–93]. В Российской Федерации доля граждан старше трудоспособного возраста уже превышает 25%, что переводит проблему психических расстройств позднего возраста из сугубо геронтопсихиатрической области в разряд общезначимых вопросов организации здравоохранения [14, с. 35–41].

Пожилые пациенты образуют гетерогенную группу, характеристика которой не исчерпывается возрастным критерием. Для данной категории типичны полиморбидность, полипрагмазия, утрата социальных связей и устойчивые стигматизирующие установки, в рамках которых психические нарушения воспринимаются как закономерное проявление старения [8, с. 39–45]. Подобная трактовка существенно затрудняет своевременную диагностику.

Дополнительным фактором, изменившим клиническую реальность последних лет, стала пандемия COVID-19. Лица старше 65 лет оказались в группе наибольшего риска как по тяжести течения инфекции, так и по отдалённым психическим последствиям [2, с. 3–14]. Формирование постковидного когнитивного снижения у пожилых требует отдельного осмысления [1, с. 496–502].

Целью настоящего исследования является систематизация данных о психическом здоровье пожилых людей с акцентом на депрессию позднего возраста, когнитивные нарушения и одиночество.

Объекты и методы исследования

Объект исследования: пожилые люди с психическими расстройствами. Предмет исследования — депрессия позднего возраста, когнитивные нарушения и одиночество как факторы риска психической патологии.

Настоящая работа представляет собой обзор литературы. Поиск источников осуществлялся в базах данных PubMed, Google Scholar, eLibrary.ru. Глубина поиска: 2017–2026 гг. Использовались ключевые слова: late-life depression, cognitive impairment elderly, loneliness dementia, post-COVID cognitive decline, депрессия пожилые, когнитивные нарушения пожилые, одиночество деменция.

Результаты и их обсуждение

Эпидемиология. Согласно метаанализу 20 исследований с общим числом участников 18 953, распространённость большого депрессивного расстройства среди пожилых составляет 13,3%. Показатель среди женщин — 11,9%, среди мужчин — 9,7%. Данные российского исследования КОМПАС свидетельствуют о том, что риск депрессии возрастает в 1,4 раза каждые 10 лет жизни [3, с. 24–28].

Клинические особенности. Депрессия в позднем возрасте утрачивает классические очертания. Типичные для аффективной патологии жалобы на подавленность и тоску либо отсутствуют, либо минимизируются. Пациенты интерпретируют своё состояние как естественное следствие старения, декомпенсацию соматической патологии или закономерную реакцию на утраты. Преобладают атипичные, соматизированные и маскированные формы, при которых соматические симптомы выходят на первый план. Следствием становится феномен «большой истории болезни»: пациент длительно наблюдается у специалистов различного профиля, не получая адекватной психиатрической помощи [3, с. 24–28].

Суицидальный риск. Пожилые мужчины составляют группу с наиболее высоким риском завершённого суицида. По российским данным, на долю пожилых приходится 17% всех самоубийств при 13,5% представленности возрастной группы в структуре населения. Показатель суицидов в возрасте 65

лет и старше составляет 21,7 на 100 тыс. населения при среднем значении по стране 17,4. Соотношение мужчин и женщин — 2:1. У большинства погибших диагностировалась депрессия; её наличие ассоциировано с 40-кратным увеличением риска. Среди дополнительных факторов — суицидальные мысли, потеря близкого, семейные конфликты, злоупотребление алкоголем и снотворными, хронический болевой синдром. Примечательно, что 83% жертв обращались к врачам в течение года перед суицидом, однако лишь 20% — к психиатрам [11, с. 3–16].

Депрессия как предиктор деменции. Депрессия и деменция представляют собой два наиболее частых психопатологических синдрома позднего возраста. Деменция выявляется у 4–8% лиц старше 65 лет, клинически значимые когнитивные нарушения — у 15–25%, симптомы депрессии — у 15–30%. При позднем дебюте депрессии риск деменции возрастает в 1,5–3 раза. После четырёх эпизодов депрессии риск увеличивается примерно вдвое, после пяти и более — более чем втрое. У четверти пациентов с умеренным когнитивным расстройством обнаруживаются признаки депрессии [8, с. 39–45].

Терапевтические подходы. Результаты систематического обзора 12 исследований свидетельствуют о том, что лишь 4–37% пожилых пациентов с депрессией получают какое-либо лечение; в большинстве случаев терапия либо отсутствует, либо проводится неадекватными дозами и курсами. Когнитивно-поведенческая терапия демонстрирует эффективность при лёгкой и умеренной депрессии; положительное влияние оказывает также физическая активность. Препаратами первой линии являются СИОЗС (эсциталопрам, сертралин, флувоксамин, флуоксетин), второй линии — СИОЗСН (дулоксетин, венлафаксин). Трициклические антидепрессанты пожилым пациентам не рекомендуются. Терапию следует начинать с минимальных доз с постепенным

наращиванием; оценка эффективности проводится не ранее чем через 4–6 недель [3, с. 24–28].

Когнитивные нарушения и деменция

Эпидемиология. Болезнь Альцгеймера является наиболее частым дегенеративным заболеванием головного мозга и ведущей причиной инвалидности в структуре возраст-ассоциированной патологии. В России деменция официально выявляется у 1,5–2 млн человек, однако реальная распространённость выше ввиду гиподиагностики. Истинная численность пациентов с болезнью Альцгеймера может достигать 1,5 млн человек и более [13, с. 95–100].

Постковидное когнитивное снижение. После перенесённой коронавирусной инфекции у значительной части пациентов формируется комплекс когнитивных нарушений с преобладанием расстройств исполнительных функций и кратковременной памяти, нередко описываемых как «мозговой туман». Указанные нарушения отличаются гетерогенностью структуры, сложностью патогенетических механизмов и склонностью к длительному персистированию. По данным международного когортного исследования, признаки когнитивного дефицита сохраняются около 7 месяцев более чем у 55% переболевших. Среди лиц молодого и среднего возраста, перенёсших инфекцию в лёгкой форме, ощущение «тумана в голове» отмечают 85%. У пациентов с тяжёлым течением, особенно при респираторном дистресс-синдроме, частота серьёзных и длительных когнитивных нарушений достигает 70–100%. Тревожные и депрессивные расстройства усугубляют нарушения когнитивной сферы, что особенно значимо для лиц старших возрастных групп [1, с. 496–502].

Диагностика и лечение деменции. Диагноз болезни Альцгеймера устанавливается на основании клинической картины и подтверждается наличием

биологических маркеров — бета-амилоида и тау-протеина. МРТ головного мозга выявляет атрофические изменения в височных долях (преимущественно в гиппокампе), а также в теменных и лобных отделах. В цереброспинальной жидкости определяется снижение концентрации Aβ42 и повышение уровня общего и фосфорилированного тау-протеина. В Российской Федерации болезнь Альцгеймера диагностируется недостаточно часто: пациенты длительно наблюдаются с диагнозом хронического цереброваскулярного заболевания, не получая эффективной терапии. При развитии нервно-психических нарушений нередко необоснованно назначаются антипсихотики, способные усугубить состояние. В качестве лекарственных средств применяются ингибиторы ацетилхолинэстеразы (донепезил, ривастигмин, галантамин) и мемантин; рекомендован когнитивный тренинг в сочетании с регулярной физической активностью [13, с. 95–100]. Современные подходы к диагностике смешанной деменции включают нейровизуализацию, нейропсихологическое тестирование и оценку сосудистых факторов риска [9, с. 6–11].

Социальная хрупкость и когнитивные нарушения. Социальная хрупкость определяется как прогрессирующая утрата социальных ресурсов и взаимодействий, необходимых для поддержания здоровья и качества жизни. По данным метаанализа 45 исследований (314 454 участника), распространённость социальной предхрупкости составляет 34,5%, социальной хрупкости — 21,1%, что превышает показатели физической (10,7%) и когнитивной (9%) хрупкости. Социальная хрупкость ассоциирована с повышенным риском депрессии, когнитивных нарушений и деменции; профилактические вмешательства способны снизить риск когнитивных нарушений на 9,9%. Среди основных факторов риска — депрессия, гиподинамия и двигательный дефицит. Социальная изоляция и одиночество представляют собой различные детерминанты с независимыми ассоциациями с деменцией [5, с. 85–93].

Взаимосвязь депрессии и когнитивного снижения. Депрессия и когнитивное снижение в пожилом возрасте находятся в реципрокных отношениях: депрессия может выступать причиной когнитивных нарушений, а когнитивные нарушения — фактором риска депрессии [10, с. 87–94].

Одиночество и социальная изоляция

Общая характеристика. Социальная изоляция пожилых представляет собой феномен, который в России приобрёл особую остроту после распада советского общества. Социальная поддержка и устойчивые контакты улучшают состояние пожилых со старческой астенией и уменьшают выраженность психических нарушений, включая депрессию [6, с. 4–14].

Влияние на здоровье. Одиночество ассоциировано с повышением риска деменции [5, с. 85–93], депрессии и смертности [6, с. 4–14].

Опыт пандемии. С 26 марта 2020 г. все жители Москвы старше 65 лет были обязаны соблюдать режим самоизоляции. По данным социологического исследования, 1,9 млн пожилых москвичей находились на самоизоляции, около 20% из них — одинокие. Респонденты характеризовали этот период как «тяжёлый», «ад кромешный», «застой»; среди преобладающих эмоций — напряжение, растерянность, страх, паника. Изоляция негативно отразилась и на физическом состоянии: значительная часть пожилых утратила возможность удовлетворять базовые потребности и лишилась средств к существованию из-за закрытия банков и почтовых отделений. В Москве число кибермошенничеств в отношении пожилых возросло в 3 раза [7, с. 226–241].

Организация помощи

Приоритетные проблемы. По данным опроса Международной ассоциации социального обеспечения, на первом месте среди проблем пожилых находится состояние здоровья (93,3%), на втором — материальные трудности (53,3%), на третьем — социально-бытовые проблемы (33,3%) [6, с. 4–14].

Модели медико-социальной помощи. В зарубежной практике применяются различные модели: универсальная (Скандинавия), совместного социального ухода (Германия, Австрия), адресной помощи (США, Великобритания), семейная (Италия, Португалия, Испания, Греция), минималистичная (страны Центральной и Восточной Европы). Общим принципом является сохранение автономности пожилого, формирование оптимальной среды жизнедеятельности по месту проживания и оказание медицинской, социальной и психологической помощи на дому. В России мониторинг социального обслуживания ориентирован на показатели процесса (число обслуженных, объём услуг), а не на результаты для получателя, что не позволяет в полной мере оценить качество жизни [6, с. 4–14].

Геронтопсихиатрическая настороженность. Врачи общей практики должны активно выявлять депрессию и когнитивные нарушения у пожилых. С этой целью используются гериатрическая шкала депрессии, мини-ментал тест, монреальская шкала, шкала одиночества UCLA [12, с. 13–15].

Кадровый дефицит. В России геронтопсихиатрическая служба развита недостаточно: во многих регионах отсутствуют специализированные центры, ощущается дефицит подготовленных специалистов [14, с. 35–41].

Профилактика. Ключевые направления включают поддержание социальных связей, физическую и когнитивную активность, контроль сосудистых факторов риска, раннее выявление и лечение депрессии [12, с. 13–15].

Заключение

Психическое здоровье пожилых представляет собой проблему, требующую системного подхода. Депрессия позднего возраста нередко маскируется соматическими жалобами и остаётся нераспознанной. Когнитивные нарушения, включая постковидные, требуют ранней диагностики. Одиночество

и социальная изоляция выступают самостоятельными факторами риска деменции и повышенной смертности.

Для улучшения ситуации необходимы:

1. Повышение геронтопсихиатрической настороженности у врачей общей практики.

2. Внедрение скрининговых инструментов в рутинную практику.

3. Развитие мультидисциплинарных команд и геронтопсихиатрических служб.

4. Преодоление цифрового неравенства пожилых.

5. Проведение лонгитюдных исследований постковидного когнитивного снижения.

Перспективы дальнейших исследований связаны с изучением механизмов связи депрессии и деменции, а также с разработкой персонализированных профилактических программ.

Литература/References:

1. Алексеенко Ю. В. Когнитивные нарушения после перенесенной коронавирусной инфекции // Рецепт. 2022. Т. 25, № 4. С. 496–502.

2. Андрющенко А. В., Курмышев М. В., Карпенко О. А. и др. Влияние пандемии COVID-19 на психическое здоровье пожилых людей. Одноцентровое проспективное интервенционное наблюдательное поисковое исследование // Психическое здоровье. 2022. Т. 17, № 5. С. 3–14.

3. Дудченко Н. Г., Мхитарян Э. А. Депрессия у пациентов пожилого и старческого возраста: от своевременной диагностики к эффективному лечению // Эффективная фармакотерапия. 2023. Т. 19, № 45. С. 24–28.

4. Зотов П. Б., Голенков А. В., Жмуров В. А. и др. Суицидальное поведение пожилых: факторы риска и стратегии превенции (обзор литературы) // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2026. № 3 (132). С. 97–108.

5. Комлева Ю. К., Салмина А. Б., Колотьева Н. А. и др. Социальная хрупкость и когнитивные нарушения у пожилых людей // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2025. Т. 17, № 1. С. 85–93.

6. Кондратьева Ю. Е., Тимербулатов И. Ф., Тегза В. Ю. и др. Медико-социальная помощь пожилым людям с психическими расстройствами в зарубежных странах // Российский психиатрический журнал. 2023. № 3. С. 4–14.

7. Корнилова М. В. Социальная изоляция как один из рисков пожилых: новая реальность и новые смыслы // Вестник НГУЭУ. 2021. № 4. С. 226–241.

8. Левин О. С. Депрессия и деменция у пожилых пациентов // Современная терапия в психиатрии и неврологии. 2012. № 4. С. 39–45.

9. Левин О. С. Современные подходы к диагностике и лечению смешанной деменции // Справочник поликлинического врача. 2017. № 4. С. 6–11.

10. Левин О. С., Васенина Е. Е. Депрессия и когнитивное снижение у пожилых: причины и следствия // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 019. Т. 119, № 7. С. 87–94.

11. Любов Е. Б., Магурдумова Л. Г., Цупрун В. Е. Суицидальное поведение пожилых // Суицидология. 2017. Т. 8, № 1 (26). С. 3–16.

12. Осадчива А. А. Депрессия vs. деменция — как провести дифдиагностику у пожилых пациентов // Практикующий психиатр и психолог. 2026. № 6. С. 13–15.

13. Парфенов В. А., Гришина Д. А., Тюрина А. Ю. Болезнь Альцгеймера: диагностика и лечение, ошибки при ведении пациентов // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2024. Т. 16, № 2. С. 95–100.

14. Сиденкова А. П., Сердюк О. В. Психические расстройства позднего возраста: социально-демографические и эпидемиологические корреляции // Системная интеграция в здравоохранении. 2018. № 1 (38). С. 35–41.

КОМОРБИДНЫЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ: ОБЗОР СОВРЕМЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Вачаева А. М.
Высшая школа философии, психологии и социологии
Кафедра психологического сопровождения и клинической психологии
ФГБОУ ВО «Уфимский университет науки и технологий»
Россия, г. Уфа
Научный руководитель – канд. психол. наук Е. В. Ахмадеева

Аннотация. В данном обзоре рассматриваются коморбидные психические расстройства и личностные особенности у пациентов с алкогольной зависимостью. На основе 22 научных публикаций, посвященных роли неблагоприятного детского опыта (НДО), алекситимии, тревожно-депрессивных расстройств, неврологических осложнений, социальной дезадаптации и коморбидности с биполярным аффективным расстройством (БАР) и шизофренией, показано, что наличие коморбидности существенно осложняет течение зависимости, снижает эффективность лечения и последующей ремиссии. Обоснована необходимость комплексного подхода в лечении, совмещающего фармакологию и психотерапию.

Ключевые слова: алкогольная зависимость, коморбидные заболевания, шизофрения, биполярное аффективное расстройство, неблагоприятный детский опыт.

COMORBID DISORDERS IN ALCOHOL DEPENDENCE: A REVIEW OF MODERN RESEARCH

Vachaeva A. M.
Higher School of Philosophy, Psychology and Sociology
Department of Psychological Support and Clinical Psychology
Ufa University of Science and Technology, Ufa, Russia
Scientific supervisor —E. *V.* Akhmadeeva

Abstract. The review examines comorbid mental disorders and personality traits in patients with alcohol dependence. Based on 22 scientific publications devoted to the role of adverse childhood experiences (ACEs), alexithymia, anxiety and depressive disorders, neurological complications, social maladjustment, and comorbidity with bipolar affective disorder (BAD) and schizophrenia, it has been shown that the presence of comorbidity significantly complicates the course of the dependence, reduces the effectiveness of treatment, and impairs subsequent remission. The necessity of a comprehensive approach combining pharmacology and psychotherapy has been substantiated.

Keywords: alcohol dependence, comorbid diseases, schizophrenia, bipolar affective disorder, adverse childhood experiences.

Введение

Алкогольная зависимость была и остаётся одной из актуальных проблем современности [3, с. 7-8; 17, с. 25]. Многочисленные исследования указывают также на распространенность коморбидных заболеваний среди пациентов, зависимых от алкоголя. Феномен коморбидности отражает общие патогенетические механизмы и взаимное отягощение течения заболевания, а также указывает на индивидуальные терапевтические мишени. [4, с. 673-678; 6 с. 28-50; 9, с. 133-136; 15, с. 72-85].

В данной обзорной статье обобщены исследования последних нескольких лет, ориентированные на случаи коморбидного течения алкогольной зависимости и связанных с этим психических расстройств.

Цель обзорной статьи — обобщение и систематизация имеющихся данных о частоте встречаемости, распространенности, структуре и течении коморбидной симптоматики, а также о факторах, влияющих на достижение ремиссии.

Объекты и методы

Методологическую основу составил анализ научных публикаций. Был проведен отбор эмпирических исследований, касающихся коморбидных расстройств у пациентов с алкогольной зависимостью. Было проанализировано 22 источника, опубликованных с 2021 по 2026 год. Поиск проводился в российских и международных базах данных РИНЦ, Cyberleninka, eLibrary.

Неблагоприятный детский опыт как фактор коморбидности

Исследование фактора неблагоприятного детского опыта (НДО) является одним из часто исследуемых в современных выборках. В работах Е. А. Катан в соавторстве было показано, что имеются значимые различия в группах респондентов, интактных к неблагоприятному детскому опыту, и респондентов, перенесших психологические травмы, по показателям травматизации и депрессии. Наиболее явные связи были замечены между симптомами посттравматического комплекса, факторами насилия и диссоциативными переживаниями. Авторами отмечается, что наличие в анамнезе перенесенных травматических событий в детстве в последующем повышает риск большей выраженности психических расстройств и зависимостей [7, с. 57-60]. Также работа Л. М. Свешниковой и Н. Ю. Макеевой подтвердила эти выводы: у лиц с алкогольной зависимостью имеется наследственная отягощенность, опыт перенесенных детских травм, эмоциональная депривация. Что касается личностных особенностей типологии лиц, преобладают гипертимические, эмотивные и аффективные типы. Отмечается также, что на каждого зависимого от алкоголя респондента с эпизодами срывов приходится в среднем 6 случаев перенесенного травматического опыта детства. У алкозависимых без срывов при лечении приходится 4,5 случая, перенесенного тяжелого детского опыта [11, с. 105-107].

Таким образом, можно сказать, что фактор неблагоприятного детского опыта выступает значимым параметром коморбидных расстройств и отягощенного течения алкогольной зависимости.

Личностные особенности и нейропсихологические дефициты как фактор коморбидности

У личностных особенностей и нейропсихологических дефицитов есть ряд своих характерных черт. Личностные особенности в данном случае рассматриваются в контексте поддержания дальнейшей зависимости человека. Автором Г. З. Калямовой было выявлено, что исследуемая группа продемонстрировала более высокие показатели по шкалам фрустрации, тревожности, агрессивности и ригидности по сравнению с контрольной группой испытуемых. Были обнаружены корреляции между агрессией и ригидностью, подчеркивающие взаимосвязь личностных факторов [5, с. 72-74].

Нейропсихологические дефициты у мужчин с алкогольной зависимостью были изучены Г. О. Уселёнком и соавторами. Было показано, что пациенты с данной зависимостью демонстрировали выраженные нейропсихологические дефициты и социальную дезадаптацию. У обследуемых отмечались агрессивное поведение, аутоагрессия, амнезии, психотические проявления в виде галлюцинозов и делирия [19, с. 115-118].

Т. М. Рожнова и коллеги применили методику R. T. Potter-Efron и P.S.Potter-Efron для оценки психоэмоционального профиля мужчин с алкоголизацией. Был выявлен широкий спектр нарушений на разных уровнях: неконтролируемые вспышки гнева и страх потери контроля над собой (по 34,2%), нервозность (85%), эпизоды депрессивного состояния (59,2%), бессонница (93,3%), раздражительность (96,7%) и другие [15, с. 76-77]. Представленный спектр показателей свидетельствует о слабости «Я-личности»

зависимых от алкоголя мужчин, эмоциональной лабильности и незрелости личности мужчин-аддиктов [15, с. 72-89].

Алекситимия и эмоциональная дисрегуляция

Алекситимия и эмоциональная дисрегуляция также рассматриваются как значимые факторы риска возникновения зависимости. В исследовании А. В. Ходжаева и соавторов был выявлен высокий показатель алекситимии у лиц с синдромом алкогольной зависимости. У них же можно было наблюдать повышенную тревожность, депрессию и уровень субъективного контроля. Наличие алекситимии снижает эффективность реабилитационного потенциала [21, с. 34-38].

Е. А. Катан и соавторы показали, что расстройства, связанные с алекситимией, чаще встречаются при значительном уровне НДО, и респонденты больше всего использовали защитные диссоциативные механизмы реагирования [8, с. 60-67].

Аутоагрессивное поведение и сама агрессия часто идут вместе с алкогольным синдромом. В работе А. А. Кирпиченко и Д.В. Алферовой был предложен анализ основных подходов в развитии аффективных нарушений, сопровождаемых агрессивным поведением. Было установлено, что алкогольное опьянение повышает агрессивность у лиц с эпизодической алкоголизацией, без выполнения критериев, относимых к зависимости от алкоголя. В свою очередь, лица, страдающие алкогольной зависимостью, могут проявлять как агрессивные, так и аутоагрессивные формы поведения. Это зависит от стадии зависимости, а также индивидуальных особенностей. [3, с. 7-19].

Р. Ш. Абдуразаковой в соавторстве были описаны клинические особенности проявления алкогольной зависимости у женщин с поведенческими расстройствами. Ими было отмечено, что поведенческие нарушения любого генеза коморбидны женской алкогольной зависимости и являются часто

встречаемой патологией. Существует ряд сложностей в выявлении причин возникновения поведенческих расстройств. Поскольку посредством алкоголя отмечается воздействие интоксикационного фактора [2, с. 136-138].

Исследование О. А. Скугаревского и А. Д. Сайкова показало также, что у лиц, имеющих склонность к гетероагрессивному поведению, преобладает мотивационный компонент анозогнозии. Пациенты не признают ни наличия у себя заболевания, ни факта агрессии, причиняемой ими же [17, с. 25-30].

В работе Т. Ю. Ледвановой и соавторов продемонстрировано, что нарушение центральных личностных функций у лиц, страдающих алкогольной зависимостью с коморбидными личностными расстройствами, зависит и от типа расстройства. Так, например, больные алкогольной зависимостью с личностными расстройствами возбудимого круга имеют в себе разнонаправленные тенденции на саморазрушение и созидание; с проблемами тормозного круга из-за нехватки энергии не способны найти силы, чтобы уйти от привычных стереотипов реагирования. Лица с неустойчивым кругом подвержены деструктивным вспышкам, после которых долгое время испытывают чувство вины. Автором также отмечено, что выделяются специфические мишени в психокоррекции и реабилитации для каждой разновидности типа расстройства [10, с. 161].

Тревожные и депрессивные расстройства как фактор коморбидности

Одними из наиболее часто встречающихся смежными коморбидными расстройствами являются повышенная тревожность и депрессия. Д. С. Радионов и соавторы описали паттерн поведения под названием «drinking to cope» алкоголь в таком случае выступает в роли средства самолечения, закрепляя порочный круг. Временное снижение тревожности сменяется эмоциональной неустойчивостью и дальнейшей алкоголизацией [13, с. 31; 14, с. 30-45].

До 30% пациентов с наличием тревожного расстройства демонстрируют опасное употребление алкоголя. До 50% алкоголизированных пациентов соответствуют критериям тревожных расстройств [13, с. 28-32].

С. В. Васильевой и соавторами было показано, что при наличии коморбидности аффективных расстройств и алкогольной зависимости обостряется течение заболевания, повышаются риски суицидальных попыток, усиливается социальная дезадаптация [22, с. 14-21].

Социальная фобия и злоупотребление алкоголем

Важным аспектом коморбидности является социальная адаптация и социальное реагирование. В работах О. В. Рощиной и соавторов изучалась взаимосвязь уровня субъективной оценки социальной адаптации с клинико-динамическими и психологическими характеристиками у пациентов с аффективными расстройствами с коморбидной алкогольной зависимостью. В исследовании приняли участие 126 пациентов. Респонденты с аффективными расстройствами без коморбидности при поступлении имели характеристику более выраженного субъективного нарушения социальной адаптации и ангедонии. В структуре личности преобладали депрессивные, ипохондрические, шизоидные, психастенические черты. Выявлена обратная корреляционная взаимосвязь между уровнем субъективной оценки социальной адаптации и ангедонией в группе респондентов с «чистыми» аффективными расстройствами. В группе с коморбидностью аффективных расстройств и алкогольной зависимости аналогичная взаимосвязь обнаружена между уровнем субъективной оценки социальной адаптации и выраженностью депрессивной симптоматики, а также депрессивными и тревожными личностными чертами [16, с. 32-37].

А. В. Васильева, Т. А. Караваева и Д. С. Радионов акцентируют внимание и на развитии фобической составляющей. Повышенная социальная тревожность приводит к алкоголизации, она же отягощает динамику невротических

расстройств. Алкоголь используется пациентами с социальной фобией для снижения тревожности, временно облегчает состояние, но приводит к зависимости [6, с. 28-29]. Увеличение числа пациентов с фобиями, а также сохранение этой категории в МКБ отражают практическую значимость вопроса и актуальность [6, с. 27-41].

Е. Ю. Кудасовой и С. М. Масютиной был описан спектр неврологических осложнений при алкогольной зависимости. Согласно данным ВОЗ, было замечено, что потребление алкоголя приводит к преждевременной, предотвратимой смерти около 0,5 млн людей ежегодно. Важную роль в патогенетической составляющей невротических осложнений играет недостаток тиамина, но токсическое действие этанола и ацетальдегида. К основным клиническим вариантам проявления алкогольного поражения нервной системы относят: синдром отмены алкоголя, миопатию, дегенерацию, острую и хроническую алкогольную полинейропатию, алкогольную деменцию и др. При всех данных формах хронического алкогольного поражения нервной системы имеются различного рода когнитивные и эмоционально-волевые расстройства. Они проявляют снижении внимания, памяти, критики, астенического синдрома [12, с. 88-92].

Коморбидность алкогольной зависимости с биполярным аффективным расстройством

Исследование И. А. Демьянова и соавторов было посвящено изучению особенностей течения биполярного аффективного расстройства (БАР) у пациентов с алкогольной зависимостью. В испытуемую группу были отобраны 120 пациентов в возрасте от 18 до 65 лет (45 женщин, 75 мужчин) с БАР первого типа. Респондентов поделили на три группы: пациенты с БАР, на фоне которого развилась алкогольная зависимость, пациенты с алкогольной зависимостью, на

фоне которой дебютировало БАР и пациенты с БАР, но без зависимости от алкоголя [4, с. 673–678].

В результате исследования было выявлено, что в группе респондентов с первичным БАР заболевание началось в более молодом возрасте, нежели в других группах. Так, пациенты с БАР и коморбидной алкогольной зависимостью были подвержены более длительной продолжительности депрессивных, маниакальных и смешанных эпизодов в сравнение с контрольной группой. Данные показатели свидетельствуют о более тяжелой форме течения заболевания, которая в свою очередь может усложнять процесс достижения ремиссии. [4, с. 675]. Данный фактор может быть связан с влиянием алкоголя на смену аффективных фаз и опосредованным влиянием за счет снижения комплаентности при приеме лекарственных средств. Также респонденты второй группы менее социально адаптивны, часто меняют работу, либо вовсе не трудоустроены [4, с. 673–678].

Г. Г. Симуткин в соавторстве провел исследование, посвященное оценке влияния коморбидной алкогольной зависимости на риск суицидального поведения пациентов с БАР. Было исследовано 103 человека с подтвержденным БАР в возрасте 35 лет. Первую группу составили респонденты с БАР и коморбидной алкогольной зависимостью в количестве 43 человек (21 мужчина, 22 женщины). Вторую группу составили пациенты с БАР без коморбидной алкогольной зависимости в количестве 60 человек (25 мужчин, 35 женщин) [18, с. 146-156].

Результаты показали, что у пациентов с коморбидностью БАР и алкогольной зависимостью по сравнению со второй группой частота появления суицидальных попыток достоверно выше (44,2 % против 25,0%) и более высокие баллы шкалы SBQ-R [18, с. 148]. Корреляционный анализ также показал, что с увеличением возраста частота суицидальных попыток снижается. При

«изолированном» БАР более неблагоприятные показатели были связаны с мужским полом, меньшей давностью аффективного расстройства и более молодым возрастом его манифестации. Оценка взаимосвязей показателей шкал SASS и SBQ-R показала, что в обеих группах утяжеление показателей суицидального поведения коррелирует с трудностями, связанными с социальным взаимодействием [18, с. 146-156].

Коморбидность с шизофренией

Н. В. Хмара и О. А. Скугаревский провели сравнительное исследование на базе Гомельской областной клинической психиатрической больницы. В исследованиях принимало участие 123 человека с шизофренией или острыми психотическими расстройствами. Применялись шкала ASSIST для скрининга употребления алкоголя. Шкала OASCL для определения уровня агрессии. Выборка была разделена на 3 группы в зависимости от уровня риска вреда от употребления алкоголя (РВУА): «ASSIST 0» контрольная группа, «ASSIST до 10» минимальный РВУА, «ASSIST свыше 11» - умеренный и высокий РВУА [20, с. 66-72].

Итоги исследования показали, что группа «ASSIST до 10» имела наилучшие психосоциальные показатели и наименьший уровень по шкале агрессии, что указывает на негативное влияние алкоголя при увеличении потребления. Однако группа «ASSIST 0» имела наибольшее снижение рабочего статуса, что указывает на другие факторы социальной дезадаптации. В группе «ASSIST свыше 11» выявлены самые высокие показатели агрессии как в анамнезе, так и во время исследования. Судимость в анамнезе наблюдалась у 15% пациентов от всей выборки, при этом 95% относились к группе «ASSIST свыше 11». Авторы заключают, что показатель «риск вреда от употребления алкоголя» косвенно свидетельствует о формировании психосоциальной дисфункции. И указывает на неоднозначное влияние алкоголя на проявление

агрессии у пациентов с шизофренией и близких к ней расстройствами [20, с. 68-70].

В работе Р. Ш. Абдуразаковой, посвященной патопсихологическим особенностям коморбидной алкогольной зависимости и шизоаффективных расстройств, показано, что люди с истинной алкогольной зависимостью достоверно чаще совершают опасные общественные деяния, имеют больше судимостей (65,6% против 26,7%), имеют больше суицидальных попыток [1, с.27]. У данной категории людей чаще наблюдаются множественные травмы, переломы, курение табачных изделий и прижигание кожи сигаретами как маркеры аутоагрессивного поведения. Симптоматическая зависимость в основном имеет основу на фоне шизофренического процесса, динамика соответствует динамике эндогенного заболевания. Влияние на течение сопутствующего расстройства неоднозначно: у половины пациентов отмечается употребление алкоголя по «терапевтическим показаниям» с целью устранения дискомфорта, что в ряде случаев способствует замедлению роста дефекта и своеобразной адаптации [1, с. 25-30].

Авторами Р. М. Кубаевым, Р. Б. Алкаровым, Р. Ш. Абдуразаковой были изучены клинико-динамические особенности течения алкогольной зависимости с шизофренией. Истинной алкогольной зависимости часто ($P<0,05$) предшествовало развитие шизофрении средней степени тяжести, наблюдалось в 51,5% случаев. Еще в 3,3% случаев фиксировались симптомы, предшествующие манифестации эндогенного заболевания. Начало шизофрении в состоянии реальной зависимости было связано с непосредственной передозировкой алкоголя.

Продолжительность ремиссии психического заболевания с истинной зависимостью от алкоголя составила 34,7 месяца. А 57,7 месяца было при симптоматической ремиссии. Так у пациентов с истинной алкогольной

зависимостью, раньше и быстрее формируется алкогольный абстинентный синдром, который характеризуется выраженностью не только психического, но и соматоневрологического компонента [9, с. 133-136].

Таким образом, можно заключить, что истинная алкогольная зависимость, сопровождающаяся шизофренией, предшествующая началу эндогенного заболевания, имеет наследственную основу, быстрое прогрессирование, периодический тип злоупотребления алкоголем.

Заключение

Таким образом, можно сделать вывод, что коморбидные психические расстройства при алкогольной зависимости широко распространены и существенно утяжеляют течение заболевания, снижают эффективность лечения, социальную адаптацию. Наиболее часто встречаются являются аффективные нарушения, личностные расстройства, алекситимия, неврологические осложнения, суицидальное поведение, смежные коморбидные заболевания, в особенности биполярное аффективное расстройство и шизофрения. Значимым предиктором выступает неблагоприятный детский опыт. В целом в лечении коморбидных заболеваний важен персонализированный подход, сочетающий фармакотерапию и психотерапию.

Литература/References:

1. Абдуразакова Р. Ш. Патопсихологические особенности коморбидного алкоголизма и шизоаффективных расстройств // Central Asian Journal of Academic Research. 2024. Т. 2. №. 7. С. 25-30.

2. Абдуразакова Р. Ш., Алкаров Р. Б., Тургунбаев А. У. Клинико-психологические особенности алкоголизма у женщин с поведенческим расстройством //Вестник науки и образования. 2021. №. 11-2 (114). С. 136-138.

3. Алфёров Д. В., Кирпиченко А. А. Клиника и лечение алкогольной зависимости у пациентов с агрессивным и аутоагрессивным поведением (обзор

литературы) //Вестник витебского государственного медицинского университета. 2022. Т. 21. №. 1. С. 7-19.

4. Демьянов И. А., Бойко Е. О., Ложникова Л. Е., Зайцева О. Г., Демьянов А. В., Мельник Е. Ю. / Особенности течения биполярного аффективного расстройства у пациентов с алкогольной зависимостью // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. 2021. Т. 12. №. 4. С. 673-678.

5. Калямова, Г. З. Клинико-психологические особенности лиц с алкогольной зависимостью: результаты эмпирического исследования / Г. З. Калямова // Архонт. 2025. № 8(59). С. 72-75.

6. Караваева, Т. А. Злоупотребление алкоголем у пациентов с социальными фобиями: проблемы коморбидности, диагностики, этиопатогенеза и подходов к психотерапии / Т. А. Караваева, А. В. Васильева, Д. С. Радионов // Вопросы наркологии. 2022. № 7-8(211). С. 27-41. DOI 10.47877/0234-0623_2022_7-8_27.

7. Катан Е. А., Карпец В. В., Асадуллин А. Р. Коморбидные расстройства, связанные с неблагоприятным детским опытом, у наркологических пациентов //Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2021. Т. 3. №. 112. С. 56-66.

8. Катан Е. А., Карпец В. В., Чехонадский И. Д., Данильчук В. В., Демина М. В., Карпова Е. С. / Состояния и свойства личности, способствующие формированию зависимости от алкоголя у пациентов с разной интенсивностью неблагоприятных детских переживаний // Оренбургский медицинский вестник. 2020. Т. 8, № 4(32). С. 60-67.

9. Кубаев Р. М., Алкаров Р. Б., Абдуразакова Р. Ш. Клинико-динамические особенности коморбидного течения алкоголизма и шизофрении //Вестник науки и образования. 2021. №. 11-2 (114). С. 133-136.

10. Ледванова Т. Ю., Барыльник Ю. Б., Филиппова Н. В., Горюнов С.А., Горбунов А.А., Носова М.Н. / Нарушение центральных личностных функций у больных алкоголизмом с коморбидными непсихотическими расстройствами // Современные проблемы науки и образования. 2021. № 2. С. 161. DOI 10.17513/spno.30700.

11. Макеева Н. Ю., Свешникова Л. М. Анализ травматичного детского опыта и личностных особенностей у лиц с алкогольной зависимостью // Вестник Тверского государственного университета. Серия: Педагогика и психология. 2025. № 2(71). С. 101-110. DOI 10.26456/vtpsyped/2025.2.101.

12. Масютина, С. М., Кудасова Е. Ю. / Особенности развития неврологических осложнений, когнитивных и эмоциональных нарушений при алкоголизме // Медицинские, социальные, психологические, педагогические, юридические аспекты психоэмоциональных расстройств: Материалы научно-практической конференции с международным участием, Астрахань, 18 апреля 2023 года. Астрахань: Астраханский государственный медицинский университет, 2023. С. 88-92.

13. Радионов Д. С., Караваева Т. А., Васильева А. В., Рыбакова К. В., Крупицкий Е. М., Прусова Т. И. / Особенности злоупотребления алкоголем у лиц с тревожными расстройствами невротического спектра. Клинические аспекты и вопросы психотерапии // Вопросы наркологии. 2023. Т. 35, № 3. С. 27-50.

14. Радионов, Д. С., Твердохлебова А. М., Караваева Т. А. Анализ индивидуально-психологических особенностей пациентов с тревожными расстройствами, имеющих определенный уровень потребления алкоголя // Вопросы наркологии. 2024. Т. 36, № 6. С. 29-54.

15. Рожнова Т. М., Козлов А. А., Клименко Т. В., Криворучко Ю. Д., Старынина Д. В., Герасимов А. Н., Костюк С. В., Писарев В. М. Психоэмоциональные характеристики мужчин с наличием аддиктивного

расстройства в форме алкогольной зависимости // Вопросы наркологии. 2024. Т. 36, № 3. С. 72-89.

16. Рощина О. В., Симуткин Г. Г., Бохан Н. А., Суровцева А. К. Уровень социальной адаптации и его связь с основными клинико-динамическими и психологическими характеристиками при коморбидности аффективных расстройств и алкогольной зависимости // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2022. Т. 14. №. 3. С. 32-37.

17. Сайков А. Д., Скугаревский О. А. Анозогнозия у лиц с алкогольной зависимостью как фактор, модулирующий проявление агрессии на фоне интоксикации алкоголем // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология 2021. Т. 12, № 1. С. 25-30. DOI 10.34883/PI.2021.12.1.002

18. Симуткин Г. Г., Васильева С. Н., Смирнова Н. С., Суровцева А. К., Бохан Н. А. Суицидальный риск при биполярном аффективном расстройстве с учетом его коморбидности с алкогольной зависимостью // Суицидология. 2025. Т. 16, № 1(58). С. 146-156. DOI 10.32878/suiciderus.25-16-01(58)-146-156.

19. Уселёнок Г. О., Кирпиченко А. А., Марцинкевич А. Ф. Взаимосвязь нейропсихологических дефицитов и данных наркологического анамнеза у мужчин с синдромом зависимости от алкоголя начальной и средней стадий //Вестник Витебского государственного медицинского университета. 2025. Т. 24. №. 1. С. 111-122. DOI: https://doi.org/10.22263/2312-4156.2025.1.111

20. Хмара Н. В., Скугаревский О. А. Показатель «Риск вреда от употребления алкоголя (Шкала ASSIST)» у пациентов с шизофренией и близкими к ней расстройствами //Проблемы здоровья и экологии. 2022. Т. 19. №. 4. С. 66-72. DOI: https://doi.org/10.51523/2708-6011.2022-19-4-09

21. Ходжаев, А. В., Григорьева И. В., Игумнов С. А. Взаимосвязь алекситимии и аффективно-личностных свойств у лиц с зависимостью от

алкоголя в условиях реабилитационного учреждения закрытого типа / А. В. Ходжаев, // Вопросы охраны психического здоровья. 2023. Т. 2, № 2. С. 34-38.

22. Vasilieva S. N., Simutkin G. G., Schastnyy E. D., Surovtseva A.K., Ukraintsev I.I., Altynbekov K.S. Combination of mood disorders and alcohol dependence: clinical significance of comorbidity, social adaptation of patients // Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry. 2022; № 4 (117): С. 14-21.

ВЫЯВЛЕНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ПРЕДИКТОРОВ В ПРЕВЕНЦИИ ПОДРОСТКОВЫХ АДДИКЦИЙ

Верейкина О. В., Габбасова Э. Р., Чехонадский И. И.
Кафедра психотерапии и наркологии
ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Россия, г. Оренбург

Аннотация. Современная ситуация с подростковыми аддикциями требует повышения эффективности профилактических мер и превенции. По мнению авторов, выявление психологических предикторов и паспортизация рисков позволят повысить эффективность работы с подростками «группы риска». В статье рассматриваются биологические, психологические и социальные факторы, повышающие риск возникновения аддикций в подростковом возрасте. Цель работы – повышение уровня взаимодействия всех заинтересованных структур в превенции аддиктивного поведения подростков на основе создания паспорта рисков. Объектом исследования выступают риски возникновения и формирования аддиктивного поведения подростков. Предмет исследования – формирование адекватной современным вызовам системы превенции на основе межведомственного взаимодействия. Рабочая гипотеза: систематизация рисков и раннее выявление подростков «группы риска» позволят повысить эффективность комплексных профилактических воздействий на указанную возрастную категорию.

Ключевые слова: подростковый возраст, аддиктивное поведение, психологические предикторы, паспортизация рисков, межведомственное взаимодействие.

IDENTIFICATION OF PSYCHOLOGICAL PREDICTORS IN THE PREVENTION OF ADOLESCENT ADDICTIONS

Vereykina O. V., Gabbasova E. R., Chekhonadsky I. I.
Department of Psychotherapy and Narcology
Orenburg State Medical University, Russia, Orenburg

Abstract. The current situation regarding adolescent addictions requires improving the effectiveness of preventive measures and prevention. According to the authors, identifying psychological predictors and conducting a risk profiling will help improve the effectiveness of work with adolescents in “risk groups.” The article examines the biological, psychological, and social factors that increase the risk of developing addictions during adolescence. The aim of the study is to enhance the level of interaction among all interested parties in preventing addictive behavior in adolescents. The object of the study is the risks associated with the emergence and development of addictive behavior in adolescents. The subject of the research is the formation of a prevention system adequate to modern challenges based on interdepartmental interaction. The working hypothesis is that risk systematization and early detection of «at-risk» adolescents will increase the effectiveness of comprehensive preventive measures for this age group.

Keywords: adolescence, addictive behavior, psychological predictors, risk profiling, interdepartmental cooperation.

Актуальность разработки адекватной системы превенции аддиктивного поведения современных российских подростков обусловлена рядом факторов:

1) спецификой подросткового возраста; 2) изменением ценностных ориентаций подростков; 3) влиянием среды; 4) наличием стрессогенных факторов; 5) появлением новых форм зависимости; 6) сложностью раннего выявления и профилактики, и выстраивания системы межведомственного взаимодействия.

В подростковом возрасте (12 – 17 лет по Д.Б. Эльконину) происходят значительные физиологические изменения, активно формируются личность, ценностно-нормативная система, навыки эмоциональной регуляции. Однако из-за незрелости этих процессов, низкой стрессоустойчивости, склонности к импульсивным реакциям, подростки оказываются в группе риска. Подростковая сепарация, желание доказать свою «взрослость» и влияние референтной группы повышают риски возникновения аддиктивного поведения.

Формирование физического, психического и социального здоровья подростков происходит под воздействием активной физиологической перестройки организма и интенсивной социализации личности. Гормональная перестройка организма может создавать условия, повышающие риск формирования аддиктивного поведения за счёт:

1) эмоциональной нестабильности **(**резкие перепады настроения, повышенная возбудимость и импульсивность);

2) влияния половых гормонов (андрогены и эстрогены), которые могут модулировать уровень дофамина в прилежащем ядре и полосатом теле, повышая чувствительность мозга к свойствам веществ, вызывающих зависимость (P.C. Bendis, S. Zimmerman et al., 2024) [10]; 3) изменения в дофаминергической системе мозга (отвечающей за чувство удовольствия и вознаграждения), что делает подростков более восприимчивыми к сигналам (социальным стимулам), поощряющим рискованное поведение (О.В. Коротина-Гессе, 2025) [4].

Гормональная перестройка взаимодействует с другими факторами риска: незрелостью нейро-гуморальной регуляции, дисгармоничными социальными (в

частности семейными) отношениями, проблемами в общении со сверстниками (как своего, так и противоположного пола), эмоциональными нарушениями. К биологическим факторам специалисты так же относят генетическую предрасположенность, особенности метаболизма и нарушения развития; к психологическим – психотравмирующие обстоятельства; к социальным – неблагополучное материальное положение, проблемы в школе (в частности, буллинг); к культурным – терпимость в обществе к проявлениям зависимостей (например, к курению). В комплексе это может стать триггером формирования аддиктивного поведения.

Исследования показывают, что изменения в ценностных ориентациях современных российских подростков создают условия, повышающие риск формирования аддиктивного поведения. В подростковом возрасте происходит интенсивное формирование системы ценностей, и их искажение или несформированность выступают фактором риска [2].

Исследование, проведённое по инициативе Уполномоченного по правам ребёнка в Оренбургской области, в целом подтверждая общероссийские тенденции, показало, что у значительного числа подростков наблюдается дефицит таких ценностей, как смысл жизни, духовность, патриотизм (формирование у современных подростков стереотипов поведения, не ориентированных на сохранение и укрепление здоровья, отмечены в трудах О.А. Ахвердовой, И.Н Польшаковой, 2011; Т.И. Палачевой, 2014 и др.). В числе приоритетных ценностей подростки часто называют – получение удовольствия от жизни, развлечений, потребления [1, 6]. Такая установка создаёт благоприятную почву для аддикций: подростки стремятся немедленно испытывать яркие эмоции, что повышает вероятность экспериментирования с ПАВ или другими формами зависимости (А.М. Лилюхин, 2016) [5].

Отсутствие чётких целей и веры в возможность повлиять на свою жизнь формирует фаталистическое отношение к проблемам, что облегчает уход от ответственности через аддикцию. Низкий уровень ответственности и некритичное отношение к своим поступкам снижают внутренний барьер рискованного поведения. Влияние *«the cult of consumption»* (культа потребления) на неокрепшую психику может приводить не только к химическим, но и к поведенческим (компьютерной, игровой, шопоголизму и др.) зависимостям. Конфликт между стремлением к личной свободе и необходимостью соблюдать социальные нормы создаёт внутреннее напряжение, которое также может провоцировать поиск ненормативных способов его снятия.

Помимо трансформации ценностей, на уязвимость подростков влияют нервно-психическая неустойчивость и акцентуации характера.

Выявление психологических предикторов имеет научно-практическое значение, поскольку позволяет определить факторы, участвующие в формировании патопсихологических феноменов. Психологические предикторы (личностные характеристики подростка, детерминирующие предрасположенность к аддиктивному поведению) – устойчивые образования и психологические механизмы, которые повышают вероятность того, что подросток начнёт прибегать к аддикциям. К ним можно отнести: трудности эмоциональной регуляции, склонность к быстрым, необдуманным реакциям на стрессовые ситуации; неадекватную самооценку и, как следствие, – неуверенность в себе; повышенную тревожность и депрессивные состояния; акцентуации характера (например, неустойчивый, истероидный, возбудимый типы) [8]; низкую стрессоустойчивость; поиск «острых ощущений» (адреналинозависимость); дефицит навыков общения и др. Предикторы – это инструмент, который помогает специалистам не просто описывать, но и, с определённой долей вероятности, предсказывать, как сочетания различных

личностных факторов повлияют на его поведение. Предикторы аддиктивного поведения (биологические, психологические, социальные) – факторы, которые повышают вероятность формирования зависимости (от ПАВ до поведенческих паттернов). Наличие одного или даже нескольких предикторов не означает неизбежного развития аддикции. Ключевое значение имеет взаимодействие этих факторов с защитными факторами – условиями среды и личностными ресурсами, которые снижают риск [9]. Понимание системы предикторов помогает заметить тревожные сигналы и выстроить профилактическую работу, направленную на укрепление личностных ресурсов и создание поддерживающей среды [7].

Паспортизация рисков аддиктивного поведения, как инструментальная часть профилактической работы – процесс систематизации и фиксации данных, которые указывают на повышенную вероятность формирования зависимости. Паспортизация рисков проводится на основе психодиагностических методик и анализа факторов риска и факторов защиты, на основе соотношения последних возникает градация: низкая вероятность, средняя вероятность, высокая вероятность, очень высокая вероятность.

Усиление межведомственного взаимодействия – ключевой путь для выстраивания системы эффективной профилактики подростковых аддикций. Работа должна включать ряд элементов: определение зоны ответственности различных заинтересованных структур – образовательных учреждений, медицинских и правоохранительных организаций, СМИ; документальное обеспечение процесса взаимодействия – разработка соответствующих нормативно-правовых актов; адекватное информационное взаимодействие; организация совместных мероприятий; разработка системы индикаторов эффективности межведомственного взаимодействия; постоянный научный поиск с внедрением инновационных механизмов [3].

Раннее выявление факторов риска и работа с ними (развитие навыков саморегуляции, эмоциональной компетентности, коррекция стиля воспитания и др.) – основная задача профилактики и психологической помощи подросткам.

Системная и комплексная работа помогает разрабатывать более эффективные стратегии профилактики и коррекции аддиктивного поведения подростков.

Литература/References:

1. Ахвердова О.А., Польшакова И.Н. К вопросу исследования самосознания у подростков с девиантным стереотипом поведения // Вестник Ставропольского государственного университета. 2011. № 73. С. 128 – 132.

2. Верейкина О.В. Взаимодействие школы и религиозных организаций в формировании здорового образа жизни подростков: Автореферат дисс… канд. пед. наук. 13.00.02 (Социальная работа). М.: Ин-т соц.-пед. проблем сел. школы РАО, 2005. 21 с.

3. Дмитриевский Б.В., Коновалов О.Е. Медико-социальные подходы к профилактике зависимости подростков от психоактивных веществ // Российский медико-биологический вестник им. академика И.П. Павлова., 2006. № 4. С. 55 – 58.

4. Коротина-Гессе О.В. Философско-психологические аспекты формирования аддиктивного и рискованного поведения // Профессиональное интернет-издание «Психологическая газета». 10.12.2025.

5. Лилюхин А.М. Условия, стратегия и практики российской молодежи с аддиктивным поведением: социокультурный анализ // Гуманитарий Юга России. 2016. С. 246 – 253.

6. Палачева Т.И. Личностные особенности подростков с различным отношением к алкоголизации: Автореферат дисс… канд. психол. наук. 19.00.07 (Педагогическая психология). М.: РГГУ, 2014. 30 с.

7. Смирнов А.В., Максимова Л.А., Симонова И.А. Аддиктивное поведение обучающихся: опыт раннего выявления и социально-психологические характеристики // Образование и наука. 2022. Том 24, № 9. С. 174 – 211.

8. Хилькевич С.О., Шилова О.В. Нехимические зависимости: диагностика, лечение, профилактика: Учеб.–метод. пособие для студ. V курса лечебного факультета и факультета подготовки студентов для зарубежных стран медицинских вузов / С.О. Хилькевич, О.В. Шилова. Гомель: ГГМУ. 2016. 36 с.

9. Якунина Ю.Е. Организация профилактической работы в образовательной организации на основе результатов социально-психологического тестирования: Методическое пособие / Ю.Е. Якунина. – Магадан: Магаданское областное ГАУ ДПО «Институт развития образования и повышения квалификации педагогических кадров». 2022. 72 с.

10. Bendis P.C., Zimmerman S., Onisiforou A., Zanos P., Georgiou P. The impact of estradiol on serotonin, glutamate, and dopamine systems // Front. Neurosci., Sec. Neuroendocrine Science. Volume 18. 22 March 2024.

АСТЕНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У СТУДЕНТОВ ВЫСШИХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ

Визило Т. Л., Попонникова Т. В., Федосеева И. Ф.
Кафедра неврологии, нейрохирургии, медицинской генетики и медицинской реабилитации
ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Аннотация. Астенический синдром у студентов высших учебных заведений является одной из наиболее актуальных медико-психологических проблем современного образовательного пространства. Его формирование связано с длительным воздействием учебного стресса, нарушением режима сна

и отдыха, высокой информационной нагрузкой, снижением двигательной активности, а также с индивидуальными особенностями стрессоустойчивости и адаптационных механизмов. Клиническая картина астении включает повышенную утомляемость, истощаемость, снижение работоспособности, нарушения концентрации внимания, эмоциональную лабильность, раздражительность и вегетативные проявления. Учитывая многофакторность данного состояния, особое значение приобретают немедикаментозные методы коррекции, направленные на восстановление психофизиологического баланса и повышение адаптационных ресурсов. Одним из перспективных подходов является арт-терапия, основанная на использовании художественного творчества как средства снижения эмоционального напряжения, саморегуляции, актуализации внутренних ресурсов и улучшения субъективного самочувствия. В настоящей статье рассматриваются современные представления об астеническом синдроме у студентов, его клинико-психологические особенности, а также возможности арт-терапии как компонента профилактики и коррекции астенических проявлений.

Ключевые слова: астенический синдром, студенты, высшее образование, учебный стресс, утомляемость, арт-терапия, психокоррекция, немедикаментозная реабилитация, качество жизни.

ASTHENIC SYNDROME IN STUDENTS HIGHER EDUCATION INSTITUTIONS

Vizilo T.L., Poponnikova T.V., Fedoseeva I.F.
Department of Neurology, Neurosurgery,
Medical Genetics and medical rehabilitation
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia

Abstract. Asthenic syndrome in university students is a significant medical and psychological problem in contemporary higher education. Its development is associated with prolonged academic stress, sleep and rest disturbances, a high information load, reduced physical activity, and individual differences in stress resistance and adaptive capacity. Clinically, asthenia is manifested by increased fatigue, reduced performance, exhaustion, impaired concentration, emotional lability, irritability, and autonomic symptoms. Given the multifactorial nature of this condition, non-pharmacological interventions aimed at restoring psychophysiological balance and enhancing adaptive resources are of particular importance. Art therapy is a promising approach based on the use of artistic creativity as a means of reducing emotional tension, promoting self-regulation, mobilizing internal resources, and improving subjective well-being. This article discusses current concepts of asthenic syndrome in students, its clinical and psychological characteristics, and the possibilities of art therapy as a component of prevention and correction of asthenic manifestations.

Keywords: asthenic syndrome, university students, higher education, academic stress, fatigue, art therapy, psychocorrection, non-pharmacological rehabilitation, quality of life.

Проблема сохранения здоровья студенческой молодежи в последние годы приобретает особую значимость в связи с усложнением образовательных программ, ростом информационной нагрузки, увеличением требований к академической мобильности и постоянным ускорением темпа социальной жизни. Студенты высших учебных заведений относятся к группе повышенного риска по развитию функциональных расстройств, связанных с хроническим стрессом, нарушением режима труда и отдыха, дефицитом сна и снижением общего уровня восстановительных процессов. В этих условиях нередко

формируется астенический синдром, который отражает истощение адаптационных резервов и снижает эффективность учебной и повседневной деятельности. Астения у студентов может рассматриваться как пограничное функциональное состояние, возникающее на фоне чрезмерной психоэмоциональной нагрузки и неадекватного восстановления. При отсутствии своевременной коррекции она способствует формированию тревожных, депрессивных и соматоформных нарушений, ухудшению когнитивной продуктивности и социальной адаптации [6]. Существенную роль в предупреждении этих последствий играет комплексная профилактика, включающая рационализацию учебной нагрузки, нормализацию сна, повышение физической активности, психообразование и психотерапевтическую поддержку. Арт-терапия как направление немедикаментозной помощи занимает в данной системе особое место. Ее преимуществами являются мягкость воздействия, отсутствие жесткой директивности, возможность работы с эмоциональным напряжением через символическое выражение и высокая приемлемость для молодежной аудитории. В студенческой среде арт-терапия может использоваться как в профилактических, так и в коррекционных целях, особенно при субъективно значимом переутомлении, эмоциональном выгорании и снижении мотивации.

Цель настоящей статьи — рассмотреть клинико-психологические особенности астенического синдрома у студентов вузов и обосновать возможности его коррекции с помощью арт-терапии.

Астенический синдром представляет собой комплекс симптомов, характеризующийся повышенной утомляемостью, ощущением общей слабости, снижением физической и психической работоспособности, трудностями концентрации внимания, раздражительностью и эмоциональной неустойчивостью. В клиническом отношении астения не является

самостоятельным нозологическим образованием, а выступает синдромом, сопровождающим широкий спектр соматических, неврологических и психических расстройств. Вместе с тем функциональная астения, возникающая без выраженной органической патологии, является особенно распространенной среди молодых людей, обучающихся в вузе [5, С.127].

Астенический синдром включает: физическую астению, проявляющуюся слабостью, снижением выносливости, ощущением «разбитости»; психическую астению, связанную со снижением концентрации, замедлением мыслительной деятельности, трудностями переключения и удержания внимания; эмоциональную астению, характеризующуюся раздражительностью, плаксивостью, тревожностью, эмоциональной истощаемостью. У студентов эти компоненты, как правило, сочетаются, формируя клиническую картину, которая не всегда осознается как требующая специальной помощи. Нередко жалобы сводятся к «постоянной усталости», «невозможности сосредоточиться», «отсутствию сил» и «нежеланию ничего делать». При этом за внешне банальными симптомами может скрываться состояние выраженного адаптационного напряжения. Особое значение имеет тот факт, что в молодом возрасте астения часто маскируется под лень, низкую мотивацию или недостаточную организованность. Это приводит к позднему обращению за помощью и к усугублению симптоматики. Между тем своевременное выявление астенического синдрома позволяет не только улучшить текущее самочувствие, но и предупредить развитие более тяжелых психических нарушений [12, С. 158].

Развитие астенического синдрома у студентов обусловлено взаимодействием биологических, психологических и социальных факторов. Современное высшее образование предполагает интенсивное усвоение большого объема информации, регулярное прохождение тестирования, участие в практических занятиях и выполнение самостоятельной работы. Хроническое

когнитивное перенапряжение приводит к постепенному снижению эффективности психических процессов, особенно если восстановительные периоды недостаточны [4, С.160]. Сон является базовым механизмом восстановления нервной системы. Однако у студенческой молодежи распространены позднее засыпание, сокращение продолжительности сна, эпизоды ночной подготовки к занятиям и использование цифровых устройств перед сном. Это нарушает циркадные ритмы, усугубляет утомление и снижает устойчивость к стрессу [7, С.295]. Студенты часто сталкиваются с переживаниями, связанными с успеваемостью, экзаменационной нагрузкой, профессиональным самоопределением, финансовыми затруднениями, адаптацией к новой социальной среде и межличностными конфликтами. Длительный стресс способствует истощению нервно-психических резервов и развитию астенических реакций [9, С.262]. Сидячий образ жизни, недостаток движения и отсутствие регулярных физических нагрузок отрицательно сказываются на общем тонусе, микроциркуляции, качестве сна и эмоциональной стабильности. Физическая инертность усиливает склонность к вялости и снижению работоспособности [14, С.20]. Нарушение режима питания, дефицит витаминов и микроэлементов, частые функциональные расстройства желудочно-кишечного тракта, анемические состояния и другие соматические проблемы могут потенцировать астеническую симптоматику. Таким образом, астенический синдром у студентов является результатом не одного, а совокупности неблагоприятных воздействий. Это определяет необходимость комплексного подхода к его профилактике и коррекции.

Клиническая картина астенического синдрома у студентов включает широкий спектр соматических, когнитивных и эмоциональных симптомов. Наиболее характерными являются: постоянная или быстро возникающая утомляемость; ощущение внутренней слабости; снижение концентрации

внимания; забывчивость; трудности усвоения нового материала; замедленность мышления; раздражительность; эмоциональная неустойчивость; тревожность; головные боли напряжения; нарушение сна; вегетативные проявления: тахикардия, потливость, колебания артериального давления, чувство «нехватки воздуха». Психологический портрет студента с астеническим синдромом часто включает сниженный уровень субъективного контроля, неуверенность в собственных силах, страх неуспеха, склонность к самокритике и избеганию сложных задач. На уровне поведения это выражается в прокрастинации, снижении учебной инициативы, затруднении планирования и уменьшении социальной активности. Следует подчеркнуть, что астенический синдром часто развивается по механизму порочного круга: утомление снижает продуктивность, неуспех усиливает тревогу, тревога повышает внутреннее напряжение и еще больше истощает ресурсы. В результате формируется устойчивое функциональное неблагополучие, которое без коррекции может перейти в более выраженные эмоциональные расстройства [10].

Арт-терапия представляет собой комплекс психокоррекционных и психотерапевтических методик, использующих художественную деятельность как способ выражения эмоций, переработки переживаний и восстановления внутреннего баланса [16]. В отличие от директивных форм воздействия, арт-терапия не требует от участника высокой вербальной открытости и позволяет опосредованно работать с теми переживаниями, которые трудно осознавать и описывать словами. В контексте астенического синдрома у студентов арт-терапия обладает рядом преимуществ. Во-первых, она снижает давление на когнитивную сферу, поскольку творческий процесс сам по себе является менее требовательным к формальной продуктивности, чем учебная деятельность. Во-вторых, она способствует эмоциональной разрядке. В-третьих, она создает пространство, где студент может пережить опыт успешности и контроля, что

особенно важно при ощущении истощенности и беспомощности [11]. Терапевтический эффект арт-терапии при астении обусловлен несколькими механизмами, среди них: эмоциональная разрядка, переключение и восстановление внимания, актуализация ресурсов, формирование опыта самоподдержки, стимуляция позитивной мотивации [3, С.149]. В студенческой среде могут быть применимы следующие формы арт-терапии: изобразительная терапия, создание коллажа, музыкальная терапия, песочная композиция, терапевтическое письмо и смешанные экспрессивные практики [8].

При разработке программы коррекции астенического синдрома у студентов необходимо учитывать режим обучения, выраженность симптоматики и индивидуальные особенности личности. Арт-терапевтическая помощь должна быть доступной, добровольной, краткосрочной или модульной, психологически безопасной, ориентированной на ресурс и восстановление, а не на оценку художественного результата [2]. На диагностическом этапе программы выявляются жалобы, уровень утомляемости, особенности эмоционального состояния, учебные трудности и ожидания участника.

На этапе эмоциональной разрядки используются техники свободного рисунка, цветового выражения состояния, творческого самовыражения без критической оценки. На этапе ресурсной работы студент создает образы, связанные с безопасностью, опорой, восстановлением, силой и будущими целями. На этапе интеграции обсуждаются изменения состояния, формируются индивидуальные стратегии самоподдержки, намечаются способы переноса позитивного опыта в учебную и повседневную жизнь [1, С. 28]. Следует подчеркнуть, что арт-терапия не должна рассматриваться как единственный метод коррекции астении. Ее эффективность возрастает при сочетании с другими мерами: нормализацией режима сна и бодрствования, рационализацией учебной нагрузки, увеличением физической активности, элементами когнитивно-

поведенческой поддержки, при необходимости — консультацией врача и коррекцией соматических нарушений. Комплексный подход особенно важен, поскольку астенический синдром у студентов редко имеет один-единственный источник. Обычно он формируется на пересечении внешних перегрузок и личностной уязвимости. Поэтому наиболее устойчивый эффект достигается при сочетании поведенческих, психотерапевтических и восстановительных интервенций [13, С.495].

Анализ литературы и современных представлений показывает, что астенический синдром у студентов является распространенным, но часто недооцененным состоянием. В силу молодого возраста, высокой социальной активности и отсутствия тяжелой соматической симптоматики студенты нередко не воспринимают свои жалобы как повод для обращения за помощью. Однако именно функциональная астения может существенно снижать качество жизни, академическую успеваемость и эмоциональное благополучие.

Преимущество арт-терапии заключается в ее мягкости, доступности и универсальности. Она может применяться как в индивидуальном, так и в групповом формате, в том числе в рамках университетских психологических служб, центров здоровья и профилактических программ. Кроме того, художественная деятельность отвечает возрастным особенностям молодежи, для которой характерна высокая чувствительность к визуальным, эмоциональным и интерактивным форматам взаимодействия. Вместе с тем необходимо учитывать ограничения метода. Арт-терапия не подменяет медицинскую диагностику при стойкой астении, особенно если симптомы сопровождаются выраженной соматической патологией, депрессией, тревожным расстройством или нарушениями сна. Тем не менее в контексте профилактики и ранней коррекции арт-терапия представляет собой перспективный и практически реализуемый ресурс [15].

Таким образом, астенический синдром у студентов вуза является значимой проблемой современной высшей школы, связанной с высокой учебной нагрузкой, хроническим стрессом, дефицитом сна и нарушением восстановительных механизмов. Его клиническая структура включает повышенную утомляемость, истощаемость, эмоциональную нестабильность, когнитивное снижение и вегетативные проявления. Без своевременной коррекции астения может приводить к ухудшению академической адаптации и снижению качества жизни. Арт-терапия обладает существенным потенциалом в качестве немедикаментозного метода профилактики и коррекции астенического синдрома. Ее терапевтическое действие связано со снижением эмоционального напряжения, актуализацией внутренних ресурсов, улучшением саморегуляции и восстановлением субъективного чувства активности. Наибольшую эффективность арт-терапия демонстрирует в составе комплексной программы, включающей психообразование, нормализацию режима, физическую активность и поддержку со стороны специалистов. Включение арт-терапии в систему психологической помощи студентам вуза может рассматриваться как научно и практически обоснованное направление, способствующее сохранению здоровья и повышению адаптационного потенциала молодежи.

Литература / References:

1. Argudo J. Expressive writing to relieve academic stress at university level // Profile: Issues in Teachers' Professional Development. 2021. Vol. 23, No. 2. P. 17–33. DOI: 10.15446/profile. v23n2.90448.

2. Bastien L., Mettler J., Böke B.N. et al. Guided or self-guided resources: what works best for university student stress management? // Current Psychology. 2026. Vol. 45. 456. DOI: 10.1007/s12144-025-09014-0.

3. Валиуллина Е.В. Классические теории арт-терапии (обзор подходов) // Арт-терапия. Фундаментальные и прикладные научные исследования:

актуальные вопросы, достижения и инновации, Кемерово, 18 апреля 2025 года. Кемерово: Кемеровский государственный медицинский университет, 2025. С. 144-152. EDN YKOCIS.

4. Визило Т.Л. Эффективность и безопасность препарата Актитропил в терапии реактивной астении у пациентов молодого возраста // Фарматека. 2023. Т. 30, № 9-10. С. 159-166. DOI: 10.18565/pharmateca.2023.9-10.159-166. EDN CCFNRC.

5. 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. DOI: 10.18565/pharmateca.2024.6.126-134. EDN WZEBCE.

6. Гутник В.В. Распространенность признаков астенического синдрома у студентов медицинского университета // Смоленский медицинский альманах. 2021. № 1. URL: https://cyberleninka.ru/article/n/rasprostranennost-priznakov-astenicheskogo-sindroma-u-studentov-meditsinskogo-universiteta (дата обращения: 11.05.2026).

7. Dinis J., Bragança M. Quality of Sleep and Depression in College Students: A Systematic Review // Sleep Science. 2018. Vol. 11, No. 4. P. 290-301. DOI: 10.5935/1984-0063.20180045.

8. Казакова Н.А., Клепцова Е.Ю. Применение арт-терапии в сфере образования // Профессиональное самоопределение молодежи инновационного региона: проблемы и перспективы: Сборник статей по материалам Всероссийской (национальной) научно-практической конференции с международным участием, Красноярск – Челябинск – Омск – Нижний Новгород – Санкт-Петербург – Москва, 07–23 ноября 2023 года. Красноярск: Красноярский государственный аграрный университет, 2024. С. 165-167. EDN COQPKC.

9. Maribeth A.L., Hamda R., Anissa M., Sari W., Azzahra H.M., Utami R.T., Khudri G. Sleep Quality and Mental Health among Medical Students // Universal Journal of Public Health. 2025. Vol. 13, No. 1. P. 260-266. DOI: 10.13189/ujph.2025.130126.

10. Pascoe M.C., Hetrick S.E., Parker A.G. The impact of stress on students in secondary school and higher education // International Journal of Adolescence and Youth. 2020. Vol. 25, No. 1. P. 104-112. DOI: 10.1080/02673843.2019.1596823.

11. Петрова А.К. Проблема арт-терапии как средства коррекции тревожности у студентов // Актуальные проблемы науки: взгляд студентов: Материалы III Всероссийской с международным участием студенческой научной конференции, Санкт-Петербург, 18 января 2024 года. Санкт-Петербург: Ленинградский государственный университет им. А.С. Пушкина, 2024. С. 125-129. EDN LARNWY.

12. Потанина М.В., Федотов Б.В. Арт-терапия как метод преодоления эмоционального стресса // Психолого-педагогические аспекты совершенствования подготовки студентов вуза: Материалы межвузовской студенческой научно-практической конференции с международным участием, Новосибирск, 29 мая 2022 года. Новосибирск: Новосибирский государственный аграрный университет, 2022. С. 157-159. EDN JDBYPD.

13. Priscilla Commey-Mintah, Florence Christianah Awoniyi, Millicent Narh-Kert, Cecilia Tutu-Danquah, Kwaku Darko Amponsah. Effects of Stress and Coping Mechanisms: The Case of Pre-Service Teachers in Selected Colleges of Education in Ghana // American Journal of Educational Research. 2022. Vol. 10, No. 8. P. 491-500. DOI: 10.12691/education-10-8-3.

14. Rehman S., Tanwar T., Iram I. et al. Does Regular Physical Activity Protect Sleep and Mental Health of University Students: A Systematic Review // Sleep and Vigilance. 2024. Vol. 8. P. 13–23. DOI: 10.1007/s41782-024-00263-w.

15. Судакова О.В. Перспективы использования арт-терапии в высшей школе для снятия симптомов стресса и эмоционального выгорания студентов // Актуальные научные исследования: педагогика и психология. 2024. № 1 (46). URL: https://cyberleninka.ru/article/n/perspektivy-ispolzovaniya-art-terapii-v-vysshey-shkole-dlya-snyatiya-simptomov-stressa-i-emotsionalnogo-vygoraniya-studentov (дата обращения: 11.05.2026).

16. Zhang B., Wang J., Abdullah A.B. The effects of art therapy interventions on anxiety in children and adolescents: A meta-analysis // Clinics (Sao Paulo). 2024. Vol. 79. 100404. DOI: 10.1016/j.clinsp.2024.100404.

АКТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ МЕДИЦИНСКОЙ И ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ВЕТЕРАНОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Волкова Е. Е.
Кафедра клинической психологии
ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово
Научный руководитель: канд. психол. наук, доцент Е. В. Янко

Аннотация. В данной статье рассмотрены направления реабилитации ветеранов боевых действий в Российской Федерации и регламентирующие ее нормативно-правовые акты. Проведен анализ современных исследований отдаленных последствий боевого стресса, на основе чего выделены наиболее значимые аспекты реабилитации и обоснована их роль в сохранении адаптационного потенциала.

Ключевые слова: адаптационный потенциал, аспекты реабилитации, трудовая интеграция, ветераны боевых действий, барьеры обращения за помощью.

CURRENT ASPECTS OF MEDICAL AND PSYCHOSOCIAL REHABILITATION OF COMBAT VETERANS IN THE RUSSIAN FEDERATION

Volkova E. E.
Department of Psychiatry
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Scientific Supervisor: E. V. Yanko

Abstract. This article examines the areas of rehabilitation for combat veterans in the Russian Federation and the regulatory legal acts governing this process. An analysis of current research on the long-term consequences of combat stress has been carried out; based on this analysis, the most significant aspects of rehabilitation are identified, and their role in preserving adaptive capacity is substantiated.

Keywords: adaptive capacity, rehabilitation aspects, labor integration, combat veterans, barriers to seeking help.

Введение

Интерес исследователей к влиянию боевых действий на физическое и психическое здоровье военнослужащих зародился во время Гражданской войны в Америке, когда у солдат после боя отметили выраженные нарушения работы сердечно-сосудистой и нервной системы, - состояние назвали «солдатским сердцем», а позднее появились такие понятия, как «синдром усилия», «психоневроз военного времени», «фронтовая усталость», «утомление битвой». Примечательно, что до начала Первой мировой войны различные физические и психические отклонения, связанные с военной обстановкой, объясняли с моральной точки зрения, как следствие трусости и слабой военной дисциплины [15, с. 28–31].

Пересмотру подобных взглядов на природу нарушений здоровья военнослужащих поспособствовал рост числа вооруженных конфликтов в XX столетии и, соответственно, рост числа лиц, страдающих военной травмой.

Ведение боевых действий в современных условиях характеризуется не только увеличением количества очагов, но и применением новых технологий, что порождает ряд принципиально новых элементов клинической картины у комбатантов. Кроме того, последствия боевой травмы могут снижать качество жизни в долгосрочном периоде, поэтому реабилитация ветеранов боевых действий является актуальной медико-социальной проблемой.

Цель исследования: проанализировать структуру существующей программы реабилитации ветеранов боевых действий в Российской Федерации и выявить аспекты, требующие особого внимания, на примере реабилитации участников специальной военной операции (СВО).

Материалы и методы исследования: анализ современной научной литературы и статистических данных, обобщение полученных сведений.

Результаты исследования и их обсуждение

Физическая реабилитация ветеранов боевых действий в Российской Федерации регламентируется следующими нормативно-правовыми актами:

1) *Постановление Правительства РФ от 29.12.2025 № 2188* – раздел «Порядок оказания медицинской помощи отдельным категориям ветеранов боевых действий», закрепляющий право участников СВО на внеочередное оказание медицинской помощи, отдельного медработника-координатора, преимущественное право на одноместную/двухместную палату, внеочередную медицинскую реабилитацию в амбулаторных условиях и на дому, консультирование медицинским психологом, внеочередное санаторно-курортное лечение [3];

2) *Постановление Правительства РФ от 25.12.2025 № 2121*, устанавливающее правила предоставления и оплаты услуг по санаторно-курортному лечению (21 день) и медицинской реабилитации (срок устанавливается индивидуально) участников СВО в реабилитационных центрах Социального фонда России [4];

3) *Постановление Правительства РФ от 27.01.2024 № 69*, предусматривающее для инвалидов военной травмы из числа участников СВО беззаявительный порядок оформления электронного сертификата для получения средств технической реабилитации и сокращение срока рассмотрения заявления на получение протеза, а также безвозмездное их получение [1].

Важнейший аспект восстановления физического здоровья комбатантов – работа с лицами, получившими черепно-мозговые травмы (ЧМТ) в ходе военных действий. Черепно-мозговые травмы лежат в основе снижения качества жизни в отдаленном периоде [32, с. 152-156]. В исследовании Ромашкиной А. В. оценивались качество жизни и симптоматический статус 70 участников вооруженных конфликтов в Чечне (группа 1) и Афганистане (группа 2), получивших ЧМТ в ходе боевых действий. В обеих группах, несмотря на существенную разность величины посттравматического периода (13,67±2,74 лет в группе 1 и 26,83±2,39 лет в группе 2), выявлена достоверность различия показателей качества жизни по сравнению с общей популяцией в отношении физического функционирования, выраженности болевого синдрома, общего состояния здоровья, жизненной активности и психического здоровья. В группе с более продолжительным посттравматическим периодом ЧМТ ограничение социальной активности и эмоциональные нарушения более выражены, то есть зависимость между тяжестью клинических проявлений ЧМТ и продолжительностью посттравматического периода носит прямо пропорциональный характер. Ведущий синдром отдаленного периода боевой

ЧМТ – вестибуло-атактический, но у большинства обследованных выявлены целые комплексы синдромов (рис.1) [29].

Участники боевых действий ввиду высокого риска получения ЧМТ входят в группу риска развития посттравматической атрофии головного мозга – патологического процесса уменьшения объема мозгового вещества вследствие первичной гибели нейронов и последующих деструктивных и дегенеративно-дистрофических изменений (демиелинизация аксонов, уменьшение числа функционирующих капилляров и т.д.).

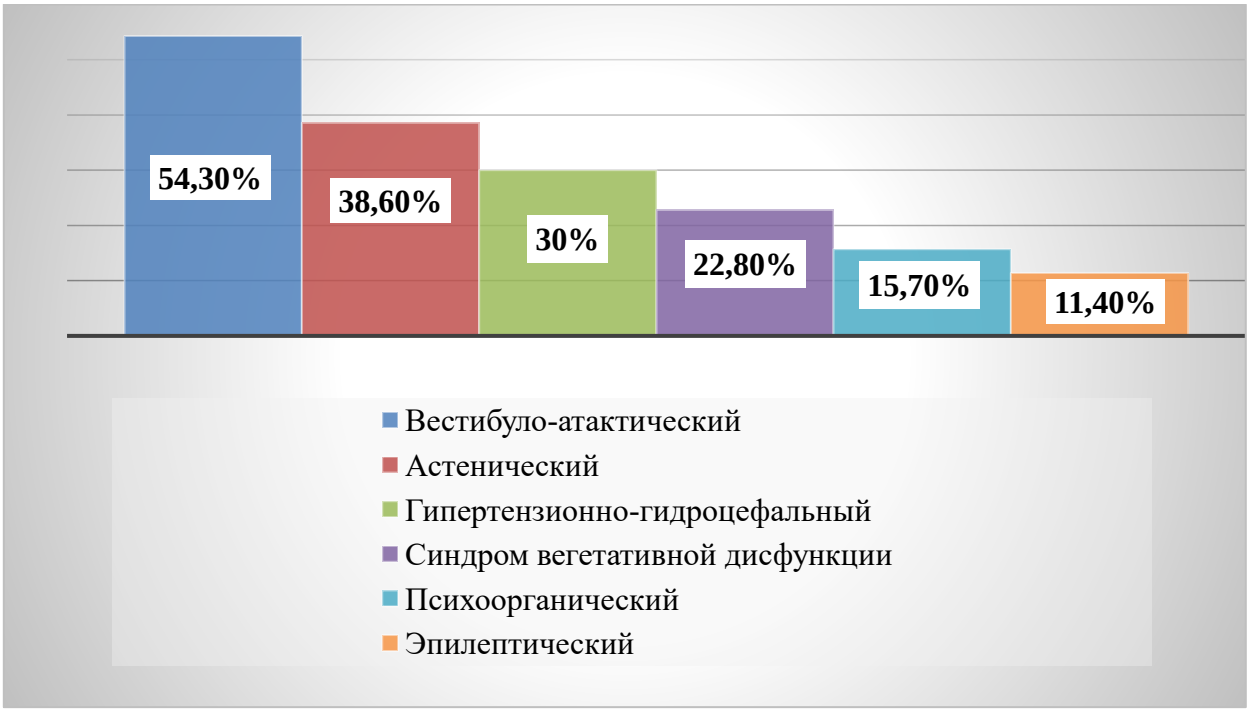

Рис. 1. – Синдромы, выявленные у участников вооруженных конфликтов на Северном Кавказе в посттравматическом периоде боевой ЧМТ (в % от общего числа участников; 2014)

При диффузном характере патологии наблюдается нарастающее оскудение психической деятельности, вплоть до деменции. На далеко зашедших стадиях ярко выражена двусторонняя мозжечковая и подкорковая симптоматика,

включая псевдобульбарные парезы. При локальном характере патологии симптоматика минимальна, а нередко и полностью функционально компенсирована Первые признаки могут обнаруживаться уже спустя 2-4 недели после травмы. [23, с. 9–20].

В случае, если ведущим проявлением последствий ЧМТ выступают эпилептические припадки, их рассматривают как посттравматическую эпилепсию (ПТЭ). Один из пусковых механизмов развития – первичное повреждение с последующим формированием эпилептогенного фокуса.

Как правило, ПТЭ формируется в первые 18 месяцев после травмы, но симптомы могут не проявляться достаточно долго, до 15 лет. Длительный латентный период патологии представляет серьезную проблему для клинических и доклинических исследований, но вместе с тем определяет высокую результативность терапевтических вмешательств в этот временной промежуток. Одобренной терапии для предотвращения спонтанных припадков на данный момент не существует, многие случаи невосприимчивы к противосудорожным препаратам [10, с. 32–42]. Значимость патологии для реабилитации военнослужащих состоит в том, что ее наличие накладывает определенные ограничения на профессиональный выбор (традиционно ограничена работа водителем пассажирского и грузового транспорта, работа с химикатами, на высоте, в охране или пожарных частях).

Другое серьезное осложнение ЧМТ в позднем и отдаленном периоде – синдром травматической энцефалопатии (СТЭ) – клинико-нейропсихиатрический синдром, ассоциированный с повторяющимся воздействием черепно-мозговых травм и/или субконтузионных ударов по голове или с однократным получением тяжелой ЧМТ.

На ранних стадиях СТЭ зачастую преобладают поведенческие и аффективные расстройства. Характерные проявления включают

импульсивность, сложности в контроле над эмоциями, тревогу, апатию, раздражительность, агрессивность, вспышки гнева, социальную дезадаптацию и замкнутость. Среди пациентов с СТЭ склонность к суицидальным мыслям и поведению обнаруживается в 2-3 раза чаще, чем в популяции. Когнитивный дефицит обусловлен главным образом дисфункцией лобных и височных долей головного мозга: страдает кратковременная и эпизодическая память, возникают трудности планирования, принятия и реализации решений, снижается способность абстрактно мыслить, нарушаются циркадные ритмы. По мере прогрессирования синдрома развиваются экстрапирамидные и мозжечковые симптомы: дизартрия, нарушения походки (атаксия, брадикинезия), постуральный или интенционный тремор, симптомы поражения пирамидного тракта (повышение сухожильных рефлексов, клонусы стоп). Специфическая патогенетическая терапия отсутствует, коррекция состояния осуществляется симптоматически. Сложность диагностики, как и при посттравматической эпилепсии, определяется длительным латентным периодом (от 5 до 20 лет) [12, с. 92, с. 95–101].

Приоритетное направление социальной реабилитации военнослужащих – возвращение к трудовой деятельности. Руководители фонда «Защитники Отечества» считают основными препятствиями для трудовой интеграции ветеранов боевых действий утрату трудовых навыков, отсутствие образования и существенного стажа трудовой деятельности, позволяющего получить работу с достойной заработной платой, недоверие работодателей к лицам с погашенной судимостью [14]. Данные по трудоустройству и обучению ветеранов СВО представлены в таблице 1 [13], [14].

Наиболее сложный аспект социальной реабилитации комбатантов – интеграция в трудовой процесс лиц с инвалидностью, поскольку инвалидизация значительно сужает спектр профессионального выбора, вплоть до

невозможности его осуществления. Среди ветеранов СВО, состоящих на сопровождении в филиалах фонда, доля лиц с инвалидностью составляет 27,3% (основная причина – ампутация конечностей) [14].

Исследование особенностей психических состояний комбатантов, получивших инвалидность в результате боевой травмы (n=84, возраст 24-42 года), показало, что жизненная включенность (ощущение полноты жизни, стремление к активной и общественно полезной деятельности) среди ветеранов, сделавших осознанный профессиональный выбор и прошедших профессиональную переподготовку, статистически значимо выше, чем в группах безработных ветеранов, отказавшихся от профессионального выбора и ветеранов, трудящихся в условиях вынужденного профессионального выбора. Ветераны боевых действий, лишенные возможности выбрать сферу профессиональной деятельности в соответствии с личными предпочтениями, часто испытывают усталость от жизни и страх будущего, склонны к самоуничижению – динамика снижения последствий боевого стресса среди них незначительна [24, с. 149–153].

Меры обеспечения трудовой интеграции ветеранов боевых действий [2]:

1) **Стимулирование работодателей к сотрудничеству.** За трудоустройство ветеранов боевых действий как одной из категорий действуют три вида субсидий от Социального фонда России:

- *субсидия за трудоустройство* [5];
- *субсидия на создание или переоборудование рабочего места для ветеранов с инвалидностью*, в том числе на дому [8];
- *субсидия за трудоустройство из другой местности* для предприятий приоритетных отраслей экономики, организаций из новых регионов [6].

2) **Обучение и профессиональная переподготовка ветеранов.** Министерство труда РФ в национальном проекте «Кадры» в текущем году утвердило 213 военных и гражданских специальностей для участников специальной военной операции [9].

Проект «Профессия Цифра» предлагает бесплатное обучение, повышение квалификации и содействие в трудоустройстве в сфере информационных технологий.

Оба проекта формировались с учетом возможных ограничений по здоровью – многие образовательные программы осваиваются дистанционно, ряд специальностей предполагает удаленную занятость. Перечни учитывают вероятность наличия ПТЭ у соискателей [9], [26].

Таблица 1

Статистика по трудоустройству и обучению ветеранов СВО

Доля трудоустроенных ветеранов от общего числа, сопровождаемых фондом	68%	Доля ветеранов, имеющих средне-специальное образование	53,5%
Доля трудоустроенных ветеранов с инвалидностью, полученной вследствие боевой травмы	45,5%	Доля ветеранов, имеющих высшее образование	17,5%
Доля трудоустроенных ветеранов с погашенной судимостью	49%	Доля реализованных заявок на обучение и проф. переподготовку (>11 500)	40%

Психологическая реабилитация военнослужащих требует учета современных условий ведения боевых действий. В прошлом военная обстановка предполагала непосредственное физическое присутствие противника, что

создавало определенный контекст для восприятия угрозы. Однако широкое применение беспилотных летательных аппаратов (БПЛА), в особенности дронов, создает уникальный набор психологических триггеров [34].

Такое свойство дронов, как дистанционное управление, порождает эффект «призрачного врага»: у подвергшихся атаке с их использованием может наблюдаться повышенная тревожность при виде любых летательных аппаратов и звуках, напоминающих их работу. Пострадавшие нередко страдают от «эффекта присутствия» и фантомных болей, испытывая ощущение жара или холода, паники и ужаса даже в отсутствие реальной угрозы. Отсутствие возможности предвидеть нападение и дать отпор нападающему способствует развитию диссоциативных симптомов. Влияние применения дронов на психику комбатантов столь велико, что для комплекса возникающих нарушений даже сформулировали новое понятие – «дронобоязнь», дополняющее содержание «снарядного шока» [16].

Распространенное последствие боевого стресса у военнослужащих - посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР). Согласно заявлению статс-секретаря - заместителя министра обороны РФ, Цивилевой А. Е., доля ветеранов СВО, страдающих ПТСР, достигает 20%. Характерная симптоматика может проявиться спустя 6 месяцев или более после воздействия стрессогенного фактора. Для своевременного и качественного оказания помощи специалист должен суметь дифференцировать ПТСР с более ранними формами психических последствий боевого стресса [33].

Основной документ, регламентирующий психологическую, психиатрическую и психотерапевтическую помощь при стресс-индуцированных расстройствах, – «Руководство по оценке и лечению состояний, непосредственно связанных со стрессом», утвержденное Всемирной организацией здравоохранения в 2013 году и обновленное в 2023 году. Руководство содержит

методы терапии не только ПТСР, но также острого стрессового расстройства и других состояний, связь которых с воздействием стрессовых или травмирующих факторов доказана. В документе оценка эффективности методов проводится в соответствии с возрастными категориями (взрослые, дети, подростки), и раздел, посвященный исключительно комбатантам, находится только в стадии разработки [36].

Методы, одобренные ВОЗ при стресс-индуцированных расстройствах

- *Когнитивно-поведенческая терапия с фокусированием на травме* (КПТ-Т) нацелена на модификацию когнитивных искажений, обуславливающих катастрофизацию, гипербдительность и персонализацию («Я виноват в гибели товарища») и провоцирующих избегающее поведение, эмоциональную дисрегуляцию. Достижение этой цели обеспечивается планомерным обучением ветеранов боевых действий навыкам саморегуляции (телесно-ориентированные практики) и систематическим оспариванием дисфункциональных убеждений посредством сократического диалога и поведенческих экспериментов, после чего пациент под контролем терапевта постепенно возвращается к избегаемым ситуациям. Эффективность метода подтверждена исследованиями с участием ветеранов боевых действий в Афганистане, Ираке и на Балканах, страдающих ПТСР [19, с. 110–119], [31, с. 325–329].
- *Десенсибилизация и переработка движениями глаз* (ДПДГ) основана на использовании движения глаз, тактильных прикосновений и звуковых сигналов (билатеральной стимуляции) для снижения возбудимости миндалевидного тела и усиления интеграции левого и правого полушарий.

Принципиальным отличием ДПДГ от КПТ-Т является подход к коррекции дисфункциональных убеждений: способом их искоренения в КПТ-Т служит оспаривание, в терапии ДПДГ негативные убеждения постепенно вытесняются благодаря *десенсибилизации*. Одновременно с билатеральной стимуляцией

пациент фокусируется на целевом воспоминании, после получения серии стимулов делает глубокий вдох и сообщает, что удалось заметить. Цель десенсибилизации – снизить дистресс настолько, насколько это возможно, чтобы создать «фундамент» для позитивных убеждений. Сессия завершается оценкой остаточного физического напряжения и техниками стабилизации. На следующей сессии терапевт обязательно проводит переоценку результатов.

Метаанализы показывают значительное улучшение состояния после 6–12 сессий ДПДГ. Ветераны боевых действий отмечают, что метод снижает уровень дискомфорта при обращении к травматическим воспоминаниям [31, с. 325–329].

В российских и зарубежных исследованиях наблюдается стабильно высокий процент отсева обратившихся за специализированной помощью комбатантов: от продолжения КПТ-Т отказываются 18% ветеранов, терапии ДПДГ - 15%, что значительно меньше, чем при применении других методов (пролонгированная экспозиция, групповая терапия и схема-терапия – в указанных группах процент выбывания из сессий составляет 28%, 25% и 22% соответственно), но составляет значительную проблему для практического здравоохранения. Приведенные факты заставляют внедрять дополнительные инструменты реабилитации, например, технологии виртуальной реальности (VR) – они обеспечивают большее погружение в пережитый опыт, чем традиционная имагинальная экспозиция. От продолжения терапии с применением технологий виртуальной реальности отказываются 12% участников [31, с. 325–329].

В российской практике технологии VR пока не внедрены, но активно применяются другие методы, призванные повысить эффективность классических форм терапии (КПТ-Т, ДПДГ). Министерство труда РФ в стандарте социально-психологической реабилитации выделяет в качестве таких методов нейропсихологические игры, зеркальную терапию для коррекции

фантомных болей, событийную реконструкцию временной перспективы личности и, в особенности, арт-терапию [7].

Терапия искусством, или арт-терапия (arts therapies) – группа лечебных и коррекционных методов, базирующихся на одной из экспрессивных модальностей – изобразительном искусстве, музыке, искусстве театра и танца. Эффекты арт-терапии реализуются посредством таких психологических механизмов, как децентрирование, экстернализация и символизация.

Децентрирование предполагает переключение внимания, уход от поглощенности травматическими переживаниями и воспоминаниями.

Экстернализация (проекция) заключается в «переносе» психических процессов, состояний и личностных качеств на внешние объекты и процессы. Проекция в сочетании с символизацией позволяет «отделить» травматический опыт от личности, благодаря чему психическая энергия становится более контролируемой сознанием и менее связанной с аффектами.

Художественные материалы и образы служат посредниками в терапевтическом альянсе, помогая лицам со стресс-индуцированными расстройствами удерживать комфортную для них дистанцию во взаимодействии со специалистом [21, с. 21–27, с. 34–35, с. 49–54].

Ветераны боевых действий часто испытывают сложности с вербализацией травматического опыта. С точки зрения нейрофизиологии эта проблема объясняется в исследовании ван дер Колка: при попытке вспомнить травматическое событие префронтальная кора (ответственная за вербальное выражение) деактивируется, а лимбическая система (невербальная область) активируется, то есть вербально вспомнить событие трудно, но эмоционально и физически – возможно. Арт-терапия обходит этот барьер [16, с. 55]. Помимо этого, экспрессивные модальности, подразумевающие двигательную активность (танцевально-двигательная терапия, драматерапия, кинезитерапия и др.),

способствуют восстановлению интероцептивного восприятия. В работах современных исследователей рассматривается перспектива применения творческих практик в комплексной терапии СТЭ [12, с. 101–104], [35].

Рандомизированное контролируемое исследование Копытина А.И. с участием 112 ветеранов (25-53 лет) с непсихотическими психическими расстройствами, участвовавших в военных кампаниях, показало значимое улучшение по шкалам эмоционального содержания, представления о себе и когнитивных способностей в экспериментальной группе после одного месяца арт-терапии и отсутствие таких изменений в контрольной группе, не применявшей творческую деятельность в процессе реабилитации. Арт-терапия оказала положительное влияние на симптоматический статус, функционирование личности, когнитивные способности, креативность и качество жизни [22].

Филиалы фонда «Защитники Отечества» по всей стране проводят мастер-классы и арт-терапевтические занятия. Фонд поддерживает проект «Лисена Арт» – центр ментальной реабилитации, в котором посредством творческих и телесно-ориентированных практик оказывают помощь ветеранам и их семьям. По данным на 2025 год, услугами проекта в крымском отделении центра воспользовались почти 9 000 человек [17].

По данным Минздрава РФ, для помощи участникам СВО функционируют более 1400 кабинетов медико-психологического консультирования, более 400 кабинетов или отделений медико-психологической помощи, более 550 психотерапевтических кабинетов [11], однако по возвращении с передовой порядка 86% военнослужащих не обращаются к специалистам в области психического здоровья [25]. Притом примерно у каждого четвертого в ходе первичной психологической консультации выявляют признаки психических расстройств [17].

В 2025 году лишь 25% участников специальной военной операции прошли первичное психологическое консультирование в филиалах фонда «Защитники Отечества». Для сравнения – годом ранее доля охваченных первичным консультированием составляла лишь 12%. Несмотря на рост показателя, низкая обращаемость за квалифицированной помощью остается внушительным препятствием к успешной реабилитации [28].

В основе этого препятствия лежат следующие факторы:

1) *Социально-культурные*: стигматизация психических расстройств в обществе. Ветераны опасаются клейма «психически нездорового человека», постановки на учет в психоневрологический диспансер и связанных с этим фактом ограничений. Особенно сложную задачу представляет работа с военнослужащими, имеющими допуск к государственной тайне: специалист должен либо обладать аналогичным допуском, либо иметь достаточный опыт, чтобы оказать помощь, не затрагивая секретную информацию;

2) *Культурно-гендерные*: установка «мужчина не жалуется»;

3) *Когнитивные*: представление о психологических проблемах как о «надуманном», непонимание психологической природы соматических жалоб;

4) *Социально-идентификационные*: недоверие к специалистам без боевого опыта (терапевтический альянс не может быть гармоничным ввиду противопоставления «свой - чужой»);

5) *Поведенческие*: предпочтение сугубо медикаментозной терапии;

6) *Микросоциальные*: влияние мнений сослуживцев и другого значимого окружения, транслирующего мифы о психологической, психотерапевтической и психиатрической помощи;

7) Дефицит кадров, имеющих квалификацию для работы с боевой психической травмой, и отсутствие четких стандартов подготовки;

8) Транспортная труднодоступность помощи профильных специалистов [20, с. 52-58].

Реализуемые на сегодняшний день мероприятия по преодолению вышеперечисленных барьеров будут представлены в таблице 2.

Таблица 2

Мероприятия по преодолению барьеров обращения участников специальной военной операции за психологической, психотерапевтической и психиатрической помощью

Барьеры обращения за помощью	Мероприятия, направленные на их преодоление
Социально-культурные, культурно-гендерные, микросоциальные	Организация терапии в групповом формате и формате, предполагающем вовлечение членов семьи, в перспективе снизит у военнослужащих ощущение давления среды (сослуживцев) и непонимания со стороны семьи, и увеличит адаптационный потенциал.
Когнитивные, поведенческие	Интеграция психологической реабилитации в единый комплекс с физической и социальной, чтобы обращение за помощью к специалистам в области психического здоровья воспринималось как естественная часть восстановления, а не изолированное «стыдное» мероприятие – именно такой подход применяется в отделениях фонда «Защитники Отечества».

Барьеры обращения за помощью	Мероприятия, направленные на их преодоление
Социально-идентификационные	Преодоление дихотомии «свой-чужой» – цель проекта «Равный–равному», разработанного ОНФ и факультетом психологии МГУ имени М. В. Ломоносова: программа наставничества для ветеранов СВО предполагает обучение прошедших реабилитацию и адаптировавшихся к мирной жизни поддерживать тех, кому этот путь только предстоит. Доверие к наставнику с боевым опытом повышает вероятность обращения к профильному специалисту [25].
Дефицит кадров, имеющих квалификацию для работы с боевой психической травмой	Разработка узкоспециализированных программ высшего профессионального и дополнительного образования: - **Научный центр психического здоровья (Москва)**: разработана программа повышения квалификации «Кризисная психология: управление стрессом». В первый год набора, в 2025 году, обучение прошли 123 человека [27]; - РНИМУ им. Н.И. Пирогова: разработаны образовательные программы «Алгоритмы (экстренной) психологической помощи участникам боевых действий (гражданским и военным) при посттравматическом стрессовом расстройстве», «Психологическая модель психотерапии в работе с травматическими воспоминаниями» [30].
Транспортная труднодоступность	Внедрение телемедицинских консультаций решает проблему транспортной доступности помощи. Применительно к ветеранам боевых действий такой формат демонстрирует хорошие результаты. Эксперты рекомендуют специалистам в области психического здоровья отказаться от стереотипов восприятия дистантных форм помощи [18, с. 69].

Заключение

Структура программы реабилитации ветеранов боевых действий, реализуемой в Российской Федерации, соответствует биопсихосоциальной концепции, закрепленной в Международной классификации болезней и руководстве по психическим расстройствам, разработанном Американской психиатрической ассоциацией. Коррекция последствий боевого стресса осуществляется на трех взаимосвязанных уровнях – биологическом, психологическом, социальном.

Результаты современных исследований подчеркивают особую значимость взаимосвязи биологического и психологического уровней реабилитации военнослужащих с черепно-мозговой травмой – трудности дифференциальной диагностики пускового механизма когнитивных и поведенческих нарушений и выбора тактики ведения этих пациентов обуславливают высокий риск прогрессирования патологических процессов до полной утраты адаптационного потенциала.

Актуальный аспект социальной реабилитации – трудовая интеграция ветеранов боевых действий с инвалидностью и погашенной судимостью – в каждой из указанных категорий трудоустроена лишь половина.

Кардинальные изменения модели боевой обстановки бросают вызов специалистам в области психического здоровья: остро стоит вопрос организации первичной психологической помощи на передовую и обучения действующих военнослужащих техникам психологической само- и взаимопомощи. Для повышения эффективности терапии необходим пересмотр нозологических форм, критериев диагностики и принципов коррекции последствий боевого стресса.

Литература/References:

1. О внесении изменений в постановление Правительства Российской Федерации от 7 апреля 2008 г. № 240 [Электронный ресурс]: постановление

Правительства Российской Федерации от 27 января 2024 г. № 69. Доступ из справ.-правовой системы «Гарант».

2. О занятости населения в Российской Федерации [Электронный ресурс]: Федеральный закон от 12 декабря 2023 г. № 565-ФЗ. Доступ из справ.-правовой системы «Гарант».

3. О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2026 год и на плановый период 2027 и 2028 годов [Электронный ресурс]: постановление Правительства Российской Федерации от 29 декабря 2025 г. № 2188. Доступ из справ.-правовой системы «Гарант».

4. Об утверждении Правил предоставления и оплаты услуг по санаторно-курортному лечению и медицинской реабилитации лиц, указанных в части 11 статьи 7 Федерального закона «О бюджете Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации на 2026 год и на плановый период 2027 и 2028 годов», в реабилитационных центрах Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации [Электронный ресурс]: постановление Правительства Российской Федерации от 25 декабря 2025 г. № 2121. Доступ из справ.-правовой системы «Гарант».

5. Об утверждении Решения о порядке предоставления субсидии на государственную поддержку стимулирования найма отдельных категорий граждан [Электронный ресурс]: приказ Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации от 29 декабря 2024 г. № 2714. Доступ из справ.-правовой системы «Гарант».

6. Об утверждении Решения о порядке предоставления субсидии на государственную поддержку трудоустройства работников из другой местности или других территорий [Электронный ресурс]: приказ Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации от 29 декабря 2024 г. № 2713. Доступ из справ.-правовой системы «Гарант».

7. Об утверждении Стандарта оказания услуги по социально-психологической реабилитации и абилитации инвалидов, получивших травму, ранение, контузию, увечье в связи с боевыми действиями [Электронный ресурс]: приказ Минтруда России от 10 апреля 2025 г. № 196н. Доступ из справ. -правовой системы «Гарант».

8. Приказ Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации от 29 декабря 2024 г. № 2712 [Электронный ресурс]. Доступ из справ. -правовой системы «Гарант».

9. Бесплатное обучение по нацпроекту «Кадры» в 2026 году [Электронный ресурс] // Министерство труда и социальной защиты РФ: [сайт]. URL: https://mintrud.gov.ru (дата обращения: 06.10.2026)

10. Буньков Н.А., Шарапова Д.Д., Арышева П.Е. Посттравматическая эпилепсия: усовершенствованные модели, молекулярные механизмы, биомаркеры и новые терапевтические вмешательства [Электронный ресурс] // Вектор научной мысли. 2023. № 3 (3). С. 32–42.

11. В России около 11 тыс. участников СВО и их семей получили психологическую помощь [Электронный ресурс] // ТАСС: [сайт]. 2024. 21 апр. – URL: https://tass.ru (дата обращения: 04.10.2026)

12. Визило Т.Л., Попонникова Т.В., Семенов В.А., Федосеева И.Ф. Арт-терапия в комплексной помощи при синдроме травматической энцефалопатии [Электронный ресурс] // Арт-терапия зависимостей: диагностика и коррекция: сборник материалов Всероссийской научно-практической конференции с международным участием (Кемерово, 28 мая 2026 г.) / отв. ред. Г. В. Акименко. – Кемерово: КемГМУ, 2026. С. 92–106.

13. Верещагин А.А. Ресоциализация и социальная адаптация участников специальной военной операции [Электронный ресурс] // Государственный фонд поддержки участников специальной военной операции «Защитники Отечества»: [сайт]. [2025]. URL: https://rspp.ru (дата обращения: 08.10.2026).

14. Гаврилова А.М. Трудоустройство ветеранов специальной военной операции [доклад]. URL: https://fnpr.ru (дата обращения: 08.10.2026).

15. Гнездилов Г.В., Киселев В.В. К вопросу о совершенствовании организации профилактики ПТСР и психореабилитационных мероприятий в работе психолога с участниками СВО // Экстремальная психология и безопасность личности. 2025. Т. 2, № 1. С. 26–39.

16. Гнездилов Г.В., Шевченко Н.В. Современные методы психологической работы с посттравматическим стрессовым расстройством у военнослужащих // Экстремальная психология и безопасность личности. 2024. Т. 1, № 2. С. 50–60.

17. Государственный фонд «Защитники Отечества» [сайт]. URL: https://fzo.gov.ru/ (дата обращения: 04.10.2026)

18. Исцеление искусством: современная арт-терапия в медицине, образовании и социальной сфере: монография [Электронный ресурс] / Г. В. Акименко, С. А. Асанов, Е. В. Валиуллина [и др.]. Кемерово: КемГМУ, 2022. URL: https://e.lanbook.com (дата обращения: 04.10.2026). С. 69.

19. Казенная Е.В. Современные зарубежные исследования посттравматического стрессового расстройства и его лечения эффективными психотерапевтическими методами у взрослых [Электронный ресурс] // Современная зарубежная психология. 2020. Т. 9, № 4. С. 110–119.

20. Колесникова К.С. Мотивация к терапевтическому сотрудничеству у бойцов-участников СВО: клинико-психологические наблюдения и анализ факторов сопротивления / К.С. Колесникова, Л.П. Енькова // Российский военно-психологический журнал. 2026. № 3 (13). С. 52–58.

21. Копытин А.И. Методы арт-терапии в преодолении последствий травматического стресса. Москва: Когито-Центр, 2014. 201 с.

22. Копытин А.И. Юмор в рисунках ветеранов войн в ходе клинической системной арт-терапии [Электронный ресурс] / А. И. Копытин, А. А. Лебедев // Медицинская психология в России. 2014. Т. 3, № 26.

23. Лихтерман Л.Б. Учение о последствиях черепно-мозговой травмы // Нейрохирургия. 2015. № 1. С. 9–22.

24. Меркулова И.В. Особенности психических состояний ветеранов боевых действий в условиях вынужденного профессионального выбора // Социальные и гуманитарные науки на Дальнем Востоке. 2025. Т. 22. № 4. С. 148–154.

25. Народный фронт и факультет психологии МГУ запустили онлайн-курс по адаптации ветеранов СВО к мирной жизни // Народный фронт: [сайт]. 2026. 26 февр. URL: https://onf.ru (дата обращения: 04.10.2026)

26. Проект по переобучению цифровым специальностям ветеранов СВО «Профессия цифра» // Министерство труда и социальной защиты Рязанской области: [сайт]. URL: https://mintrudsoc.ryazan.gov.ru (дата обращения: 08.10.2026)

27. Программа повышения квалификации «Кризисная психология: управление стрессом» // Научный центр психического здоровья: [сайт]. 2025. 16 апр. URL: https://ncpz.ru (дата обращения: 04.10.2026).

28. Психологическую поддержку в фонде «Защитники Отечества» получил каждый четвертый ветеран СВО // ТАСС: [сайт]. 2026. 21 мая. URL: https://vrf.tass.ru (дата обращения: 05.10.2026).

29. Ромашкина, А. В. Факторы, определяющие качество жизни пациентов с последствиями боевой черепно-мозговой травмы / А. В. Ромашкина, В. В. Бурдаков, А. И. Сафронова [Электронный ресурс]// Вестник Оренбургского государственного университета. 2015. № 3 (178). С. 223–227. URL: https://cyberleninka.ru (дата обращения: 04.10.2026).

30. Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова: [сайт]. URL: https://rsmu.ru/ (дата обращения: 07.10.2026).

31. Селятова Т. И. Методы психологической реабилитации и психотерапевтические интервенции участников СВО / Т. И. Селятова, А. Ю.

Кучин [Электронный ресурс]// Молодой учёный. 2026. № 30 (633). С. 325–329. URL: https://moluch.ru (дата обращения: 07.10.2026).

32. Субботин А.В. Проблема многофакторности в генезисе когнитивных дисфункций у участников боевых действий / А.В. Субботин, Г.Н. Ведмедь, В.А. Семенов [и др.] // Клиническая медицина: инновационные технологии в практике здравоохранения: сб. материалов науч.-практ. конф., посвящ. 80-летию гор. клинич. больницы № 1 (30 сент. – 1 окт. 2010 г., г. Новокузнецк). В 2 т. Т. 1 / гл. ред. Д.Г. Данцигер. Красноярск, 2010. С. 152–156.

33. Цивилева А. Е. «Важно, чтобы ветераны военной операции видели перспективы в мирной жизни»: [интервью] / интервьюер – «Ведомости» // Ведомости. 2024. 18 июня. URL: https://www.vedomosti.ru (дата обращения: 06.10.2026).

34. Чудаков А.Ю. Психотравмирующий потенциал террористических атак с применением беспилотных систем: интегративный анализ психологического профиля террориста, предпосылки и клинические проявления ПТСР у жертв [Электронный ресурс] // Российский военно-психологический журнал. 2025. № 4 (10). С. 73–84. URL: https://www.elibrary.ru (дата обращения: 05.10.2026).

35. Strang C.E. Art therapy and neuroscience: evidence, limits, and myths [Electronic Resource] // Frontiers in Psychology. 2024. URL: https://www.frontiersin.org (accessed: 05.10.2026).

36. World Health Organization. Guidelines on reducing the risk of transmission of infections in health-care settings [Electronic resource]. URL: https://www.who.int (accessed: 08.10.2026).

ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ ПРАВОНАРУШЕНИЙ И БЕЗНАДЗОРНОСТИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ КАК НАПРАВЛЕНИЕ РАБОТЫ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ КУЗБАССА

Вострых Д. В., Лопатин А. А.
ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер имени профессора Н.П. Кокориной», Россия, г. Кемерово

Аннотация. В статье представлен детальный анализ ключевых аспектов превентивной деятельности с несовершеннолетними, направленной на формирование у них устойчивой приверженности к здоровому образу жизни и предотвращение развития наркологических расстройств. Особое внимание уделяется междисциплинарному взаимодействию как эффективному механизму интеграции различных профилактических стратегий и программ.

Ключевые слова: профилактика, здоровый образ жизни, наркологические расстройства, межведомственное взаимодействие.

PREVENTION OF NEGLECT AND JUVENILE DELINQUENCY WITHIN THE COMPETENCE OF THE DRUG TREATMENT SERVICE OF KUZBASS

Vostrykh D. V., Dementieva G. S., Lopatin A. A., Rubtsova O. S.
Kuzbass Clinical Narcological Dispensary named after Professor N.P. Kokorina, Russia, Kemerovo

Abstract. This article reflects the main directions of preventive work with minors in terms of forming their commitment to a healthy lifestyle and preventing the development of drug addiction disorders, including within the framework of interdepartmental interaction.

Keywords: prevention, healthy lifestyle, narcological disorders, interdepartmental interaction.

Актуальность

Подростковый возраст - период активного формирования личности, поиска себя, проверки границ. В это время риск вовлечения в употребление психоактивных веществ, безнадзорность и противоправное поведение особенно высоки. Наркологическая служба Кузбасса участвует в системе профилактики не только как лечебное звено, но и как важный субъект раннего выявления, сопровождения и реабилитации несовершеннолетних и их семей.

Наркологическая служба региона представлена головным областным наркологическим диспансером, его филиалами, наркологическими кабинетами и кабинетами медико-социальной помощи несовершеннолетним. Её задачи в системе профилактики:

- раннее выявление несовершеннолетних, употребляющих психоактивные вещества;
- проведение профилактических медицинских осмотров и социально-психологического тестирования;
- консультирование подростков и родителей;
- участие в межведомственных профилактических мероприятиях;
- лечение, медицинская реабилитация и сопровождение после неё;
- методическая помощь педагогам, психологам, социальным работникам.

Ежегодно первостепенными задачами наркологической службы Кузбасса является обеспечение населения региона необходимой специализированной помощью, а также эффективная реализация профилактических мер, направленных на развитие и укрепления осознанного отказа от употребления психоактивных веществ и ведения здорового образа жизни, особенно среди несовершеннолетних.

С целью информирования о негативных последствиях употребления наркотических средств и других психоактивных веществ, формирования здорового образа жизни среди населения Кемеровской области специалистами

подразделений наркологической службы региона организуется и проводится профилактическая работа в форме групповых и индивидуальных бесед, лекций, тренингов, просмотров видеофильмов, круглых столов и др. На постоянной основе проводятся разъяснительные беседы антинаркотической, антиалкогольной, антитабачной направленности с родителями учеников, обучающихся в образовательных организациях всех типов и видов, как в рамках родительских собраний, так и во время групповых бесед.

Ежегодно данная работа осуществляется также в рамках мероприятий раннего выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ среди обучающихся – специалистами наркологической службы на базе образовательных организаций региона проводятся информационно-коммуникационные кампании для обучающихся и их законных представителей с целью информирования их о целях и порядке проведения профилактических медицинских осмотров, а также о медицинских и правовых последствиях употребления наркотических средств и психоактивных веществ.

Также специалисты региональной наркологической службы ежегодно принимают участие в областных межведомственных профилактических акциях, таких как «Будущее без наркотиков», «Дети России», «Призывник», «Летний лагерь – территория здоровья» и др. Проводимая при этом профилактическая работа в рамках акций построена на принципах активного вовлечения участников в обсуждение заданных тем. Применение интерактивных способов работы (моделирование ситуаций, тренинги, дискуссии, диалоги с обратной связью и др.) способствует повышению заинтересованности в участии в этих мероприятиях, что значительно повышает эффективность профилактической работы.

В рамках антинаркотической акции «Будущее без наркотиков» сотрудниками наркологической службы Кузбасса проводятся профилактические мероприятия для учащихся образовательных организаций (групповые беседы, лекции, видео-лекции и кинолектории) о медицинских и социальных

последствиях употребления наркотических средств и преимуществах ведения здорового образа жизни. Психологами организуются и проводятся тренинги, направленные на обучение подростков умению противостоять давлению окружающих, побуждающих к приему психоактивных веществ, навыкам эффективного взаимоотношения с окружающими и выхода из конфликтных ситуаций. Специалисты наркологической службы также принимают участие в совещаниях с педагогами образовательных организаций по вопросам профилактики употребления психоактивных веществ, в ходе которых были рассматриваются вопросы о современных подходах организации и проведения профилактической работы с несовершеннолетними и молодежью, алгоритмы действий при обнаружении несовершеннолетних в состоянии наркотического опьянения.

Также в образовательных организациях распространяются информационные материалы (буклеты, листовки), информирующие о факторах риска развития наркологических расстройств и о здоровом образе жизни.

В рамках межведомственной комплексной оперативно-профилактической операции «Дети России» в образовательных организациях Кемеровской области специалистами региональной наркологической службы проводятся лекции и практические занятия для работников образовательных организаций по профилактике незаконного потребления наркотических средств, а также групповые и индивидуальные беседы с несовершеннолетними и их законными представителями о последствиях употребления наркотических средств и психотропных веществ, преимуществах ведения здорового образа жизни, об альтернативных видах деятельности, ответственном отношении к своему здоровью и здоровью окружающих. Несовершеннолетние и их родители не только получают информацию, но и активно участвуют в обсуждении, свободно задавая вопросы.

Ежегодно в апреле - июне и октябре - декабре в Кемеровской области проводится Всероссийская антинаркотическая профилактическая акция

«Призывник». Цель таких мероприятий и акции в целом – профилактика наркомании и наркопреступности среди допризывной молодежи, пропаганда здорового образа жизни, формирование личных убеждений молодежи против употребления психоактивных веществ.

В образовательных организациях среднего профессионального образования специалисты наркологической службы принимают участие в проведении «классных часов» для молодых людей допризывного и призывного возраста с освещением вопросов медицинских, социальных и правовых последствий употребления психоактивных веществ.

Лекции и групповые беседы профилактической направленности для призывников, готовящихся к прохождению военной службы, проводятся на призывном пункте Военного комиссариата Кемеровской области. Аналогичные мероприятия проходят в войсковых частях Управления федеральной службы войск национальной гвардии Российской Федерации по Кемеровской области - Кузбассу, а также в Кемеровском президентском кадетском училище.

Ежегодно отмечаемый в мае Всемирный день без табака призван привлечь внимание людей, прежде всего подростков и молодежи, к проблемам никотиновой зависимости, высокой смертности от курения, помочь им избавиться от вредной привычки и начать вести здоровый образ жизни. Специалисты региональной наркологической службы принимают активное участие в проведении уроков здоровья в образовательных организациях.

В июне специалисты наркологической службы Кемеровской области ежегодно принимают активное участие в организации и проведении профилактических мероприятий, приуроченных к Международному дню борьбы с наркоманией. Для несовершеннолетних образовательных организаций, организаций профессионального образования, в библиотеках, летних оздоровительных пришкольных лагерях проводятся групповые беседы, лекции и кинолектории о медицинских и социальных последствиях употребления

наркотических средств, преимуществах ведения здорового образа жизни. Мероприятия проводятся совместно с сотрудниками Министерства образования Кузбасса, Министерства физической культуры и спорта Кузбасса, УНК ГУ МВД России по Кемеровской области - Кузбассу и Управления Федеральной службы войск национальной гвардии Российской Федерации по Кемеровской области - Кузбассу и других заинтересованных ведомств.

В период акции «Летний лагерь – территория здоровья» с июня по август специалистами региональной наркологической службы совместно с учреждениями основного и дополнительного образования проводятся профилактические мероприятия для несовершеннолетних в образовательных организациях, пришкольных лагерях, домах культуры и социально-реабилитационных центрах (тренинги, групповые беседы, викторины, конкурсы, видеолекции и пр.). Медицинскими психологами проводятся тренинги, викторины, конкурсы рисунков, ролевые игры, имеющие своей целью формирование у подростков навыков конструктивного общения, сознательного отношения к своему здоровью. Педагоги и воспитатели образовательных организаций обучаются вопросам ранней диагностики употребления подростками психоактивных веществ и тактике антинаркотического поведения.

В сентябре в рамках мероприятий, приуроченных к Всероссийскому дню трезвости, на территории Кемеровской области для населения региона ежегодно проводится комплекс профилактических мероприятий, включающий лекции, групповые и индивидуальные беседы с различными целевыми группами, демонстрации тематических видеороликов с обсуждением, круглые столы, тренинги, конкурсы и викторины. Специалистами наркологической службы региона организуются и проводятся мероприятия в образовательных организациях, трудовых коллективах, а также местах общего пользования в виде массовых информационно-просветительских акций.

В городе Кемерово специалистами наркологической службы при поддержке Управления культуры, спорта и молодежной политики

администрации города Кемерово традиционно организуется и проводится фестиваль «Радость жить трезво». Данное массовое мероприятие позволяет привлечь внимание общественности к проблемам злоупотребления алкоголем и популяризации здорового образа жизни.

В рамках фестиваля ежегодно работают сразу несколько интерактивных площадок, где жители областного центра участвуют в различных творческих и спортивных мероприятиях, мастер-классах (по оказанию доврачебной и первой медицинской помощи, пожарно-прикладному спорту и др.), организованными организациями-партнерами. Особой популярностью у детей пользуется площадка мобильного скалодрома. Тренерский состав организаций-партнеров спортивной направленности оказывает консультативную помощь по спортивным занятиям для детей и молодежи, а спортсмены показывают упражнения в рамках тренировочного процесса.

Также в рамках фестиваля выступают творческие коллективы города с мини-театрализованными представлениями. Помимо этого, организуются различные выставки и демонстрации тактических упражнений, патрульного авто- и мототранспорта, ретро автомобилей. Наибольшее внимание молодых людей и подростков привлекают исторические реконструкции времен «Завоевания Сибири» и демонстрация оружия периода Великой Отечественной войны.

Отдельно следует отметить, что более 12 лет в Кузбассе в профилактике наркозависимости используются ресурсы театра-студии «Фламинго», действующего на базе отделения медицинской реабилитации наркологического диспансера города Кемерово. Коллектив театра ежегодно представляет антинаркотические спектакли на площадках Кузбасса. Деятельность театра высоко оценивается специалистами-превентологами в качестве эффективного профилактического инструмента в снижении уровня распространения в Кузбассе наркологических расстройств.

В перспективе работы театра-студии «Фламинго» – постановки новых спектаклей, гастроли по городам области и других регионов России, активное участие в организации и проведении региональных антинаркотических мероприятий.

Важную роль в организации профилактической работы играют средства массовой информации региона. В целях повышения уровня осведомленности населения Кемеровской области - Кузбасса, в том числе несовершеннолетних, о негативных последствиях злоупотребления алкоголем и употребления других психоактивных веществ специалисты региональной наркологической службы принимают участие в радиопередачах, готовят выступления на телевидении, а также используют возможности сети «Интернет» – информация о пагубном влиянии алкоголя и наркотических средств размещается на официальных сайтах государственных медицинских организаций региона и в официальных аккаунтах социальных сетей.

Таким образом, ежегодно медицинские специалисты региональной наркологической службы, в рамках своих профессиональных компетенций и при активном участии представителей различных заинтересованных ведомств и организаций, осуществляют комплексные мероприятия, направленные на предотвращение безнадзорности и правонарушений среди несовершеннолетних и молодежи, а также на профилактику развития наркологических расстройств. В рамках этих мероприятий особое внимание уделяется формированию у данной целевой аудитории приверженности к ведению здорового образа жизни и укреплению их психического здоровья.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ГЕСТАЦИОННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ: ОБЗОР СОВРЕМЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Галина К. Э., Ахмадеева Е. В.
Высшая школа философии, психологии и социологии
Кафедра психологического сопровождения и клинической психологии
ФГБОУ ВО «Уфимский университет науки и технологий»
Россия, г. Уфа

Аннотация. В статье систематизируются современные российские и зарубежные исследования по изучению психологических особенностей беременных женщин с гестационным сахарным диабетом. В анализ вошли 27 научных публикаций из различных баз данных, структурированные по блокам: эмоциональное состояние, копинг-стратегии, отношение к себе, к ребенку и беременности, а также качество жизни. Отмечено, что ГСД связан с повышенной тревогой, депрессией и страхом, причем связь двусторонняя: диагноз может усиливать психоэмоциональные нарушения, в свою очередь тревожное состояние выступает предиктором ГСД. Получены данные подтверждают необходимость психологического сопровождения беременных с ГСД на всех этапах развития плода и после родов.

Ключевые слова: беременность, гестационный сахарный диабет, психологические особенности, тревога, депрессия.

PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF PREGNANT WOMEN WITH GESTATIONAL DIABETES: A REVIEW OF MODERN RESEARCH

Galina K. E., Akhmadeeva E. V.
Higher School of Philosophy, Psychology and Sociology
Department of Psychological Support and Clinical Psychology
Ufa University of Science and Technology, Ufa, Russia

Abstract. The article systematizes modern Russian and foreign studies on the psychological characteristics of pregnant women with gestational diabetes. The analysis includes 27 scientific publications from various databases, structured into

blocks: emotional state, coping-strategy, attitude towards oneself, towards the child and towards pregnancy, as well as quality of life. It's noted that GDM is associated with increased anxiety, depression and fear, and the relationship is bidirectional: the diagnosis can exacerbate psycho-emotional disorders, and in turn, an anxious state acts as a predictor of GDM. The data obtained confirm the need for psychological support for pregnant women with GDM at all stages of fetal development and after childbirth.

Keywords: pregnancy, gestational diabetes mellitus, psychological characteristics, anxiety, depression.

Введение

Гестационный сахарный диабет (ГСД), эндокринное заболевание, образующееся вследствие изменений в системе углеводного обмена в период гестации. Характеризуется гипергликемией, повышенным уровнем глюкозы в крови. Когда показатель достигает 5,1 ммоль/л или превышает данное значение [11, с. 341]

С каждым годом процентная доля будущих мам с ГСД возрастает. По данным мировых исследований, около 10% от общего количества беременных, подвергаются ГСД. Отмечено, что распространенность женщин с ГСД растет параллельно с числа людей с ожирением [19, с. 10]. В отчете, Международной Федерацией Диабета фиксируется, что около 21,1 миллиона беременных были подвержены какой-либо формой гипергликемии. Большая часть из них (80,3 %) была распределена в группу с ГСД [8, с. 21]. В России же распространенность ГСД варьируется от 15% до 20% в зависимости от региона [9, с. 72; 1, с. 41]. Данные собранные в 2019 году показатели распространенность гипергликемии у беременных, так процентная доля составила 15%, из которых большая часть 83% принадлежала женщинам с ГСД [11, с. 340].

Обычно диагноз рассматривают с медицинской точки зрения, в рамках акушерства, гинекологии и эндокринологии, однако в последнее время исследователи анализируют его через призму психосоматических и клинико-

психологических факторов. Анализ обеспечивается за счет совместной работы врачей и перинатальных психологов в женских консультациях, перинатальных центрах и родильных домах. [8, с. 22; 26, с. 4].

Физиологические и клинические риски, связанные с ГСД, глубоко изучены и обширно описаны в литературе с эмпирическим подтверждением. В них раскрываются осложнения, с которыми может столкнуться женщина, как во время вынашивания плода, так и после родов. В контексте нашего обзора, они рассматриваются как дополнительное звено для лучшего понимания механизмов психологической адаптации женщин.

Беременные, имеющие в своих медицинских картах ГСД, подвержены риску преэклампсии (повышение артериального давления и протеинурии), макросомии, преждевременных родов или оперативного родоразрешения (кесарево сечение), которые дополнительно сопровождаются осложнениями в период родов: дистоция плечиков, слабость родовой деятельности [10, с. 156; 11, с 342]. С прогрессированием данного диагноза и игнорированием предписаний врачей, увеличивается риск завершения беременности мертворождением [11, с. 342]. Метаанализ, осуществленный Wenrui Ye вместе с командой, включал показатели 156 исследований, подтверждающих данные, описанные выше. Так, у беременных с ГСД повышается риск макросомии, кесарева сечения и преэклампсии [26, с. 4].

Результаты, полученные в ходе 10-летнего ретроспективного исследования, выполненного в женских консультациях г. Иваново, установили, что имеется рост частоты встречаемости акушерских и перинатальных осложнений у женщин с ГСД. С появление которых создается дополнительный фон психоэмоционального напряжения, требующий психологической помощи [2, с. 374; 3 с. 1415-1416].

Весь процесс диагностики и лечения происходит поэтапно, а раскрытие каждого из них, помогает понять в какой период на женщину накладывается наибольшая часть ответственности. На первом этапе, беременная сталкивается с

высоким уровнем глюкозы в крови, после полученных результатов ее перенаправляют к эндокринологу. Второй этап же специализируется на контрольном измерение, вследствие которого устанавливают диагноз. После получения диагноза, становится необходимым контролировать уровень сахара в крови, соблюдать предписания, придерживаться определенной диеты, и регулярно мониторить свое состояние. Важно отметить, что весь процесс происходят при переходе с 1 на 2 триместр, когда и внешние изменения обретают видимый характер.

Совокупность данных норм, образовывает новые стрессогенные факторы. Поэтому после постановки диагноза, беременные подвержены давлению со стороны, самоистязанию, в попытках сделать больше, чем позволяют возможности. Начинается поток несистематизированных действий по смене образа жизни. В критических ситуациях, когда диетотерапия неэффективна, беременную переводят на инсулинотерапию, которая становится еще одним источником стресса. Он проявляется в регулярных инъекциях, страхе перед новыми медикаментами и условиями, а также разочаровании в собственных усилиях [8, с. 21; 7, с. 32; 15, с. 386].

Психологическая сторона данной группы долгое время не получила огласки. Однако в последние годы, образуется тенденция в исследованиях все чаще акцентируют внимание не только на физиологических изменениях, но и на психологических: эмоциональном фоне, реакция на качество жизни, отношение будущей матери к своему ребенку, к себе. Происходит перестройка на психологическое сопровождение для снижения послеродовой депрессии, тревожности и самоистязания, для плавного перехода к материнству с учетом всех ограничений для лучшего внутриутробного развития плода.

Зарубежные специалисты проводят лонгитюдные и масштабные метаанализы, раскрывая ГСД с точки зрения психосоциального подхода [20, с. 3; 22, с. 110]. Они указывают, что длительное нахождение в данной группе диагноза, вызывает материнский дистресс, увеличивая риск развития

послеродового диабета 2 типа, а также ССЗ (сердечно-сосудистых заболеваний) [19, с. 13; 8, с. 21].

Совокупность стресса от физиологических изменений и психологического давления, обусловленного осознанием рисков, приводит к формированию отличительных эмоциональных и личностных реакций.

Цель настоящего обзора в систематизации современных российских и зарубежных исследований в области психологических особенностей женщин с гестационным сахарным диабетом. В ходе анализа для лучшего понимания и структурирования психологические особенности были разделены на блоки: эмоциональное состояние (стресс, депрессия, тревога), отношение к себе, отношение к беременности, отношение к ребенку (в рамках формирования доминанты беременности), особенности становления детско-родительского контакта, качество жизни, барьеры приверженности лечению и копинг-стратегии.

Объекты и методы

Раскрытие психологических особенностей беременных с гестационным сахарным диабетом требовало тщательного анализа 27 научных работ, опубликованных с 2003 по 2026 год. Поиск проводился в российских и международных базах данных PubMed, Scopus, РИНЦ, Cyberleninka, eLibrary.

Результаты и их обсуждение

В метаанализе проведенном за рубежом, собрана обширная база исследований. Они акцентируют свое внимание на психологическом здоровье беременной и эмоциональном фоне на протяжении всего периода гестации. Обнаружилась двусторонняя связь, при которой не только гестационный сахарный диабет повышает риск развития тревоги и депрессии, но и наоборот. Данные состояния могут стать предикторами развития диабета через гиперактивность гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы, которая, в свою очередь приводит к выделению кортизола и инсулинорезистентности [23, с. 2].

В смежном зарубежном метаанализе были проанализированы десять исследований. Их выборка охватывает более 70000 женщин. В нем раскрывается повышенный риск антенатальной депрессии у беременных с ГСД, по сравнению с женщинами без ГСД. Было проведено сравнение несколько групп лиц с ГСД и сахарным диабетом до беременности. Их результаты показали, что нет значимой связи с антенатальной депрессией у лиц с изначальным сахарным диабетом. Это свидетельствует о том, что ГСД весьма сильно воздействует на психику женщины и является одновременно ситуативной проблемой в физиологическом плане, но эмоционально привязанной к дальней перспективе [20, с. 5].

Российские исследователи Батрак Н. В. и соавторы обратили внимание на период выявления ГСД. Суть в том, что он существенно воздействует на эмоциональное состояние беременной. Экспериментаторы разделили группу женщин на две категории: первая – девушки с ранним ГСД до 24 недели, вторая – с поздним, после 24 недели. В их результатах раскрылись значимые различия, так в первой группе, с ранним выявлением ГСД демонстрируются более низкие показатели по шкалам самочувствия (первая группа и вторая группа), (5,1 и 6,0 баллов; $p<0,001$) и настроения (5,5 и 6,1 баллов; $p<0,001$), а также более выраженные шкалы субклинической тревоги (4,0 и 2,44 $p = 0,02$) и депрессии (2,75 и 0; $p = 0,04$). Выходит, что при столкновение с диагнозом на раннем сроке, эмоциональный отклик имеет выраженную негативную тенденцию, нежели на более поздних сроках гестации [5, с. 10]. В других работах данной команды, были продемонстрированы низкие показатели общего состояния здоровья (опросник SF-36, краткий опросник оценки качества жизни) и высокие результаты по тревожности (опросника HADS, госпитальная шкала тревоги и депрессии) [6, с. 56; 4, с. 36].

В лонгитюдном исследовании российских авторов, измеряющих не только период гестации, а также послеродовой этап, наблюдалась следующая картина. Выборка состояла из 445 женщин в положении, а также после рождения ребенка. Так в период беременности женщины с ГСД испытывали тревогу и связывали ее

со здоровьем малыша, беспокоились о строгом контроле в приеме пищи и своевременный контроль глюкозы в крови. У них также возрастает риск послеродовой депрессии на 43%, в сравнение с беременными без данного диагноза [8, с. 21]. Другая динамика выстраивалась после родов, у женщин с ранее поставленным ГСД показатели оставались более повышенными по шкалам тревожности и депрессивности ASEBA (система эмпирически обоснованной оценки Ахенбаха, Шкала адаптивного функционирования для взрослых), тогда как у женщин без диагноза показатели снижались. По шкале DSM (Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам), ассоциированные антисоциальные расстройства, наблюдался рост у матерей с ГСД, у групп без диагноза, сохранилась выявленная ранее закономерность, снижение. Сравнение двух групп до и после родов, наглядно показывает траекторию изменения психоэмоционального состояния женщины. У женщин с ГСД демонстрируется отрицательная динамика после родов, что говорит о своевременном вмешательстве психолога, еще на этапе развития плода [8, с. 25].

В одном зарубежном исследовании 2026 года был подтвержден факт повышенной дородовой тревоги лиц с ГСД (OR = 1,69; $p < 0,01$). Обнаружено, что в азиатских странах связь между тревогой и ГСД, гораздо сильнее, чем в странах Европы, Северной Америки и Австралии. Распространенность тревожности среди женщин с ГСД варьируется от 12% до 61% [21, с. 4].

Отдельное внимание психологической составляющей, стоит уделить женщинам из этнических меньшинств. В метаанализе Delanerolle G. и соавторов, было продемонстрировано, что беременные из BAME (Black, Asian and Minority Ethnic) склонны к повышенному риску тревоги, депрессии, связь является двусторонней [16 с. 5] В исследовании Tan J. с командой статистика депрессии у женщин с ГСД равна 34,6% против 17,4% в контрольной группе (p 0,05) [25, с. 3-4]. Изучение полученных данных, показывает важность учета этнические и

культурные особенностей. Они помогут выстроить более доверительные процесс психологической помощи.

Рассмотрев выше представленные исследования, можно сделать выводы. ГСД у беременных женщин связан с повышенным риском тревоги и депрессии, а также имеет двухстороннюю связь. Диагностика на ранних этапах увеличивает негативную эмоциональную реакцию будущей матери, их результаты по шкалам тревожности выше, чем у поздно узнавших. При этом, негативные эмоциональные связи, в контексте тревожности, депрессии и страха за ребенка сохраняются, и не имеют свойства снижаться. Поэтому требуется психологическая помощь, вмешательство, еще в период развития плода и нахождения в женской консультации.

Копинг-стратегии и барьеры приверженности лечению

Эмоциональное состояние является элементом психологической структуры беременной женщины, как и ее умение справляться с накопившимся стрессом и тревогой. Поэтому вторым важнейшим элементом психологической структуры является копинг-стратегия, в том числе барьеры, мешающие соблюдать требования врачей. Именно два этих фактора, совладание со стрессом и приверженность к лечению, определяют дальнейший путь женщины, насколько эффективно она сможет справиться со своим состоянием, выстроить определенные границы по соблюдению предписания для внутриутробного развития плода.

Важно уметь разграничивать данные элементы. Копинг-стратегии являются активными усилиями, которые прикладывает личность для совладания со стрессом. Психологический барьер представляет собой, состояние или препятствие, которое мешает человеку осуществить желаемое или следовать определенным действиям. Каждый из них связан со страхом, тревогой, чувством вины и низкой самооценкой [13, с. 92]. Одни объясняют, что женщина делает для поддержания своего психического состояния, другие помогают определить, что мешает ей следовать рекомендациям. В процессе работы перинатальный

психолог сталкивается с приверженностью к лечению, которое образуется как раз на стыке двух данных понятий.

Исследование, проведенное на юго-востоке Турции собрало 126 анкет у женщин с ГСД. Они использовали турецкую адаптированную шкалу Scale of Coping with Stress, опирающуюся на модель Folkman и Lazarus, для оценки стилей преодоления стресса. Выделив факторы, способствующие результативному преодолению стресса к ним, отнесли, первую и запланированную беременность, высокий уровень образования и набор массы тела [24, с. 10].

К эффективным преодолениям относят стили: уверенный, оптимистичный и обращение за поддержкой. Уверенный стиль характеризуется активным решением проблем, поиском информации, контролем и поддержания жизнедеятельности плода. Он свойственен женщинам с запланированной беременностью, они склонны к лучшей адаптации, меньшей тревожности, однако отрицательно связан с набором веса, чем больше вес, тем меньше уверенность. Оптимистичный стиль относится к позитивному восприятию, вере в лучший исход и фокусу на возможностях, а не на проблемах. Данный тип характерен для женщин со средним образованием и способствует улучшению контроля сахара [24, с. 11].

К неэффективным относят покорный и отчаянный стили. Первый встречается чаще во второй и последующих беременностях, и связан с низким экономическим статусом. Беременные пассивно принимают ситуацию, и не хотят ничего делать, в таком случае стресс будет повышенным и будет оказывать влияние на дальнейшую жизнедеятельность. Второй стиль чаще у безработных женщин, у них наблюдается высокий показатель по шкале «отчаяния», что непосредвенно связано с неэфффективным совладанием со стрессом [24, с. 13].

Канадские исследователи (Hui A. L. и соавторы) описали, как беременные справляются с ограничениями на приемы пищи, а также соблюдение диеты, в зависимости от их состояния здоровья. Одни ограничивали потребление

углеводов, другие избегали совместные приемы пищи или имели однообразный рацион. На данном фоне образовались психологические барьеры, такие как конфликт личных пищевых предпочтений, социальное осуждение за контроль порций. Нехватка знаний вызывала тревогу, вместе с ограниченным временем на адаптацию. На этом фоне развивалось чувство социальной изоляции, женщины чаще испытывали страх осуждения, тревогу за состояние плода и свои личные потребности [17, с. 296].

В работе российских исследователей, фокус тоже был направлен на нарушение пищевого поведения. Его рассматривали как фактор риска развития ГСД. Образуется закономерность ожирения и сопутствующие с ним нарушения пищевого поведения, становясь психологическим барьером для беременной. Данный барьер сопровождается эмоциональным дискомфортом, который на фоне стресса повышает риск развития ГСД [10, с. 157].

Отметим, что копинг-стратегии помогают справиться со стрессовыми ситуациями, а барьеры становятся препятствиями, блокируя эти усилия. Поэтому их сочетание детерминирует приверженность лечению.

Отношение к беременности, материнству и ребенку

Как можно заметить выше, эмоциональное состояние и копинг-стратегии при ГСД, изучены достаточно глубоко, а вот отношение к беременности и ребенку требует должного анализа. По этой причине в данном направлении важно разграничивать отношение к беременности (ПКГД - психологический компонент гестационной доминанты), пренатальную привязанность (MAAS - Шкала пренатальной привязанности), и постнатальное материнское отношение (MPAS - Шкала постнатальной привязанности, ТОМ -Тест отношений матери).

Наши исследователи во главе со Старцевой Н. М., провели работу на 211 беременных. Они выявили, что только 22,6% женщин с ГСД имеют оптимальный тип ПКГД. Полученные результаты по встречаемости оптимального типа ПКГД обоснованы ростом паритета и индекса массы тела [12 с. 23]. В результате, если показатели ИМТ (индекс массы тела) превышали 40 кг/м², то

распространенность оптимального типа снижалась в 3,3 раза, в сравнение с женщинами, имеющими нормальную массу тела. [12, с. 24].

В смежных работах Блох Р. А., Блох М. Е., Мухамедрахимова Р. Ж., была выявлена закономерность, что отношение к беременности, ребенку и материнству у женщин с гестационным сахарным диабетом более отрицательное, тогда как у категории без ГСД связь в большей степени положительна. Так, в период беременности общий показатель материнского отношений был незначительно выше у группы с ГСД, однако в постнатальный период снизились. Это можно проследить по нескольким шкалам, так «оптимальное отношение матери к ребенку» уменьшилось, а «тревожное отношение к ребенку» резко возросло [8, с. 24].

В последующем данная команда исследователей, продолжала работу над вопросом отношения к ребенку, к беременности и материнству. Они решили рассмотреть через пренатальное отношение матери к ребенку (MAAS) и авторского опросника восприятие отношения к шевелению плода. У женщин с ГСД наблюдается повышенный поведенческий компонент пренатальной привязанности (25,16>23,75; p = 0,039) и преобладали телесно-аффективные формы взаимодействия с плодом (прикосновение, процесс шевеления, пинки). А у нормотипичных женщин преобладали когнитивные компоненты, такие как размышление о ребенке, представление и выстраивание мысленных связей. Авторы объясняют это, через компенсаторный способ, будущей матери наладить контакт с пренейтом. В стрессовых условиях, усиление телесного контакта, сохраняет чувство связи с ребенком для умиротворения. Поэтому их показатели по шкалам в сравнение с нормотипичными женщинами выше и они чаще воспринимали шевеление как активные (2,56>1,85; p = 0,021), реже оценивали его состояние как нейтральное (2,67<3,46) [9, с. 75].

Зарубежные работы, дополняют описанную картину, сформировавшуюся выше. В кросс-секционном исследовании, при участии 149 беременных, было выявлено, что высокие показатели по шкалам тревоги и депрессии связаны с

худшей материнско-младенческой привязанностью. Если сравнивать с высоким уровнем социальной поддержки, то получается, наоборот, показатели улучшают встроенную связь [14, с. 5]. Авторы также рассмотрели с точки зрения применения препаратов. Контроль ГСД через метформин и инсулин (третья линия терапии-крайняя) соотносили с образованием отрицательной связи привязанности в постнатальный период.

Получается, что у беременных с ГСД изменяется не только эмоциональный фон, но и отношение к беременности и ребенку. Телесно ориентированный способ помогает наладить контакт и становится ведущим как компенсаторный механизм. Избыточная масса тела, также улучшает контакт.

Качество жизни

Качество жизни можно рассматривать как интегральный показатель, отражающий оценку психологической, физической и социальной стороны жизни беременной. В одном зарубежном матанализе, уклон делался на исследование качества жизни, поэтому были проанализированы 18 работ (234912 опрошенных). В них было показано, что у женщин с ГСД качество жизни ниже, в сравнении со здоровыми беременными, и чаще всего страдают психологические и социальные сферы [18, с. 5] В первом случае, накопившийся стресс, тревога проявляются в депрессивном состоянии и негативно влияют на остальные сферы. Во втором случае социальная поддержка, позитивное восприятие и принятие диагноза демонстрируют положительный эффект. Сексуальная дисфункция выявилась у 56,5% женщин с ГСД [18, с. 4-5].

Еще в одном метаанаизе, основанном на 15 работах, было подтверждено, что при ГСД снижается качество жизни в психологической сфере. По данным, полученным из опросника SF-36, выраженные различия были по шкалам «психический компонент» и «общее здоровье» [22, с. 109-114].

Российские исследователи наравне с зарубежными, внесли вклад в данной сфере. Алексашина А. О. вместе с коллегами опросили 533 женщины с ГСД. В ходе опроса, они выяснили, что у беременных страдает физический компонент

качества жизни, с развитием плода [1, с. 41]. Еще одно исследование подтвердило, что у беременных с ГСД хуже показатели настроения, самочувствия, качества жизни и выше тревога по сравнению с женщинами без ГСД [10, с. 157].

Кроме факторов риска, также существуют ресурсы, которые смягчают негативные эффекты ГСД. Это социальная поддержка, самоэффективность и принятие болезни [18, с. 5]. В ряде исследований показано, что медикаментозное вмешательство, самообразование, консультирование, КПТ (когнитивно-поведенческая терапия) эффективно снижают уровень тревоги и стресса, а также помогают адаптироваться [27, с. 188]. Данные результаты подтверждают о комплексном психологическом сопровождение беременной женщины с ГСД, на всех этапах развития ребенка, как в процессе, так и после родов [8, с. 27].

Заключение

Проведенный обзор с анализом данных, как зарубежный, так и российских современных исследований, показал, что ГСД, образующийся в период беременности, связан с повышенным риском тревоги, стресса, депрессии и связь является двусторонней. Диагностика на ранних сроках беременности, приводит к большей негативной реакции нежели поздняя постановка диагноза. Происходит сохранение негативного эмоционального отклика, даже после рождения ребенка, в каких-то случаях даже возрастают показатели.

Эффективные копинг-стратегии связаны с лучшей адаптацией, поддержанием диетотерапии и контролем гликемии, в свою очередь психологические барьеры, снижают приверженность лечению.

У будущих матерей с ГСД чаще наблюдается неоптимальный тип отношения к беременности. Преобладает телесно-аффективные формы контакта с плодом, как компенсаторный механизм. В постнатальный период можно заметить резкий рост тревожного отношения к ребенку, как показывалось выше возрастают показатели тревожности и депрессии. На этом фоне снижается качество жизни, особенно психологические и социальные сферах.

Подводя итоги, ГСД относится не только к медицинской проблеме, но и охватывает психологическую. Продемонстрированные выше исследования указывают на необходимость тщательного наблюдения, сопровождения и необходимость программ психологической поддержки для беременных с гестационным сахарным диабетом.

Литература/References:

1. Алексашина А. О., Русских С. В., Васильева Т. П., Колодина И. А., Путилина Е. А. Социально гигиенические исследования факторов риска, влияющих на снижение качества жизни беременных с гестационным сахарным диабетом: к вопросу о разработке стратегии противодействия рискам снижения качества общественного здоровья // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. 2025. № 1. С. 37-43. DOI 10.69541/NRIPH.2025.01.006.

2. Батрак Н. В., Иванова И. В. Анализ течения беременности, родов и состояния новорожденных у женщин с гестационным сахарным диабетом в г. Иваново с 2014 по 2022 г. // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2025. Т. 33, № 3. С. 373-377. DOI 10.32687/0869-866X-2025-33-3-373-377.

3. Батрак Н. В., Иванова И. В. Особенности течения беременности и перинатальные исходы у женщин с гестационным сахарным диабетом (результаты 10-летнего исследования) // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2025. Т. 33, № 6. С. 1414-1419. – DOI 10.32687/0869-866X-2025-33-6-1414-1419.

4. Батрак, Н. В., Малышкина А. И., Ткаченко А. С. Качество жизни у беременных женщин с ранним и поздним гестационным сахарным диабетом / Н. В. Батрак, А. И. Малышкина, А. С. Ткаченко // Тверской медицинский журнал. 2023. № 5. С. 35-37.

5. Батрак, Н. В., Ткаченко А. С. Оценка психологических параметров у женщин с гестационным сахарным диабетом // Неделя науки - 2023: Материалы

Международного молодёжного форума, Ставрополь, 14–17 ноября 2023 года. – Ставрополь: Ставропольский государственный медицинский университет, 2023. С. 10-11. EDN NZDTSW.

6. Батрак Н. В., Батрак Г. А., Иванова И. В., Емельянова Д. П., Перова А. Н. Гестационный сахарный диабет в ранние сроки беременности: риск развития, течение и исходы // Лечебное дело. 2024. № 4. С. 54-59. DOI 10.24412/2071-5315-2024-13206.

7. Блох, Р. А. Психологические аспекты гестационного сахарного диабета: влияние на беременность, роды и раннее материнство / Р. А. Блох // Медицинская (клиническая) психология: исторические традиции и современная практика : сборник тезисов VIII Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, Ярославль, 06–07 декабря 2024 года. Ярославль: Общество с ограниченной ответственностью «Аверс Плюс», 2025. С. 31-35.

8. Блох Р.А., Блох М.Е., Мухамедрахимов Р.Ж. (2026). Психологические и клинические особенности беременности, родов и послеродового периода у женщин с гестационным сахарным диабетом. // Национальный психологический журнал. 2026. Т. 21, №1, С. 19-29. DOI: https://doi.org/10.11621/npj.2026.0102/

9. Блох, Р.А., Блох, М.Е., Мухамедрахимов, Р.Ж. (2026). Эмоциональное состояние, отношение к ребенку и взаимодействие с ним во время беременности у женщин с гестационным сахарным диабетом. // Вестник Санкт-Петербургского университета. Психология, 2026. Т. 16. №1, С. 71–79.

10. Малышкина А.И., Батрак Н.В., Афонина В.А. Оценка пищевого поведения, психоэмоционального состояния, качества жизни и факторов риска развития гестационного сахарного диабета у женщин с угрожающим поздним выкидышем. Российский вестник акушера-гинеколога. 2023;23(6-2):155-161.

11. Радзинский В. Е., Князев С. А., Костин И. Н.[и др.].Предиктивное акушерство / Москва : Общество с ограниченной ответственностью «Медиабюро Статус презенс», 2021. 520 с.

12. Старцева Н.М., Банникова С.А., Руднева О.Д., Муковникова Е.В. Психологический компонент доминанты беременности пациенток с гестационным сахарным диабетом // Акушерство и гинекология: новости, мнения, обучение. 2022. Т. 10, № 3. С. 21-25. DOI: https://doi.org/10.33029/2303-9698-2022-10-3-21-25

13. Ульянова А. А. Понятие психологического барьера и его виды // Academy. 2018. №1 (28). С. 92-95.

14. Baykoca J., Barry E., Benton M. Factors affecting mother-infant bonding in women with gestational diabetes mellitus: a cross-sectional study // Reproductive, Female and Child Health. 2024. Vol. 3, No. 4. Article e70006. DOI: 10.1002/rfc2.70006.

15. Daniells S., Grenyer B. F. S., Davis W. S., Coleman K. J., Burgess J. P., Moses R. G. Gestational diabetes mellitus: is a diagnosis associated with an increase in maternal anxiety and stress in the short and intermediate term? // Diabetes Care. 2003. Vol. 26, No. 2. P. 385–389. DOI: 10.2337/diacare.26.2.385.

16. Delanerolle G., Phiri P., Zeng Y., Marston K., Tempest N., Busuulwa P., Shetty A., Goodison W., Muniraman H., Duffy G., Elliot K., Maclean A., Majumder K., Hirsch M., Rathod S., Raymont V., Shi J. Q., Hapangama D. K. A systematic review and meta-analysis of gestational diabetes mellitus and mental health among BAME populations // eClinicalMedicine. 2021. Vol. 38. Article 101016. DOI: 10.1016/j.eclinm.2021.101016.

17. Hui A. L., Sevenhuysen G., Harvey D., Salamon E. Barriers and coping strategies of women with gestational diabetes to follow dietary advice // Women and Birth. 2014. Vol. 27, No. 4. P. 292–297. DOI: 10.1016/j.wombi.2014.07.001.

18. Kayyal M., Ahmadi S., Sadeghi G., Rasoulian-Barzoki E., Norouzi S., Abdi F., Jandaghian-Bidgoli M. Investigating factors affecting the quality of life of

women with gestational diabetes: a systematic review and meta-analysis // BMC Pregnancy and Childbirth. 2025. Vol. 25, No. 1. Article 201. DOI: 10.1186/s12884-025-07322-8.

19. Lee J., Lee N. K., Moon J. H. Gestational diabetes mellitus: mechanisms underlying maternal and fetal complications // Endocrinology and Metabolism. 2025. Vol. 40, No. 1. P. 10–25. DOI: 10.3803/EnM.2024.2264.

20. Lee K. W., Ching S. M., Devaraj N. K., Chong S. C., Lim S. Y., Loh H. C., Abdul Hamid H. Diabetes in pregnancy and risk of antepartum depression: a systematic review and meta-analysis of cohort studies // International Journal of Environmental Research and Public Health. 2020. Vol. 17, No. 11. Article 3767. DOI: 10.3390/ijerph17113767.

21. Limruangrong P., Ukhawounam U., Pornsuriyasak P., Matthews A. K. Anxiety in pregnancy complicated by gestational and pre-gestational diabetes: a systematic review and meta-analysis // BMC Pregnancy and Childbirth. 2026. DOI: 10.1186/s12884-026-09705-x.

22. Mobasseri M., Mobasseri M., Alizadeh A., Hakimzadeh S., Ebadi S. S., Imani S., Pourgholam N., Azami-Aghdash S. Examining the quality of life among pregnant women diagnosed with gestational diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis for women's health promotion // Health Promotion Perspectives. 2024. Vol. 14, No. 2. P. 109–120. DOI: 10.34172/hpp.2024.05.

23. OuYang H., Chen B., Abdulrahman A. M., Li L., Wu N. Associations between gestational diabetes and anxiety or depression: a systematic review // Journal of Diabetes Research. 2021. Vol. 2021. Article ID 9959779. DOI: 10.1155/2021/9959779.

24. Sürücü H. A., Besen D. B., Duman M., Yeter Erbil E. Coping with stress among pregnant women with gestational diabetes mellitus // Journal of Caring Sciences. 2018. Vol. 7, No. 1. P. 9–15. DOI: 10.15171/jcs.2018.002.

25. Tan J., Xiang Y., Wang X., Wang S., Liu C., He S., Yang Y., Chen J. X., Chen J. B., Xiang M., Wang F. Association between gestational diabetes mellitus and

postpartum depression // Frontiers in Endocrinology. 2024. Vol. 15. Article 1423127. DOI: 10.3389/fendo.2024.1423127.

26. Ye W., Luo C., Huang J., Li C., Liu Z., Liu F. Gestational diabetes mellitus and adverse pregnancy outcomes: systematic review and meta-analysis // BMJ. 2022. Vol. 377. Article e067946. DOI: 10.1136/bmj-2021-067946.

27. Yoo H., Ahn S. Effects of nonpharmacological interventions on the psychological health of high-risk pregnant women: a systematic review and meta-analysis // Korean Journal of Women Health Nursing. 2021. Vol. 27, No. 3. P. 180–195. DOI: 10.4069/kjwhn.2021.09.17.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ И РЕСОЦИАЛИЗАЦИЯ ВЕТЕРАНОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ: МОДЕЛИ, ПРОГРАММЫ, ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ

Гиль С. Е.
Кафедра психиатрии и наркологии
ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Россия, г. Кемерово
Научный руководитель –А. А. Яковлева

Аннотация. В статье на основе отечественных исследований и нормативно-методических материалов 2024–2026 гг. рассмотрены современные российские подходы к психиатрической реабилитации и ресоциализации ветеранов боевых действий. Проанализированы индивидуально-психологические, комплексные, семейно-ориентированные, социально-психологические, профессиональные и физкультурно-реабилитационные направления, определены критерии их результативности. Показано, что успешное возвращение к гражданской жизни предполагает не только снижение посттравматических проявлений, но и восстановление социального функционирования. Наиболее перспективным признан индивидуализированный комплексный подход, объединяющий психодиагностику и психологическую

помощь с семейным сопровождением, восстановлением социальных связей и профессиональной интеграцией.

Ключевые слова: ветераны боевых действий, психологическая реабилитация, ресоциализация, социальная адаптация, посттравматическое стрессовое расстройство, психологическая помощь, профессиональная адаптация.

PSYCHOLOGICAL REHABILITATION AND RESOCIALIZATION OF COMBAT VETERANS: MODELS, PROGRAMS, EFFECTIVENESS EVALUATION

Gil S. E.
Department of Psychiatry and Narcology
Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo
Scientific supervisor –A. A. Yakovleva

Abstract. Drawing on Russian research and regulatory and methodological materials published in 2024–2026, this article examines contemporary Russian approaches to the psychiatric rehabilitation and resocialization of combat veterans. Individual psychological, comprehensive, family-oriented, psychosocial, vocational, and exercise-based rehabilitation approaches are analyzed, and criteria for assessing their effectiveness are identified. Successful reintegration into civilian life is shown to require both a reduction in post-traumatic symptoms and the restoration of social functioning. An individualized, comprehensive approach combining psychological assessment and support with family involvement, restoration of social ties, and vocational integration is identified as the most promising.

Keywords: combat veterans, psychological rehabilitation, resocialization, social adaptation, post-traumatic stress disorder, psychological assistance, professional adaptation.

Возвращение участников боевых действий к гражданской жизни представляет собой сложный процесс психологической и социальной адаптации.

Военная и гражданская среды значительно различаются социальными ролями, предъявляемыми требованиями, межличностными взаимоотношениями и способами реагирования на внешние обстоятельства. Психологические и поведенческие паттерны, сформировавшиеся как адаптивные в условиях боевых действий, после возвращения к мирной жизни начинают препятствовать повседневному взаимодействию, семейным отношениям и трудовой деятельности.

Современная российская психиатрия всё чаще рассматривает последствия участия в боевых действиях как широкое явление, чем исключительно развитие посттравматического стрессового расстройства. Согласно А.Г. Караяни, модель психологических последствий боевого опыта должна быть дифференцированной: она включает как деструктивные состояния, так и сохранность психологических ресурсов и возможность посттравматического роста личности [1]. Такой подход принципиально важен для организации помощи: ветеран не должен автоматически рассматриваться как человек с психическим расстройством, а содержание реабилитации необходимо определять исходя из индивидуальных последствий боевого опыта.

С.В. Горностаев и А.Л. Журавлев отмечают, что современная российская практика психологической помощи ветеранам стремительно развивается, однако её научное обоснование пока сформировано не полностью. Среди актуальных проблем авторы выделяют необходимость дифференциации психологической помощи в зависимости от типа последствий боевого опыта, предупреждение повторной психотравматизации при возвращении в гражданскую среду и организацию ресоциализации психологически благополучных ветеранов [2].

Таким образом, актуальной задачей становится описание различных форм помощи, а также выявление направлений с наибольшим потенциалом для восстановления психологического состояния и полноценной социальной жизни ветеранов.

Цель исследования: выявить наиболее результативные направления психологической реабилитации и ресоциализации ветеранов боевых действий на основе анализа существующих моделей и программ.

Для достижения цели необходимо решить следующие задачи: рассмотреть современные российские модели психологической помощи ветеранам; проанализировать практику индивидуальной, групповой, семейной и комплексной реабилитации; определить роль социальных и профессиональных факторов в процессе ресоциализации; систематизировать критерии оценки эффективности реабилитационных программ.

Объекты и методы исследования: современные подходы к психологической реабилитации и ресоциализации ветеранов боевых действий. Методами исследования выступили анализ, сопоставление и обобщение отечественных научных публикаций и нормативно-методических документов, изданных в 2024-2026 гг.

Результаты и их обсуждение

1. Современное понимание психологической реабилитации ветеранов

В отечественных исследованиях последних лет наблюдается отдаление от универсальной модели помощи, и переход к дифференцированному подходу. Его исходным положением является признание неоднородности психических последствий боевого опыта.

А.Г. Караяни подчёркивает, что система психологической помощи должна учитывать состояние конкретного ветерана. Последствия участия в боевых действиях могут иметь различную структуру и выраженность, что делает неэффективным применение единого набора реабилитационных мероприятий для всех участников боевых действий [1].

Аналогичную направленность имеет модель социально-психологической помощи, предложенная И.В. Султановой, И.В. Пароньянц и С.С. Дулидой. Авторы выделяют различные уровни нарушения социально-психологической адаптации и соотносят их с соответствующими методами психологической

работы. Модель строится на сочетании различных терапевтических и консультативных подходов, предполагая выбор методов в зависимости от состояния и реабилитационных потребностей человека [3].

Одним из наиболее значимых принципов современной реабилитации становится учёт индивидуальных особенностей при оказании помощи. Не все ветераны нуждаются в одинаковом объёме психологического вмешательства. Для одной группы приоритетной задачей является коррекция выраженных посттравматических проявлений, для другой - восстановление коммуникативных навыков и семейных отношений, для третьей - трудовая и социальная интеграция.

Важным направлением является раннее выявление психологической дезадаптации. Г.В. Гнездилов и В.В. Киселев указывают на необходимость учитывать специфику психотравмирующего опыта конкретных участников боевых действий при организации психореабилитационных мероприятий [4]. Это означает, что диагностическая работа не должна ограничиваться установлением наличия или отсутствия ПТСР. Значение имеют характер и степень стрессового опыта, эмоциональное состояние, особенности поведения, коммуникативные трудности, отношение к возвращению в мирную среду и имеющиеся ресурсы адаптации конкретного человека.

В практической работе российских реабилитационных учреждений применяется сочетание клинико-психологической беседы и психодиагностических инструментов. О.В. Губарева, описывая деятельность Алтайского краевого госпиталя для ветеранов войн, указывает на использование методов диагностики посттравматической симптоматики, тревоги, депрессии, когнитивного функционирования и других параметров психологического состояния [5].

Первым результативным направлением является психологическая реабилитация, предполагающая предварительную комплексную диагностику и

выбор реабилитационных задач с учётом индивидуальных особенностей ветерана.

2. Комплексные программы психологической реабилитации

Анализ современных российских работ демонстрирует распространение комплексного подхода, при котором психологическая помощь не сводится к одной терапевтической методике.

Практический пример такой программы представлен М.А. Григорьевой. В исследовании использовалось сочетание индивидуального консультирования, групповой психологической работы, арт-терапии, обучения навыкам саморегуляции и ряда дополнительных методов [6].

В исследовании приняли участие 14 человек, из которых 10 являлись ветеранами боевых действий, а четыре - их родственниками. После прохождения программы, автором была зафиксирована положительная динамика эмоционального состояния, уровня напряжения и социальной включённости. При этом небольшая выборка и отсутствие контрольной группы не позволяют распространять полученные результаты на всех ветеранов. Тем не менее работа представляет интерес как пример многокомпонентной терапии, ориентированной одновременно на психологическое состояние и социальную адаптацию.

Комплексный подход особо важен потому, что различные проблемы способны поддерживать друг друга. Эмоциональная нестабильность может ухудшать семейное взаимодействие; семейные конфликты, в свою очередь, увеличивают психологическое напряжение; трудности трудоустройства способны усиливать ощущение социального отдаления.

Поэтому программа, от которой можно ожидать результатов, должна воздействовать не на отдельный симптом, а на систему факторов, влияющих на процесс возвращения человека к гражданской жизни.

Этот принцип постепенно закрепляется и на нормативном уровне. В 2025 г. Минтрудом России были утверждены отдельные стандарты социально-

психологической, социально-средовой, социально-бытовой и социально-педагогической реабилитации, а также профессиональной ориентации инвалидов, получивших травмы в связи с боевыми действиями [7].

Важной особенностью российского подхода становится переход от набора разобщенных услуг к формированию комплексного реабилитационного маршрута. Междисциплинарность и объединение разных направлений помощи выступают второй ключевой особенностью эффективной реабилитации.

3. Семейно-ориентированная психологическая помощь

Семейная среда является одним из основных ресурсов адаптации ветерана после возвращения к гражданской жизни. Вместе с этим семья сталкивается с существенными трудностями: изменением привычных ролей, эмоциональной дистанцией, конфликтами и необходимостью адаптироваться к психологическим изменениям вернувшегося члена семьи.

Н.И. Шемпелева, И.В. Пестова и Н.И. Трифонова в исследовании 2026 г. рассматривают психологические ресурсы семьи как одно из условий адаптации ветеранов. Авторы отмечают, что адаптация ветерана к мирной жизни во многом зависит от того, насколько семья способна принять происходящие изменения. [8].

Семейная поддержка не должна пониматься исключительно как пассивное проявление сочувствия. Семье также требуется психологическое консультирование и обучение конструктивным формам общения.

На значимость такой работы указывают и Н.В. Максимова, Р.В. Петрова и Е.В. Преображенская, представившие в 2025 г. серию клинических случаев психологической реабилитации участников боевых действий и их семей. Авторы рассматривают психологическую помощь как часть медицинской реабилитации и подчёркивают необходимость работы не только с ветераном, но и с супружеской системой [9].

Семейное направление позволяет одновременно решать несколько задач: формировать адекватное понимание психологического состояния ветерана

родственниками, снижать риск конфликтов, улучшать коммуникацию и формировать стабильную поддерживающую среду.

При этом семейную помощь нельзя считать заменой индивидуальной психологической работе. Включение семейной поддержки в комплексную программу целесообразно в ситуациях, когда внутрисемейное взаимодействие напрямую влияет на адаптацию ветерана.

Включение семьи в реабилитационный процесс - перспективное направление повышения устойчивости достигнутых психологических изменений.

4. Ресоциализация и восстановление социальных связей

Если психологическая реабилитация преимущественно направлена на восстановление психического и эмоционального состояния, то ресоциализация связана с включением человека в систему мирных социальных отношений.

Л.А. Герасимова рассматривает ресоциализацию участников боевых действий как процесс, зависящий от взаимодействия индивидуальных и социальных факторов. Автор выделяет значение системы связей, доверия, поддержки и доступных человеку социальных ресурсов [10].

Данная позиция расширяет представление о реабилитации: даже качественно проведённая психологическая работа может иметь ограниченный эффект, если после её завершения человек возвращается в среду социальной изоляции, не имеет устойчивых связей и не видит возможностей реализации в гражданской жизни.

Важным представляется отказ от модели, при которой ветерану приписывается исключительно роль получателя помощи. Психологически благополучный человек способен обладать социальными и профессиональными ресурсами, которые могут быть использованы в гражданской жизни.

Отсюда следует, что результативная ресоциализация предполагает формирование новой устойчивой социальной позиции, учитывающей приобретённый опыт и произошедшие личностные изменения.

Перспективными механизмами такого процесса являются участие в общественной деятельности, ветеранских сообществах, программах взаимопомощи, образовательных проектах, наставничестве и профессиональной деятельности.

5. Профессиональная адаптация как элемент ресоциализации

Профессиональная деятельность имеет особое значение для возвращения ветерана к мирной жизни. Она обеспечивает не только доход, но и устойчивый режим деятельности, социальные контакты и определённую социальную роль.

В 2026 г. В. Кириллина, Ю. Вятская, А. Сафин и А. Жуковец исследовали трудовую адаптацию и социальную реабилитацию ветеранов. В исследовании были проанализированы практики шести российских регионов, проведены анкетирование и интервью с участниками боевых действий. Среди выявленных трудностей авторы отмечают проблемы психологической адаптации и поиска подходящей работы [12].

Предложенный авторами подход объединяет профессиональную деятельность, наставничество и образовательные механизмы. Подобная конструкция важна тем, что профессиональная реабилитация перестаёт рассматриваться как изолированное трудоустройство.

В 2026 г. Российской трёхсторонней комиссией по регулированию социально-трудовых отношений были утверждены рекомендации для работодателей по сопровождению ветеранов при трудоустройстве, трудовой и социальной адаптации и профессиональном развитии. Они предусматривают институт наставничества, психологическое и социальное сопровождение, создание условий для профессионального развития и перевод полученного в военной сфере опыта в гражданские квалификации [13].

Это позволяет выделить ещё одно результативное направление - сопровождаемую профессиональную адаптацию, при которой получение работы сочетается с психологической, социальной и организационной поддержкой.

Особенно важно, что профессиональная интеграция в такой модели становится не финальным этапом, начинающимся после полного завершения психологической реабилитации, а частью общего процесса ресоциализации.

6. Оценка эффективности реабилитации и ресоциализации

Для достижения цели исследования необходимо сначала уточнить, что понимается под результатом реабилитации. В российской практике наблюдается постепенный сдвиг от оценки факта оказания услуги к оценке полученного результата.

В стандартах комплексной реабилитации, утверждённых Минтрудом России, предусмотрена итоговая оценка по окончании курса, включающая как количественные, так и качественные показатели: объём предоставленных услуг, достигнутый реабилитационный эффект, реализацию индивидуальных целей и удовлетворённость получателя [7].

Применительно к психологической реабилитации целесообразно выделить несколько групп критериев. К первой группе относятся психологические и клинические показатели: снижение выраженности посттравматических симптомов, тревоги, депрессивных реакций и психологического напряжения, а также рост способности к эмоциональной саморегуляции. Вторая группа - функциональные показатели: восстановление повседневной активности, умения самостоятельно организовывать жизнь и выполнять социальные обязанности. Третья группа - семейные и коммуникативные показатели: снижение конфликтности, улучшение качества взаимодействия с близкими, восстановление устойчивых социальных связей. Четвёртая группа - профессиональные показатели: возвращение к трудовой деятельности, успешная переподготовка, сохранение рабочего места и интеграция в трудовой коллектив. Пятая группа - субъективные показатели: удовлетворённость жизнью и полученной помощью, чувство включённости в общество, наличие жизненных планов и целей.

Необходимо принимать во внимание устойчивость достигнутого результата. Изменения, отмеченные сразу после окончания реабилитационной программы, могут не сохраниться в отдалённой перспективе. В связи с этим, перспективной задачей российских исследований становится проведение повторных измерений спустя несколько месяцев после завершения программы.

Значимым ограничением современной российской научной базы по-прежнему остаётся недостаток масштабных сравнительных исследований эффективности разных программ. Как подчёркивают С.В. Горностаев и А.Л. Журавлев, накопленная практика нуждается в дальнейшей научной систематизации и оценке [2].

Таким образом. анализ современных российских программ предполагает рассмотрение направлений, обладающих наиболее обоснованным потенциалом в отечественной практике.

7. Наиболее результативные направления реабилитации и ресоциализации

Проведённый анализ российских исследований 2024-2026 гг. позволяет выделить несколько направлений, которые в совокупности формируют наиболее перспективную модель помощи ветеранам боевых действий.

Первое направление - индивидуализированная психологическая помощь, основанная на предварительной диагностике. Психологическое состояние ветеранов существенно различается, поэтому содержание реабилитации должно определяться индивидуальными последствиями боевого опыта, а не самим фактом участия человека в боевых действиях.

Второе - комплексное сочетание индивидуальных и групповых методов психологической работы. Практический опыт показывает перспективность программ, объединяющих консультирование, психообразование, работу с эмоциональным состоянием, обучение саморегуляции и восстановление коммуникативных навыков.

Третье - семейно-ориентированная помощь. Семья способна выступать важным ресурсом адаптации, однако для этого родственники также должны быть подготовлены к изменениям психологического состояния и поведения ветерана.

Четвёртое - социальная ресоциализация, предполагающая восстановление связей, формирование нового социального статуса и создание возможностей для активного участия ветерана в гражданской жизни.

Пятое - профессиональная интеграция с сопровождением, включающая профориентацию, обучение, наставничество, психологическую поддержку и помощь при адаптации в трудовом коллективе.

В результате наиболее перспективной представляется не отдельная методика, а следующая модель:

комплексная диагностика → индивидуальный план помощи → психологическая стабилизация → работа с семьёй и социальным окружением → профессиональная и общественная интеграция → оценка результата и последующее сопровождение.

Заключение

Проведённый анализ современных российских исследований позволяет сделать вывод о том, что психологическая реабилитация и ресоциализация ветеранов боевых действий должны рассматриваться как взаимосвязанные процессы.

Психологическая реабилитация направлена прежде всего на восстановление эмоционального состояния, способности к саморегуляции и преодоление дезадаптивных последствий травматического опыта.

Анализ российских моделей и программ 2024-2026 гг. показывает, что наиболее перспективным является комплексный индивидуальный подход, включающий психодиагностику, индивидуальную и групповую психологическую помощь, работу с семьёй, восстановление социальных связей и сопровождаемую профессиональную адаптацию.

При этом современная российская доказательная база всё ещё находится в стадии формирования. Значительная часть работ представлена описанием моделей, клинических случаев и сравнительно небольших реабилитационных программ. Поэтому дальнейшие исследования требуют увеличения выборок, использования сопоставимых критериев эффективности и изучения отдалённых результатов.

Оценивать эффективность реабилитации целесообразно одновременно на нескольких уровнях: психологическом, функциональном, семейном, социальном и профессиональном. Снижение выраженности посттравматических проявлений является важным результатом, однако не может быть единственным критерием успешности.

Таким образом, наиболее результативным направлением представляется переход от отдельных реабилитационных мероприятий к системе персонализированного сопровождения, конечной целью которой является не просто устранение психологических симптомов, а устойчивое восстановление способности ветерана самостоятельно функционировать, поддерживать социальные отношения, реализовываться профессионально и участвовать в гражданской жизни.

Литература / References:

1. Караяни А. Г. Модели психологических последствий участия в боевых действиях как инструмент создания системы психологической помощи ветеранам СВО // Российский военно-психологический журнал. 2025. № 4 (10). С. 9–22. DOI: 10.25629/RMPJ.2025.04.01.

2. Горностаев С. В., Журавлев А. Л. Научная проблематизация практики профессиональной психологической помощи ветеранам боевых действий // Психологический журнал. 2025. Т. 46. № 4. С. 14–24. DOI: 10.31857/S0205959225040026.

3. Султанова И. В., Пароньянц И. В., Дулида С. С. Модель оказания социально-психологической помощи участникам СВО // Вестник психологии и

педагогики Алтайского государственного университета. 2025. Т. 7. № 2. С. 146–158.

4. Гнездилов Г. В., Киселев В. В. К вопросу о совершенствовании организации профилактики ПТСР и психореабилитационных мероприятий в работе психолога с участниками СВО // Экстремальная психология и безопасность личности. 2025. Т. 2. № 1. С. 26–39. DOI: 10.17759/epps.2025020103.

5. Губарева О. В. Психологическая реабилитация участников специальной военной операции (СВО) в КГБУЗ «Алтайский краевой госпиталь для ветеранов войн» // Российский военно-психологический журнал. 2025. № 4 (10). С. 100–103. DOI: 10.25629/RMPJ.2025.04.09.

6. Григорьева М. А. Духовно-психологическая реабилитация ветеранов боевых действий и членов их семей: опыт применения индивидуального, группового и аппаратного подходов // Российский военно-психологический журнал. 2025. № 4 (10). С. 85–99. DOI: 10.25629/RMPJ.2025.04.08.

7. Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 10.04.2025 № 196н «Об утверждении Стандарта оказания услуги по социально-психологической реабилитации и абилитации инвалидов, получивших травму, ранение, контузию, увечье в связи с боевыми действиями».

8. Шемпелева Н. И., Пестова И. В., Трифонова Н. И. Психологические ресурсы семьи как условие адаптации ветеранов (участников) специальной военной операции // Вестник практической психологии образования. 2026. Т. 23. № 1. С. 61–75. DOI: 10.17759/bppe.2026230104.

9. Максимова Н. В., Петрова Р. В., Преображенская Е. В. Роль психолога в реабилитации участников СВО и их семей на примере серии клинических случаев // Вестник психотерапии. 2025. № 96. С. 93–103. DOI: 10.25016/2782-652X-2025-0-96-93-103.

10. Герасимова Л. А. Ключевые проблемы и механизмы воздействия на процесс ресоциализации участников боевых действий // Научно-методический

электронный журнал «Концепт». 2024. № 11. С. 411–420. DOI: 10.24412/2304-120X-2024-12020.

11. Караяни А. Г., Проценко С. А., Трофимов Н. В. Социальные ожидания в обществе как механизм ресоциализации участников боевых действий // Психопедагогика в правоохранительных органах. 2025. № 4 (103). С. 378–391. DOI: 10.24412/1999-6241-2025-4103-378-391.

12. Кириллина В., Вятская Ю., Сафин А., Жуковец А. Трудовая адаптация и социальная реабилитация ветеранов боевых действий в формате удалённой занятости в сфере строительства // Бизнес. Общество. Власть. 2026. № 60. С. 158–178.

13. Рекомендации для работодателей по сопровождению при трудоустройстве, трудовой адаптации, социальному сопровождению и профессиональному развитию ветеранов боевых действий, принимавших участие в специальной военной операции: утв. решением Российской трёхсторонней комиссии по регулированию социально-трудовых отношений, протокол от 26.06.2026 № 6пр.

КОМОРБИДНОСТЬ КЕРАТОКОНУСА И ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Гончаренко А. В.[1], Федосеева И. Ф.[2], Гончаренко Э. А.[2]

[1]Кафедра офтальмологии

[2]Кафедра неврологии, нейрохирургии, медицинской генетики и медицинской реабилитации

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

Аннотация. Кератоконус, развивающийся у лиц молодого возраста и приводящий к потере зрения и социальной дезадаптации, характеризуется частым сочетанием с различными вариантами расстройств высших психических функций и формированием «кератонической» личности, что требует междисциплинарного подхода к диагностике и лечению данной

патологии. В статье обобщаются современные представления о коморбидности кератоконуса и психических расстройств, рассматриваются дискуссионные аспекты патогенеза и диагностики.

Ключевые слова: кератоконус, коморбидность, депрессия, обсессивно-компульсивное расстройство, синдром сухого глаза

COMORBIDITY OF KERATOCONUS AND MENTAL DISORDERS

Goncharenko A.V.[1], Fedoseeva I.F.[2], Goncharenko E.A.[2]
[1]Department of Ophthalmology,
[2]Department of Neurology, Neurosurgery, Medical Genetics and Medical Rehabilitation
Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo

Abstract. Keratoconus, which develops in young people and leads to vision loss and social maladjustment, is characterized by a frequent combination with various kinds of pathology of higher mental functions and the formation of a “keratoconic” personality, which requires an interdisciplinary approach to the diagnosis and treatment of this pathology. This article summarizes current understanding of the comorbidity of keratoconus and mental disorders and examines controversial aspects of its pathogenesis and diagnosis.

Keywords: keratoconus, comorbidity, depression, obsessive-compulsive disorder, dry eye syndrome

Введение

Кератоконус (КК) — это прогрессирующее дегенеративное заболевание с многофакторной этиологией, характеризующееся структурным изменением роговицы, приводящее к ее эктазии, конусовидной деформации и развитию неправильного астигматизма. Данная патология все чаще изучается в контексте потенциальной связи с психическими расстройствами, так как КК приводит к значительному ухудшению качества жизни и социальной дезадаптации из-за прогрессирующей потери зрения [24]. Распространенность КК оценивается в

пределах от 120 до 4790 случаев на 100 000 человек [30]. КК, наряду с другими дегенеративными заболеваниями, является социально значимой патологией, поскольку развивается в молодом возрасте и затрагивает трудоспособное население [8]. Актуальность проблемы КК в последние годы возросла в связи с увеличением выявляемости на фоне улучшения качества диагностики патологии роговицы, благодаря развитию офтальмохирургии и широкому внедрению эксимерлазерной хирургии [6, 16]. Современный подход к изучению КК охватывает широкий спектр потенциальных междисциплинарных взаимосвязей, выходя за рамки узкой направленности проведенных ранее исследований, сосредоточенных преимущественно на проблеме депрессии, тем самым преодолевая существенный пробел в литературе и повышая их актуальность для современных условий клинической практики [16, 19].

Объекты и методы исследования

С целью обобщения современных данных о взаимосвязи между наличием КК и психическими расстройствами был проведен поиск данных наблюдательных исследований, которые изучали психические расстройства у взрослых с КК, из открытых источников в библиографических базах PubMed, РИНЦ, CyberLeninka, Google Scholar.

Результаты и их обсуждение

В современной научной литературе представлено достаточно большое количество работ, посвященных коморбидности КК и психических заболеваний, указывающих на схожие черты характера пациентов, такие как сложности адаптации, пассивная агрессия, параноидальность, склонность к дезорганизации мышления, тревожность, выраженные психосоматические симптомы, снижение экстраверсии, ослабление эмоциональной стабильности, антисоциальные, шизотипические черты личности и невротический темперамент [10, 16]. Особенности высших психических функций пациентов с КК нередко имеют доминирующее значение в клинической картине, что ранее рассматривалось как проявления «кератоконической» личности, однако

дальнейшие исследования не обнаружили достаточных оснований для таких обобщений [16, 21, 24]. Необходимо отметить, что у пациентов с КК эти черты не достигали выраженности, соответствующей критериям расстройств личности, и выявленные различия с контрольными группами не были статистически значимыми [18, 19].

Несмотря на то, что хроническая офтальмопатология, в том числе и КК, оказывает влияние на личность молодых людей, конкретного комплекса личностных характеристик, относящихся к данному заболеванию, выявить не удалось. Имеющиеся данные свидетельствуют о наличии повышенной психологической нагрузки среди лиц с КК, однако причинно-следственные связи остаются недоказанными. Влияние КК на личность может зависеть от времени и характера его возникновения в контексте психосоциального развития пациента [18]. Так, ряд исследований фокусируется на уровне самооценки, подчеркивая ее значительное снижение у молодых людей с хроническими заболеваниями по сравнению со здоровыми взрослыми [16, 21]. При рассмотрении расстройств личности в связи с хроническими и прогрессирующими соматическими заболеваниями следует учитывать концепцию психических расстройств, определяемых как психозы, являющиеся реакцией на нарушение восприятия окружающих явлений, возникающие при неспособности взаимодействовать с окружающим миром из-за хронического заболевания [24].

Сведения, связывающие КК с депрессией и другими патологическими состояниями, включая психотические расстройства, расстройства личности, синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ), синдром Туретта, расстройства аутистического спектра (РАС) и обсессивно-компульсивное расстройство (ОКР), в основном ограничиваются описаниями отдельных случаев. Большинство исследований ограничены неоднородностью методологий, небольшими размерами выборок, недостаточным контролем тяжести, динамики заболевания и социально-демографических переменных [24].

Психические заболевания могут опосредованно приводить к развитию КК, например, когда пациенты с нарушениями когнитивных функций или отсутствием самоконтроля механически повреждают роговицу. Существует связь между определенными поведенческими факторами (импульсивность, компульсивность, тики) и развитием кератэктазии. Стереотипное повторяющееся потирание глаз вызывает механическое раздражение и местное воспаление. Повреждение эпителия роговицы приводит к развитию дегенеративных изменений с последующим разрушением фибриллярного матрикса [3]. Самоиндуцированный КК, связанный с компульсивным трением глаз и развитием прогрессирующей кератоэктазии описан у пацинтов с синдромом Туретта [25].

Для определения степени влияния КК на качество жизни пациентов применяются различные варианты психологических опросников [2, 26]. В большинстве исследований сообщалось о негативном влиянии КК на психическое здоровье или эмоциональное благополучие. Одним из значимых факторов является корригированная острота зрения. Ослабление монокулярной аккомодации при КК согласуется с ослаблением сигналов дефокусировки, доступных для управления этими реакциями в глазах с КК [15]. Пациенты, применяющие контактную коррекцию, имели более высокие показатели качества жизни в таких категориях, как «острота зрения», «глазная боль», «зрение на близком расстоянии», «психическое здоровье», «физическая активность» и «периферическое зрение» [2, 26]. При этом 5% пациентов были вынуждены сменить работу из-за КК и 8% получили инвалидность, связанную с данным заболеванием, 12,5 % испытывают трудности с повседневной деятельностью и зависимы от окружающих [26]. Установлено, что хирургический метод лечения КК, а именно кросслинкинг, улучшает качество жизни. Вместе с тем, отмечалось, что влияние КК на психическое здоровье непропорционально влиянию на состояние зрительных функций. Пациенты с КК могут испытывать негативное воздействие на психическое здоровье, несмотря на

относительно хорошую остроту зрения [2, 26]. Со временем показатели психического здоровья улучшались, что свидетельствует о принятии заболевания пациентами и целесообразности рутинного скрининга психического здоровья пациентов с КК для своевременной коррекции [20, 24]. Однако в этих исследованиях не изучалась взаимосвязь между тревогой, депрессивными симптомами и потерей зрения конкретно у пациентов с КК.

Несмотря на отсутствие прямой взаимосвязи между синдромом сухого глаза (ССГ) и КК, в многочисленных исследованиях показано, что КК более чем в 80% случаев сочетается с признаками ССГ, при этом изменения нарастают по мере прогрессирования заболевания [1, 5, 7]. Ассоциация КК с ССГ, с точки зрения общих предрасполагающих к этим заболеваниям факторов (воспалительный, иммуноаллергический, механический, нейропатический), очевидна, однако роль и последовательность отдельных патогенетических механизмов до сих пор остается неясной. Исследование коморбидности КК и СДВГ сообщило о более высокой распространенности КК у мужчин, но не выявило причинно-следственной и хронологической взаимосвязи между этими расстройствами [14, 27].

Связь между КК и психотическими расстройствами, особенно шизофренией, менее изучена по сравнению с депрессией, что может объясняться более низкой распространенностью таких расстройств среди пациентов с КК, аналогичной таковой в общей популяции. У 10% пациентов с КК и сопутствующим психическим расстройством была диагностирована шизофрения, однако достоверной связи между этими заболеваниями не установлено [13,16]. Такая связь, если она вообще существует, вероятно, сложна, многофакторна и требует дальнейшего исследования [28, 30]. Генетическое исследование не выявило причинно-следственной генетической связи между КК и шизофренией. Некоторые исследователи допускают, что возможная связь между КК и шизофренией может быть обусловлена общим патофизиологическим механизмом, включающим повышенный окислительный

стресс, который присутствует при обоих состояниях [28]. X. Zhang, с соавт. предполагают, что КК, возникает после или одновременно с началом приема антипсихотических препаратов [31]. Это, в свою очередь, подразумевает, что диагноз КК ставится после того, как такое психическое заболевание уже выявлено.

S. Stanojlovic с соавт. наблюдали случай РАС у ребенка с аллергическим ринитом в анамнезе, у которого развился КК на обоих глазах. После проведения кросслинкинга роговицы и поведенческой коррекции, направленной на избавление от привычки тереть глаза, прогрессирование КК прекратилось [29]. При сравнении топографии роговицы у пациентов с РАС с контрольной группой типично развивающихся людей, доказательств увеличения количества признаков КК у этих пациентов не выявлено [12].

Исследования, изучающие потенциальную связь между КК и депрессией, дали противоречивые и неубедительные результаты из-за разнообразия используемых методологий, популяций, методов диагностики, отсутствия последовательной характеристики депрессии, подробных клинических данных о тяжести КК, других сопутствующих заболеваниях, отсутствия катамнеза, что затруднило сравнение и обобщение данных [11, 18, 19]. Большинство небольших исследований сообщали о значимых ассоциациях между КК и симптомами депрессии, в то время как более крупные исследования на основе регистров, как правило, не выявляли никаких ассоциаций [11, 19]. В совокупности имеющиеся данные подтверждают наличие повышенной психологической нагрузки у некоторых людей с КК, но не устанавливают прямую корреляцию между КК и депрессией [19, 22]. Метаанализ R.Moshfeghinia с соавт., показал, что у пациентов с КК средние показатели депрессии были значительно выше по сравнению с контрольной группой, однако, истинная распространенность диагностированных депрессивных расстройств может существенно не отличаться от таковой в общей популяции [23]. Несмотря на то, что большинство исследователей обращают внимание на

связи между определенными чертами личности и КК, они также приходят к выводу о наличии двусторонней связи между зрительной дисфункцией и психопатологией, причем нарушение зрения потенциально приводит к ухудшению психического здоровья и наоборот [2, 18, 19]. Потеря зрения может рассматриваться как психосоматическое расстройство: у пациентов с депрессивными или тревожными симптомами выше вероятность появления зрительных симптомов [4, 5, 7, 9]. В таких случаях депрессия может задерживать диагностику причины нарушения зрения и приводить к низкой приверженности лечению, необходимому для коррекции офтальмопатологии. Прогрессирующее ухудшение зрения при КК может привести к ощущению стигматизации, что является признанным фактором риска депрессии и тревоги [11, 22]. Вероятно, взаимосвязь двусторонняя: психиатрические симптомы могут усиливать поведенческий фактор, что ухудшает офтальмологические исходы, в то время как ухудшение зрения и необходимость длительного лечения могут усугубить психиатрическую заболеваемость [19]. Определение потенциальных целей для терапевтических вмешательств предполагает комплексную оценку офтальмологических биомаркеров, объективных показателей зрительной функции и психиатрических показателей [7, 17, 19].

Заключение

Высокая социальная значимость и растущая распространенность КК и ассоциированных с данной патологией психических расстройств определяют необходимость комплексного подхода к диагностике и лечению, в реализации которого ключевая роль офтальмологов заключается в раннем выявлении психологического дистресса путем применения инструментов скрининга психического здоровья и оценки симптомов депрессии, тревожности или дезадаптивного поведения. Эта интегрированная модель междисциплинарной преемственности может способствовать раннему выявлению сопутствующих заболеваний при КК и содействовать персонифицированному уходу.

Литература/References:

1. Аверич В.В. Синдром «сухого глаза» при кератоконусе: аспекты этиологии и медикаментозной коррекции. Клиническая офтальмология. 2022;22(2):122-126.

2. Бикбов М.М., Усубов Э.Л., Кандарова И.И. Изменение качества жизни у пациентов с кератоконусом. Обзор литературы. Офтальмология. 2022;19(4):727-733.

3. Бобкова Д.О. Кератоконус: современные диагностические аспекты и вопросы классификации. Тихоокеанский медицинский журнал. 2022;(3):13-18.

4. Гончаренко В.А., Гончаренко А.В., Басова Г.Г., Визило Т.Л. Нейропсихологические аспекты визуального восприятия в реабилитации офтальмопатологии. В сб.: Арт-терапия. Фундаментальные и прикладные научные исследования: актуальные вопросы, достижения и инновации. Кемерово, 2025. С. 228-235.

5. Гончаренко В. А., Федосеев М. Н., Гончаренко Э. А., Кукуюк Т. В. Корнеальная нейропатическая боль. 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 мая 2026 г.). Ч. 1. / Г. В. Акименко, А. М. Селедцов, А. С. Яковлев, Л.В. Гукина; отв. ред. Г. В. Акименко. Кемерово : КемГМУ, 2026. 689 с.

6. Громакина Е.В., Гончаренко А.В., Гончаренко В.А. Современные тенденции освоения технологий микрохирургии при травмах органа зрения. В сб.: Современный мир, природа и человек. сборник материалов XXIII Международной научно-практической конференции. Кемерово, 2024. С. 146-155.

7. Федосеев М. Н., Гончаренко В. А., Гончаренко Э. А., Кукуюк Т. В. Диссомнические расстройства, ассоциированные с синдромом сухого глаза. 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 мая 2026 г.). Ч. 2. / Г. В. Акименко, А. М. Селедцов, А. С. Яковлев, Л.В. Гукина; отв. ред. Г. В. Акименко. Кемерово : КемГМУ, 2026. 465 с.

8. Федосеева И.Ф., Гончаренко А.В., Попонникова Т.В., Гончаренко В.А. Междисциплинарные аспекты диагностики наследственных нейродегенеративных болезней. РМЖ. Медицинское обозрение. 2025;9(11):782-787. DOI: 10.32364/2587-6821-2025-9-11-2.

9. 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.

10. Aiello F., Gallo Afflitto G., Ceccarelli F., et al. Keratoconus and Personality Traits: A Case–Control Study. Cornea 2024, 43, 237–244.

11. *Al-Dairi W., Al Sowayigh O.M., Al Saeed A.A., Alsaad A. Depression among Keratoconus Patients in Saudi Arabia. Cureus. 2020;12:e11932*.

12. ALGarzaie MA, Alsaqr AM. A Comparative Study of Corneal Topography in Children with Autism Spectrum Disorder: A Cross-Sectional Study. Vision (Basel). 2021;5(1):4.

13. Alfardan F., Alsanad M.H., Altoub HA. Prevalence of Psychiatric Illness Among Keratoconus Patients. Cureus. 2023;15(7):e42141.

14. Assayag E., Zadok D., Carmel M., , et al. Superior Keratoconus in Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD): A Case Report and Literature Review. Cureus 2024, 16, e76013.

15. Bhakta T., Jain K., Sudanabonia P., et al. Reduced Image Quality Impairs Monocular Blur-Driven Accommodation in Keratoconus. Invest Ophthalmol Vis Sci. 2026;67(6):52.

16. Durakovic E., Kandel H., Watson S.L. Mental Health Impact of Keratoconus: A Systematic Review. Cornea. 2023;42(9):1187-1197.

17. Ferrini E., Posarelli C., Aleo D. et al. Evaluation of Factors Influencing Quality of Life in Keratoconus Patients Using the Keratoconus Outcomes Research Questionnaire (KORQ). Ophthalmic Physiol Opt. 2026;46(1):90-100.

18. Florek S., Pudlo R., Gościniewicz P. , *et al.* Mental disorders in people with keratoconus. Curr. Probl. Psychiatry. 2023;24:33–39.

19. Florek S., Gościniewicz P., Suszka M. , et al. Psychological and Psychiatric Characteristics of People with Keratoconus. Reports (MDPI). 2024;7(3):67.

20. Kandel H., Pesudovs K., Ferdi A. Psychometric Properties of the Keratoconus Outcomes Research A Save Sight Keratoconus Registry. Cornea. 2020;39(3):303-310.

21. Mannis M.J., Ling J.J., Kyrillos R., et al. Keratoconus and Personality A Review. Cornea. 2018;37(3):400-404

22. Moschos M.M., Gouliopoulos N.S., Kalogeropoulos C. Psychological aspects and depression in patients with symptomatic keratoconus. J Ophthalmol. 2018:Article ID 7314308.

23. Moshfeghinia R., Arman A., Sobhi N. Depression among keratoconus patients: a systematic review and meta-analysis. Front. Public Health 2024;12:1477411.

24. Nuță T.-G., Manea M.C., Varlam C.I., et al. Beyond Vision: Unveiling the Psychiatric Dimensions of Keratoconus. *Medicina*. 2025; 61(11):1943.

25. Palamar M., Dincer G., Teker M.E., et al.Bilateral keratoconus, acute hydrops and unilateral corneal perforation due to Tourette syndrome. Saudi J Ophthalmol. 2019;33(2):177-179.

26. Rafizadeh S.M., Ghochani G., Narooie-Noori F., et al. Keratoconus and quality of life: an updated comprehensive review. BMC Ophthalmol. 2025;25(1):489.

27. Safir M., Hecht I., Heller D., et al. Psychiatric Comorbidities Associated With Keratoconus. JAMA Ophthalmol. 2023;141(12):1145-1150.

28. Schrhoff F., Leboyer M., Szoke A. Comorbidity between schizophrenia and keratoconus. Psychiatry Res. 2017; 247:315-316.

29. Stanojlovic S., Milovancevic M.P., Stankovic B. Is There a Potential Link between Keratoconus and Autism Spectrum Disorders?: A Case Report and Literature Review. Medicine 2020, 99, e20247.

30. *Yildiz M., Turhan S.A., Yargı B*., et al. *Psychiatric morbidity of patients with keratoconus: A cross-sectional study. J. Psychosom. Res. 2021; 143:110384.*

31. Zhang X., Wang Q., Cui F., et al. Mendelian randomization analysis does not reveal a causal influence between keratoconus and three major mental disorders. Front Psychiatry. 2024; 15:1370670.

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ В ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ОЧАГОВЫХ ФОРМ КЛЕЩЕВЫХ НЕЙРОИНФЕКЦИЙ

Гончаренко Э. А.[1], Федосеева И. Ф.[1], Гончаренко В. А.[2]

[1]Кафедра неврологии, нейрохирургии, медицинской генетики и медицинской реабилитации

[2]Кафедра офтальмологии

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

Аннотация. Природно-очаговые клещевые нейроинфекции могут вызывать поражение нервной системы, приводящее к тяжелой инвалидизации. Комплексная реабилитация в восстановительном периоде очаговых форм клещевых нейроинфекций направлена на восстановление двигательных функций, коррекцию эпилептического синдрома и когнитивных расстройств. Эффективность реабилитационных мероприятий определяется объемом

поражения центральной нервной системы в остром периоде заболевания, степенью клинической компенсации нарушений биоэлектрической активности головного мозга, наличием признаков прогредиентного течения инфекции и состоянием когнитивных функций.

Ключевые слова: когнитивные нарушения, клещевые нейроинфекции, менингоэнцефалит, реабилитация.

CLINICAL SIGNIFICANCE OF COGNITIVE IMPAIRMENTS DURING THE RECOVERY PERIOD OF FOCAL FORMS TICK-BORNE NEUROINFECTIONS

Goncharenko E. A., Fedoseeva I. F., Goncharenko V. A.
Department of Neurology, Neurosurgery, Medical Genetics and Medical Rehabilitation
Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo

Abstract. Natural focal tick-borne neuroinfections can cause damage to the nervous system, leading to severe disability. Comprehensive rehabilitation during the recovery period of focal forms of tick-borne neuroinfections is aimed at restoring motor functions, correcting epileptic syndrome, and cognitive impairment. The effectiveness of rehabilitation is determined by the extent of damage to the central nervous system in the acute period of the disease, the degree of clinical compensation for disturbances in the bioelectrical activity of the brain, the presence of signs of a progressive course of infection and the state of cognitive functions.

Keywords: cognitive impairment, tick-borne neuroinfections, meningoencephalitis, rehabilitation

Введение

Несмотря на совершенствование методов профилактики и этиологической диагностики, проблема природно-очаговых инфекций, передающихся иксодовыми клещами, остается актуальной для эндемичных регионов, где ежегодно регистрируются случаи заболеваний клещевым энцефалитом (КЭ),

боррелиозами, эрлихиозами, микст-инфекциями, вызванными различными сочетаниями инфекционных агентов [1, 14, 17, 27]. Степень тяжести и клинические формы клещевых нейроинфекций вариабельны. Этиологическая, патогенетическая и клиническая гетерогенность этой группы болезней с общими эпидемиологическими характеристиками определяет множество дискуссионных вопросов диагностики и лечения [7, 15, 24]. Основной причиной инвалидизации и летальных исходов клещевых нейроинфекций является очаговое поражение центральной нервной системы, что наиболее характерно для КЭ в виде моно- или микст-инфекции и обусловлено нейротропностью возбудителя [3, 20, 29]. Перспективы восстановления утраченных в остром периоде болезни функций индивидуальны, зависят от различных факторов и имеют ряд ограничений, поэтому реабилитация пациентов с очаговыми формами клещевых нейроинфекций представляет собой комплексную медицинскую и социальную проблему [21, 27]. Обширный опыт междисциплинарного взаимодействия способствует пониманию принципов патогенетической терапии и позволяет учитывать отдельные клинически значимые аспекты на разных этапах реабилитации.

Объекты и методы исследования

С целью обобщения клинического опыта и современных данных о клиническом разнообразии и результатах лечения очаговых форм клещевых нейроинфекций проведен анализ научных исследований по данной тематике из открытых источников в библиографических базах CyberLeninka, PubMed, РИНЦ, Google Scholar.

Результаты и их обсуждение

Представленный в современной литературе клинический опыт реабилитации пациентов в восстановительном периоде очаговых форм КЭ свидетельствует о различной степени выраженности когнитивных нарушений, варьирующей в широких пределах от апаллического состояния до умеренных расстройств памяти и внимания на фоне постинфекционной астении [8, 20, 27].

Как правило, основу типичной клинической картины очаговых форм КЭ составляют двигательные нарушения в виде центральных, смешанных, реже – периферических параличей в сочетании с миоклоническими гиперкинезами, нарушениями локомоторных функций [3, 24, 25].

Сохранность когнитивных функций, в частности, доступность вербальному контакту, концентрация внимания, наличие мотиваций к целенаправленной деятельности и познавательной активности являются необходимым условием для восстановления утраченных двигательных стереотипов, навыков самообслуживания и возможностей обучения. Поэтому на раннем восстановительном этапе ноотропная терапия является приоритетным направлением реабилитации [3, 24].

Однако, у части пациентов, в особенности детского и подросткового возраста, нейроинфекция в остром периоде имеет судорожно-коматозное течение с последующим формированием структурной эпилепсии как резидуального состояния или хронического клещевого энцефалита в виде кожевниковской эпилепсии [21, 26]. Следует отметить, что развитие хронического КЭ наблюдается по разным данным в 1-3% всех случаев КЭ и не зависит от сроков начала, продолжительности и содержания терапии в остром периоде болезни [4, 28]. При этом возможно появление и прогрессирование новых симптомов очагового поражения нервной системы, усиление гиперкинезов, развитие контрактур и мышечных атрофий [16, 27]. Поражение нейронов и их связей может быть связано с персистенцией вируса или с дегенеративными и дистрофическими процессами, что определяет общность некоторых патогенетических механизмов хронического КЭ с дегенеративными заболеваниями нервной системы [10, 19, 22].

Как правило, эпилептическая активность выявляется при электроэнцефалографии и может учитываться в ходе курации независимо от клинической манифестации [9, 18, 23]. В таких случаях приоритет в лечении смещается от ноотропной к противоэпилептической терапии, и выбор

оптимальной тактики лечения основывается на клинической и прогностической значимости отдельных симптомов, данных электроэнцефалографии и нейровизуализации [9, 23]. При наличии изменений биоэлектрической активности головного мозга как потенциальной причины пароксизмальных состояний длительное применение противоэпилептической терапии представляется целесообразным [2, 13]. Однако, вопрос дифференциальной диагностики хронического КЭ с резидуальными проявлениями и интерпретации данных дополнительных методов исследования остается актуальным, поскольку электрофизиологические характеристики отдельных этапов формирования кожевниковской эпилепсии и гиперкинезов различного происхождения не получили широкого распространения в клинической практике в качестве диагностических критериев [9, 12]. Малочисленность и неоднородность клинических наблюдений не позволяют делать обоснованные выводы об эффективности терапии в таких случаях, поэтому единый подход к лечению не сформирован [29].

Учитывая широкий спектр побочных эффектов большинства противоэпилептических препаратов, необходимость их сочетанного применения и повышения доз в случаях медикаментозной резистентности эпилептического синдрома при КЭ, возможности восстановления когнитивных функций с применением ноотропной терапии, и, следовательно, полноценной комплексной реабилитации значительно ограничиваются [6, 21, 29]. Сложность патогенеза клещевых нейроинфекций, низкая эффективность медикаментозных воздействий на отдельные его механизмы, отсутствие этиотропной терапии КЭ определяют сохраняющиеся риски развития тяжелых инвалидизирующих форм поражения нервной системы и их резистентности к восстановительной терапии, что подчеркивает значение профилактических мероприятий [4, 5, 11, 29].

Заключение

Наличие когнитивных нарушений в восстановительном периоде очаговых форм клещевых нейроинфекций существенно снижает реабилитационный

потенциал пациентов и предполагает комплексную коррекцию по мере регресса отека головного мозга и системных воспалительных проявлений. Объем и содержание реабилитационных мероприятий во многом определяется состоянием биоэлектрической активности головного мозга и наличием клинически манифестного эпилептического синдрома. Признаки прогредиентного течения нейроинфекции и пароксизмальные состояния ограничивают возможности применения ноотропной терапии и немедикаментозных методов стимуляции когнитивных функций, что имеет прогностическое значение.

Литература/References:

1. Андаев Е.И., Никитин А.Я., Толмачева М.И., Зарва И.Д., Сидорова Е.А. и др. Эпидемиологическая ситуация по клещевому вирусному энцефалиту в Российской Федерации за 2015-2024 гг. и краткосрочный прогноз заболеваемости на 2025 г. Пробл. особо опас. инфекций. 2025;1:6-17.

2. Айвазян С.О. Дифференциальный диагноз эпилептического и неэпилептического миоклонуса у детей. Рос. вестн. перинатол. и педиатрии. 2009;54(1):28-36.

3. Бедарева Т.Ю., Попонникова Т.В., Галиева Г.Ю., Вахрамеева Т.Н., Пиневич О.С. Клинико-патогенетические особенности острого периода микстинфекции клещевого энцефалита и иксодового боррелиоза у детей. Бюлл. сиб. мед. 2010;9(3):36-41. https://doi.org/10.20538/1682-0363-2010-3-36-41

4. Волкова Л.И., Ковтун О.П., Терещук М.А. Клинические особенности хронического клещевого энцефалита и эпилепсии Кожевникова на среднем Урале. Рус. ж. дет. неврологии. 2011;6(2):3-10.

5. Галиева Г.Ю., Попонникова Т.В., Федосеева И.Ф. Диагностическое и прогностическое значение нейронспецифической енолазы и белка S100 при клещевых нейроинфекциях у детей // Бюлл. сиб. мед. 2008;7(1):204-207. https://doi.org/10.20538/1682-0363-2008-0-204-207

6. Гончаренко В.А., Гончаренко Э.А., Федосеева И.Ф. Современные методы когнитивной реабилитации при синдроме Ретта. В сб.: Психология, психиатрия, наркология в XXI веке: первые шаги в науку и практику. Сб. материалов III международ. междисциплинарной науч.-практ. конф. молодых ученых и студентов. Кемерово, 2025, С.190-199

7. Гончаренко Э.А. Региональные особенности дифференциальной диагностики общеинфекционного синдрома в природных очагах клещевых нейроинфекций. В сб.: Организм и среда жизни: к 100-летию доктора медицинских наук, профессора Е.Д.Логачева и 70-летию кафедры биологии с основами генетики и паразитологии КемГМУ. Сб. материалов VI Всеросс. науч.-практ. конф. с международным участием. Кемерово, 2026. С.317-322.

8. Гончаренко Э.А., Кунгурцева М.Д. Астения как фактор снижения общей двигательной активности. В сб.: Психология, психиатрия, наркология в XXI веке: первые шаги в науку и практику. Сб. материалов III международ. междисциплинарной науч.-практ. конф. молодых ученых и студентов. Кемерово, 2025, С.207-213

9. Гуляев С.А. К вопросу о формировании судорожного синдрома при эпилепсии Кожевникова. Рус. ж. дет. неврологии. 2008;3(3):20-26

10. Демьяновская Е.Г., Погодина В.В., Бочкова Н.Г. и др. Хронический клещевой энцефалит. Лечащий врач. 2021;5:10-13.

11. Ибатуллин Р.А., Магжанов Р.В., Усманов И.Ф. Двустороннее поражение таламуса при клещевом энцефалите. Ж. неврол. и психиатрии. 2022;122(8):154-158.

12. Иерусалимский А.П. Прогредиентные формы клещевого энцефалита. Новосибирск: Наука, 2011. 76 с.

13. Кваскова Н.Е., Мухин К.Ю. Фокальный эпилептический миоклонус при синдроме Кожевникова–Расмуссена. Рус. ж. дет. неврологии. 2016;11(1):14-22.

14. Клещевой энцефалит в XXI веке / под ред. академика. РАН В.И. Злобина. М.: Наука., 2021. 471 с.

15. Колясникова Н.М., Герасимов С.Г., Ишмухаметов А.А., Погодина В.В. Эволюция клещевого энцефалита за 80-летний период: основные проявления, вероятные причины. Эпидемиол. и вакцинопрофилакт. 2020;19(3):78-88.

16. Команденко Н.И., Жукова Н.Г. Некоторые дискуссионные вопросы проблемы клещевого энцефалита. Бюлл. сиб. мед. 2006;5(1):57-62.

17. Коренберг, Э.И. Инфекции, передающиеся иксодовыми клещами в лесной зоне, и стратегия их профилактики: изменение приоритетов. Эпидемиол. и вакцинопрофилакт. 2013;5(72):7-17.

18. Надеждина М.В. Динамика биоэлектрической активности головного мозга при разных формах клещевого энцефалита. Альманах клин. мед. 2001;4:44-46.

19. Нужный Е.П., Федотова Е.Ю., Москаленко А.Н., Иллариошкин С.Н. Трудности дифференциальной диагностики хронического клещевого энцефалита и прогрессирующего надъядерного паралича. Рос. неврол. ж. 2022;27(1):88-93.

20. Попонникова Т.В., Галиева Г.Ю., Новиков В.Э., Галаганова Л.Г. Клещевой энцефалит у детей: особенности клиники и дифференциальной диагностики в современных условиях. Рус. ж. дет. неврологии. 2011;6(2):11-24.

21. Скрипченко Н.В., Егорова Е.С., Скрипченко Е.Ю., Вильниц А.А., Петров И.Б., Иванова Г.П. Клещевой вирусный энцефалит с прогредиентным течением у детей. Вопр. практ. педиатрии. 2022; 17(2): 167–174. [In Russian].

22. Федосеева И.Ф., Гончаренко А.В., Попонникова Т.В., Гончаренко В.А. Междисциплинарные аспекты диагностики наследственных нейродегенеративных болезней. РМЖ. Медицинское обозрение. 2025;9(11):782-787. https://doi.org/10.32364/2587-6821-2025-9-11-2

23. Федосеева И.Ф., Попонникова Т.В. Состояние биоэлектрической активности головного мозга у детей с тикозными гиперкинезами. Медицина в Кузбассе. 2012;11(3):41-46

24. Aitov K.A., Tarbeev A.K., Borisov V.A., Malov I.V., Maleev V.V. [Current aspects of the clinical picture of tick-borne encephalitis]. Vopr Virusol. 2007;52(5):33-7.

25. Bogovic P., Strle F. Tick-borne encephalitis: A review of epidemiology, clinical characteristics, and management. World J Clin Cases. 2015;3(5):430-41.

26. Poponnikova T.V. The clinical picture of chronic tick-borne encephalitis in children. Int J Med Microbiol. 2008;298 Suppl 1:S351–355 https://doi.org/10.1016/j.ijmm.2008.03.007

27. Poponnikova T.V. Specific clinical and epidemiological features of tick-borne encephalitis in Western Siberia. Int J Med Microbiol. 2006;296 Suppl 40:59-62. https://doi.org/ 10.1016/j.ijmm.2006.01.023.

28. Kahl O., Pogodina V.V., Poponnikova T., Süss J., Zlobin V. Chapter 1: a short history of TBE. Tick-Borne Encephalitis. In: The TBE Book. 2022.

29. Toczylowski K., Lewandowski D., Sulik A. New Aspects on Tick-borne Encephalitis in Children. Pediatr Infect Dis J. 2026;45(4):e125-e128.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ РОЛЬ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В РАЗВИТИИ СИНДРОМА СУХОГО ГЛАЗА

Гончаренко Э. А.[1], Федосеева И. Ф.[1], Гончаренко В. А.[2]

[1]Кафедра неврологии, нейрохирургии, медицинской генетики и медицинской реабилитации

[2]Кафедра офтальмологии

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

Аннотация. В статье рассматриваются психосоматические аспекты синдрома сухого глаза, обсуждаются механизмы коморбидности и потенциальные перспективы комплексного лечения. Многогранное влияние

синдрома сухого глаза на физическое и психическое здоровье требует целостного диагностического и терапевтического подхода, интегрирующего меры, направленные на коррекцию гомеостаза поверхности глаза, цифровую гигиену, улучшение субъективного самочувствия и качества жизни пациентов.

Ключевые слова: синдром сухого глаза, психосоматика, коморбидность

THE PATHOGENETIC ROLE OF PSYCHOSOMATIC FACTORS IN THE DEVELOPMENT OF DRY EYE SYNDROME

Goncharenko E.A., Fedoseeva I.F., Goncharenko V.A.
Department of Neurology, Neurosurgery,
Medical Genetics and Medical Rehabilitation,
Department of Ophthalmology
Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo

Abstract. This article examines the psychosomatic aspects of dry eye syndrome, discusses the mechanisms of comorbidity and potential prospects for comprehensive treatment. The complex influence of dry eye syndrome on physical and mental health requires a holistic diagnostic and therapeutic approach that integrates measures aimed at correcting ocular surface homeostasis, digital hygiene, improving subjective well-being and quality of life.

Keywords: dry eye syndrome, psychosomatics, comorbidity

Введение

Взаимосвязь нарушений зрения и состояния психического здоровья оказывает глубокое влияние на качество жизни и выходит за рамки медицинских проблем в связи с многочисленными социальными и экономическими аспектами [1, 2, 3]. Синдром сухого глаза (ССГ) - широко распространенное заболевание глазной поверхности, развитие которого связано с системными иммунными, нейроэндокринными, нейросенсорными механизмами, а также комплексом физиологических, психологических и социальных факторов. Учитывая повсеместное присутствие цифровых технологий во всех аспектах жизни,

цифровое зрительное утомление и ССГ стали глобальной проблемой [15]. Разнообразные симптомы часто не соответствуют объективным клиническим признакам, что затрудняет диагностику и лечение. В последние годы сложный патогенез ССГ рассматривается с позиций психонейроиммунологии, что позволяет в отдельных случаях считать ССГ психосоматическим заболеванием. Все больше данных свидетельствует о двусторонней связи между ССГ и психическими расстройствами, особенно депрессией, тревожностью, посттравматическим стрессовым расстройством и нарушениями сна. Следовательно, его лечение должно основываться на многогранном патогенетическом подходе, учитывающем как молекулярные механизмы, так и психосоциальные факторы [26]. Существующие фрагментарные, узкоспециализированные модели оказания медицинской помощи остаются недостаточно эффективными для решения этой комплексной клинической проблемы [17, 22]. Эффективность психосоматической терапии при психосоматических расстройствах получила широкое признание, однако в отношении ССГ потенциал для исследований не исчерпан [13, 27].

Объекты и методы исследования

С целью обобщения современных данных о взаимосвязи между ССГ, восприятием боли и психическим здоровьем проведен анализ результатов научных исследований по данной тематике из открытых источников в библиографических базах PubMed, РИНЦ, CyberLeninka, Google Scholar.

Результаты и их обсуждение

ССГ часто сочетается с психическими расстройствами и психологическими нарушениями, такими как тревога, депрессия, диссомния, и эти состояния, как правило, рассматриваются как следствие ССГ или побочный эффект лекарственных препаратов [10]. Исследования возможной психологической этиологии ССГ показали, что люди с высокой чувствительностью к тревоге более чувствительны к симптомам ССГ, которые дополнительно усиливаются в состоянии эмоционального стресса. Понимание

этих взаимосвязей имеет большое значение для комплексного лечения, указывая на потенциальные преимущества в отношении психологического здоровья пациентов с ССГ и здоровья глаз у пациентов с психическими расстройствами [22]. Личностные черты также могут влиять на субъективное восприятие симптомов ССГ, течение заболевания и психологическую адаптацию пациентов, что позволяет предположить формирование субъективно воспринимаемых симптомов под влиянием индивидуальных характеристик [20]. С широким спектром психологических и соматических последствий ассоциируется хронический стресс, связанный с работой. Однако его потенциальное влияние на зрительную функцию, особенно при отсутствии структурных повреждений глаз, остается недостаточно изученным.

В исследованиях последних лет критически рассматриваются данные, связывающие хронический стресс, дизрегуляцию вегетативной нервной системы и функциональные нарушения зрения, с акцентом на функцию аккомодации и астенопию [4, 11]. Функциональные нарушения зрения могут представлять собой периферические проявления стресс-индуцированной дизрегуляции вегетативной нервной системы. Имеющиеся данные свидетельствуют о том, что даже при отсутствии явной глазной патологии хронический стресс связан с астенопией, неэффективностью аккомодации и дискомфортом в глазах [4, 11, 18]. В качестве вероятного опосредующего механизма рассматривается изменение парасимпатической иннервации цилиарной мышцы. Следует отметить, что особенности дизайна таких исследований ограничивают возможность причинно-следственной интерпретации их результатов. Тем не менее, предложенная концепция подтверждает необходимость междисциплинарных исследований для уточнения клинической значимости стресс-индуцированной зрительной дисфункции [2, 3, 18]. Исследования ССГ и функциональных нарушений зрения показали, что когнитивная нагрузка снижает частоту моргания и дестабилизирует аккомодацию [4, 11, 19].

Оценивая корреляцию между ССГ, болевыми синдромами, депрессией, посттравматическим стрессовым расстройством A.Di Zazzo с соавт. подчеркивают роль хронической нейропатической боли в развитии ССГ и предполагают, что психологический стресс может усугублять симптомы ССГ [12].

ССГ и тревожные расстройства - распространенные заболевания, которые часто сочетаются, однако молекулярные механизмы, лежащие в основе их коморбидности, остаются недостаточно изученными. Основные механизмы включают дизрегуляцию гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы, воспалительные реакции, окислительный стресс, митохондриальную дисфункцию и снижение уровня нейротрофического фактора головного мозга. Дизрегуляция синтеза моноаминергических нейротрансмиттеров, таких как серотонин и норадреналин, способствует нарушениям настроения, изменяет секрецию слезной жидкости и восприятие боли в роговице [8]. Дистрофические изменения роговичных нервов и тригеминально-лимбическая сенсибилизация еще больше усиливают взаимосвязь между нейропатической глазной болью и аффективными нарушениями [7].

Психотропные препараты могут усугублять дисфункцию поверхности глаза за счет антихолинергического действия, изменения нейротрансмиссии и нестабильности слезной пленки, обеспечивая ятрогенный аспект этого взаимодействия. Ятрогенный фактор развития ССГ также может быть обусловлен широким спектром офтальмохирургических вмешательств [5,9]. Биомаркеры, включая цитокины, серотонин и нейротрофический фактор, рассматриваются как перспективные инструменты для скрининга, диагностики, прогнозирования и мониторинга лечения пациентов офтальмологического и психиатрического профилей [14]. Поиск сходных генов, сигнальных путей и иммунных маркеров при коморбидности ССГ и тревожности, показал, что *BTBD1*, *BANK1*, *UBA3* и *NEDD1* связаны с иммуновоспалительными

особенностями, при этом наблюдаются различные тканеспецифические профили экспрессии в роговице, слезной железе и гиппокампе [16].

ССГ связан с более высокой распространенностью депрессии и тревожности, причем эта взаимосвязь сложна и имеет двустороннюю направленность. Пациенты с ССГ могут испытывать психологический стресс из-за беспокойства, тревоги или страха, что приводит к вторичным последствиям, таким как депрессия и социальная изоляция, усугубляет симптомы, приводя к порочному кругу, еще больше ухудшающему качество жизни. Это подчеркивает важность включения скрининга психического здоровья в лечение ССГ, особенно для групп высокого риска. Стресс является известным фактором риска, однако его роль в развитии или прогрессировании некоторых форм офтальмопатологии не получила широкого признания. B.A. Sabel приходит к выводу, что стресс является как следствием, так и причиной потери зрения. Эта новая психосоматическая перспектива имеет значение для клинической практики, например, в виде рекомендаций методов снижения стресса и релаксации не только в качестве дополнения к традиционным методам лечения потери зрения, но и, возможно, в качестве профилактических средств для замедления прогрессирования потери зрения [21].

Оптимизация ухода за пациентами с ССГ требует эмпатии, эффективной коммуникации и установления терапевтического альянса, который учитывает опыт пациента и вовлекает его в разработку индивидуальных планов лечения. Такой подход может повысить удовлетворенность пациентов, улучшить приверженность лечению и решить офтальмологические и психологические проблемы заболевания [25].

По мнению T. Yang с соавт. основная проблема заключается в отсутствии интегрированных подходов к лечению сопутствующих заболеваний, особенно в пренебрежении последовательностью лечения, что часто снижает эффективность терапии. Лечение сочетанного ССГ и депрессии должно основываться на общих патофизиологических механизмах в рамках

интегрированной психосоматической парадигмы, включающей фенотипическую оценку, поэтапную терапевтическую пациентоориентированную стратегию, основанную на двусторонних биологических и психологических взаимодействиях, что позволит преодолеть междисциплинарные границы, обеспечить точный выбор лечения и улучшить долгосрочные результаты лечения пациентов [6, 26].

Заключение

Многогранное влияние симптомов ССГ на физическое и психическое здоровье, а также на повседневную жизнь, требует комплексного диагностического и терапевтического подхода, интегрирующего меры, направленные на коррекцию гомеостаза поверхности глаза, цифровую гигиену, улучшение субъективного самочувствия и качества жизни пациентов.

Литература / References:

1. Бржеский, В.В. Синдром «сухого глаза» и заболевания глазной поверхности [Текст]: монография / В.В. Бржеский, Г.Б. Егорова, Е.А. Егоров. М.: ИГ «ГЭОТАР-Медиа», 2019. 448 с.

2. Визило Т.Л., Гончаренко В.А., Гончаренко А.В., Федосеева И.Ф. Кросс-модальная пластичность как основа реабилитации при зрительной депривации различного генеза. В сб.: Арт-терапия. Фундаментальные и прикладные научные исследования: актуальные вопросы, достижения и инновации. Кемерово, 2025. С. 189-198.

3. Гончаренко В.А., Гончаренко А.В., Басова Г.Г., Визило Т.Л. Нейропсихологические аспекты визуального восприятия в реабилитации офтальмопатологии. В сб.: Арт-терапия. Фундаментальные и прикладные научные исследования: актуальные вопросы, достижения и инновации. Кемерово, 2025. С. 228-235.

4. Гончаренко Э.А., Кунгурцева М.Д. Астения как фактор снижения общей двигательной активности. В сб.: Психология, психиатрия, наркология в XXI веке: первые шаги в науку и практику. Сб. материалов III международ.

междисциплинарной науч.-практ. конф. молодых ученых и студентов. Кемерово, 2025, С.207-213

5. Громакина Е.В., Гончаренко А.В., Гончаренко В.А. Современные тенденции освоения технологий микрохирургии при травмах органа зрения. В сб.: Современный мир, природа и человек. сборник материалов XXIII Международной научно-практической конференции. Кемерово, 2024. С. 146-155.

6. Дроздова Е.А., Бердникова Е.В., Дашенко Д.М. Факторы риска, особенности клинической картины и показания к лечению синдрома сухого глаза в молодом возрасте. Вестник офтальмологии. 2023;139(6):92–98

7. Медведев И.Б., Борисова М.Ю., Шалиева С.Р., Баталина Л.В., Дергачёва Н.Н. Субъективная оценка степени выраженности симптомов синдрома сухого глаза по данным опросника OSDI среди пациентов, использующих различные варианты коррекции аметропии. Офтальмология. 2023;20(2):303-307

8. Сафонова Т.Н., Медведева Е.С., Медведева С.Л. Невропатическая боль при синдроме «сухого глаза». Часть 2. Клиническая картина, диагностика и лечение. Вестник офтальмологии. 2023;139(4):100–106

9. Сахнов, С.Н. Изменения глазной поверхности после факоэмульсификации [Текст] / С.Н. Сахнов, С.В. Янченко, А.В. Малышев и соавт. // Вестник офтальмологии . 2021. Том 137, №6.- С. 55-60

10. Федосеев М. Н., Гончаренко В. А., Гончаренко Э. А., Кукуюк Т. В. Диссомнические расстройства, ассоциированные с синдромом сухого глаза. 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 мая 2026 г.). Ч. 2. / Г. В. Акименко, А. М. Селедцов, А. С. Яковлев, Л.В. Гукина; отв. ред. Г. В. Акименко. Кемерово: КемГМУ, 2026. 65 с.

11. 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.

12. Di Zazzo A., De Gregorio C., Spelta S., et al. Mental burden of ocular surface discomfort. Eur J Ophthalmol. 2025 Jul;35(4):1445-1455.

13. Fu Y/, Liu C/, Xu G. Mechanisms of acupuncture in the treatment of dry eye disease: narrative review of experimental studies. Int Ophthalmol. 2025;45(1):464.

14. Kaštelan S., Kozina L., Tomić Z., et al. Dry Eye Disease and Psychiatric Disorders: Neuroimmune Mechanisms and Therapeutic Perspectives. Int J Mol Sci. 2025;26(21):10699.

15. Kopilaš V., Korać D., Brajković L., et al. Visual Functioning and Mental Health in the Digital Age. J Clin Med. 2025;14(5):1557.

16. Long X., Peng X., Liu G., et al. Comorbidity of anxiety and dry eye disease: shared biomarkers and immune responses. Front Immunol. 2026;17:1854853.

17. Malkin A., Deemer A., Contreras M., et al. Self-management interventions for quality of life in adults with visual impairment. Cochrane Database Syst Rev. 2025;2(2):CD015790.

18. Malvasi M., Pacella E., De Sio S., et al. Functional Visual Symptoms, Accommodative Dysfunction, and Visual Performance Alterations in Chronic Work-Related Stress: A Narrative Review. Vision (Basel). 2026;10(1):14.

19. Manna P. From the Ocular Surface to Neurophysiology: An Integrative Review of Digital Eye Strain. Clin Optom (Auckl). 2026;18:586750.

20. Meduri A., Merlo E.M., Sparacino G., et al. Dry Eye Disease and personality: a systematic review. Front Med (Lausanne). 2026;13:1776417.

21. Sabel B.A., Wang J., Cárdenas-Morales L., et al. Mental stress as consequence and cause of vision loss: the dawn of psychosomatic ophthalmology for preventive and personalized medicine. EPMA J. 2018;9(2):133-160.

22. Toth M., Jokić-Begić N., Krašić S. The Relationship Between Anxiety Sensitivity, Emotional States, and Dry Eye Disease Symptom Severity: A Cross-Sectional Study. Vision (Basel). 2025;9(2):36.

23. Tsilivigkos C., Papantoniou K., Stavrakas M. Dry Eye Syndrome as a Potential Sequel of Laryngopharyngeal Reflux: Shared Mechanisms and Clinical Implications. Maedica (Bucur). 2025;20(3):600-609.

24. van der Linden R.T.M., van Nispen R.M.A., van Krieken V., et al. Unveiling the psychological impact of visual impairment in young and middle-aged adults: a concept mapping study. BMC Psychol. 2026;14(1):885.

25. Villani E., Barabino S., Giannaccare G., et al. From Symptoms to Satisfaction: Optimizing Patient-Centered Care in Dry Eye Disease. J Clin Med. 2025;14(1):196.

26. Yang T.D., Wu C.L., Li X.J., et al. Integrated management of dry eye-depression comorbidity: mechanistic insights and temporal therapeutic strategies. Front Med (Lausanne). 2026; 13:1829273.

27. Zhao C., Li X. Dry eye disease and psychosomatics-benefits of mind-body therapy for dry eye disease. Front Med (Lausanne). 2025; 12:1600258.

СРЕДСТВА ОРГАНИЗАЦИИ УЧЕБНОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНО ОРИЕНТИРОВАННОЙ КОММУНИКАЦИИ НА ЗАНЯТИЯХ ПО АНГЛИЙСКОМУ ЯЗЫКУ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ

Гукина Л. В.
Кафедра иностранных языков
ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Аннотация. В статье рассматривается использование функционального потенциала ситуационных коммуникативных заданий при работе с английским медицинским текстом, реализуемой в условиях комплексного применения интерактивных методов и креативных технологий. Показана роль учебной профессионально ориентированной коммуникации, организованной в стилистике корпоративного ситуационно обусловленного общения обучающихся на основе изучаемого медицинского текста с разноформатными компонентами, в решении комплекса педагогических и образовательных задач.

Ключевые слова: учебная профессионально ориентированная коммуникация, разноформатные компоненты текста, интерактивные технологии, креативные технологии, ситуационные коммуникативные задания, английский язык медицины

TOOLS FOR ORGANIZING PROFESSIONALLY ORIENTED COMMUNICATION IN ENGLISH CLASSES AT A MEDICAL UNIVERSITY

Gukina L. V.
Department of Foreign Languages,
Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo

Abstract. The article examines the functional potential of situational communicative tasks when working with English medical texts, utilizing a combination of interactive methods and creative technologies. It highlights the role of professionally oriented communication structured as a corporate, context-specific interaction among learners based on the medical text featuring diverse components in addressing a range of pedagogical and educational objectives.

Keywords: professionally oriented educational communication, text components of various formats, interactive technologies, creative technologies, situational communicative tasks, English for medicine.

В современной методике обучения английскому языку медицины в вузе принято использовать коммуникативный потенциал текста на всех этапах работы с ним, прибегая к сочетанной имплементации разных технологий чтения. При этом важной педагогической задачей является выбор актуального технологического инструментария для создания на предтекстовом, текстовом и послетекстовом этапах условий, способствующих организации учебной профессионально ориентированной коммуникации в группе обучающихся с опорой на тематику изучаемого текста. От педагогического выбора комплекса методик и обучающих технологий зависит, насколько корректно будет сформирована среда для устной корпоративной коммуникации, в которой обучающиеся могут не только реализовать уже имеющиеся языковые навыки, но и в процессе имитации общения с коллегами в будущей профессии сформировать новые профессионально ориентированные коммуникативные компетенции, уметь проявлять самостоятельность в ведении диалога, креативно работать над смыслами текста [1; 2; 4].

Цель работы: изучить потенциал комплексного применения интерактивных методов и обучающих технологий на занятиях по английскому языку медицины для организации учебной профессионально ориентированной коммуникации обучающихся с основой на коммуникативный потенциал разноформатных компонентов текста.

Материалы и методы исследования

Был обобщен опыт обучения английскому языку медицины на продвинутом этапе. Проанализирован дидактический материал, используемый при работе с разноформатными фрагментами текста, которая осуществляется в стилистике учебной корпоративной профессионально ориентированной коммуникации.

Результаты и их обсуждение

Компоненты учебного медицинского текста обладают разным коммуникативным потенциалом, они могут иметь отличающийся друг от друга

формат – собственно текстовые фрагменты, таблицы, графики, рисунки, схемы. Именно они могут быть объектами, дающими возможность осуществлять всем участникам учебного процесса устную коммуникацию на этапе работы с конкретным фрагментом текста.

Как правило, текст таблиц отличается специфичностью и факультативностью к контексту темы, представленной в тексте. Они требуют отдельного прочтения и изучения, поэтому при использовании адекватных технологий их содержание может быть использовано как основа для ситуационного коммуникативного задания или диалога.

Ситуационные коммуникативные задания на занятиях по английскому языку медицины многофункциональны. Их можно рассматривать как интерактивную технологию или инициативные упражнения, позволяющие обозначить формат общения в рамках работы над конкретным фрагментом текстовой информации, определить выбор адекватных языковых моделей, модальности и эмоциональной составляющей профессионально ориентированной коммуникации, что имеет непосредственное отношение к формированию коммуникативной культуры будущего врача [3; 7; 9]. В процессе корпоративного общения обучающиеся испытывают необходимость самостоятельного выбора модели речевого поведения, используя одни, и отказываясь от других фраз и выражений, отмечают неадекватность или грамотность выбора речевых средств партнерами – будущими коллегами.

При выполнении ситуационного коммуникативного задания следующие условия обеспечивают успешность корпоративного коммуникативного взаимодействия: реализация коммуникативного потенциала личности преподавателя и студента на основе модели двусторонней коммуникации; развитие коммуникативной мобильности со стороны субъектов диалогического общения, обеспечивающее эффективный переход в разные языковые сферы, специфичные для профессии врача; разработка и использование дидактических

средств, способствующих диалогическому взаимодействию, как интерактивному методу обучения [5; 10; 12].

В учебную корпоративную коммуникацию с опорой на информацию медицинского текста инкорпорирована многофункциональность. Она реализует развивающую функцию, стимулируя творческую активность обучающихся, развивает их логические способности, умения мыслить самостоятельно, аргументировать свою точку зрения, а также формирует общую культуру иноязычной речи и межличностного взаимодействия [6; 11; 14]. Кроме того, она выполняет обучающую функцию, когда коммуниканты приобретают определённые языковые навыки, опыт общения, идет закрепление уже имеющихся знаний и умений и сознательное использование иностранного языка в профессионально ориентированных целях. Следует также отметить воспитательную функцию корпоративной коммуникации, поскольку в процессе общения осуществляется формирование социальной компетенции обучающихся, укрепление межличностных отношений, развивается умение слушать партнера, уважать его мнение.

При решении ситуационной коммуникативной задачи в формате иноязычного диалогического профессионально ориентированного общения обучающиеся должны продемонстрировать такие экстралингвистические умения как распределение ролей, делегирование лидирующей роли одному или нескольким участникам ситуации общения, умения управления развитием ситуации, толерантность в общении с партнерами, обладающими разными темпераментами и уровнем владения языка, умение критической оценки достигнутого результата. Другими экстралингвистическими чертами корпоративной коммуникации являются: коллективность информации; вариативность информации; различия в оценке информации; активное участие в речи мимики, жестов, действий партнеров; влияние предметного окружения собеседников. Из вербальных средств важен набор фраз для привлечения внимания собеседника, начала разговора, предложения темы, использования

языковых средств, позволяющих заинтересовать партнера по общению. Ниже представлен пример ситуационного коммуникативного задания, разработанного на основе содержания таблицы несплошного медицинского текста:

TEXT «THE RESPIRATORY SYSTEM»

CASE PROBLEM: The physician is examining a patient with respiratory symptoms. The relevant symptoms given below should be taken into consideration.

- *Work in groups of two or three to study the table in the text and discuss one of the main presenting symptoms given below which point to an underlying respiratory disorder:*

Cough – Sputum

Breathlessness – Chest pain

Haemoptysis – Wheeze

- *In a dialogue discuss why the symptoms are of importance for a physician. Simulate an actual situation for the case under study. Mind using relevant vocabulary and adequate speech patterns.*

Технологии реализации учебного корпоративного профессионально ориентированного общения при выполнении подобных ситуационных коммуникативных задний вариативны. Основанием для их выбора или комплексного применения являются интерактивность и креативность. Например, синквейн актуален как средство детализации смыслов, вложенных в текст таблиц, и как прием обобщения доминантных смыслов текста. Он требует более глубокого понимания обучающимися явления синонимии в английском языке, понимания организации лексико-семантических групп, включая медицинскую терминологию, а также креативности при его создании [8; 13].

Технология обобщения информации в виде кластера также востребована при работе с таблицами и рисунками внутри текста, поскольку в их основе лежит принцип свертывания и развертывания информации. Кластер является способом графической организации учебного материала, позволяющим сделать мыслительные процессы, которые происходят при изучении содержания текста,

наглядными. При анализе текстового содержания таблиц оно также может быть представлено в виде кластера. Данная технологи позволяет расширять границы участия обучающихся в коммуникации от межличностного диалогического обсуждения проблемы, до принятия корпоративных решений и дискуссии в расширенной группу коммуникантов.

Технология игры традиционно актуальна для ситуаций учебной коммуникации на английском языке. Она является одной из наиболее гибких технологий, которая может быть задействована при формировании разных аспектов речевой деятельности. Игра позволяет вывести обучающихся с уровня автономной самостоятельной работы с содержанием фрагмента текста на уровень говорения в формате корпоративного общения. При работе с таблицами, рисунками, графиками игра позволяет моделировать ситуации, приближенные к реальным ситуациям общения, актуальным для обучающихся в будущей профессии.

Заключение

Для организации учебной корпоративной профессионально ориентированной коммуникации обучающихся в рамках занятия по английскому языку с опорой на разноформатные компоненты медицинского текста требуются релевантные педагогические решения и технологические приемы, позволяющие сделать процесс обучения эффективным, а среду коммуникации комфортной. Ситуационные коммуникативные задания, реализуемые в стилистике технологии синквейн или кластера, относятся к таким технологическим средствам, в основу которых заложена интерактивность, и при комплексном применении они задействуют критическое мышление и креативность обучающихся.

Литература / References:

1. Воронина И. Р., Чеснокова П. А., Бородина Е. Д., Казанцева Г. А. Возможности технологии диалогового обучения в вузе // Инновационная

экономика: перспективы развития и совершенствования. 2020. № 7 (49). С. 194–199.

2. Голикова Т. О. Применение коммуникативного подхода при обучении английскому языку студентов продвинутого уровня // Современное педагогическое образование. 2024 № 6. С. 112–114.

3. Головкина Н. П. Ситуационное моделирование при обучении иностранному языку как способ формирования речевых действий обучающихся // Международный журнал гуманитарных и естественных наук. 2023. № 6- 2 (81). С.134–136.

4. Гукина Л. В., Личная Л. В. Особенности адаптации учебно-методического содержания дисциплины при обучении иностранных студентов английскому языку медицины в билингвальном контексте // Поликультурное образование в современном мире: вызов и перспектива: материалы Международной научно-практической конференции. 2021. С. 138–149.

5. Гукина Л. В. Использование кластера как активного метода обучения профессионально ориентированному иностранному языку // Современные технологии дистанционного и электронного обучения в обеспечении медицинского образования. Материалы X Межрегиональной научно-методической конференции. 2018. С. 102–105.

6. Гукина Л. В. Воспитательный аспект диалогического общения студентов-медиков на занятиях по иностранному языку / Л.В. Гукина // Современные проблемы воспитательного процесса в медицинском вузе: материалы V Региональной научно-практической конференции. Кемерово: КемГМУ, 2017. С. 38–41.

7. Гукина Л. В. Воспитательный потенциал практических занятий по иностранному языку / Л. В. Гукина, Л. В. Личная // Современные проблемы воспитательного процесса в медицинском вузе. Сборник докладов. 2016. С. 38–43.

8. Гукина Л. В. Семантическая классификация английских и русских

глаголов со значением «Расположение в пространстве» / Л.В. Гукина // Диссертация на соискание ученой степени кандидата филологических наук / Кемеровский государственный университет, Кемерово. 1997. С. 139–186.

9. Гуреева А. В. Моделирование ситуаций общения как одно из средств формирования иноязычной коммуникативной компетенции студентов языковых вузов // Современное педагогическое образование. 2019. № 8. С. 35–37.

10. Лопатин М. А. Развитие коммуникативной компетенции студентов с помощью навыков критического мышления на занятиях по иностранному языку // Научно-методический электронный журнал «Концепт». 2019. № 10. URL: http://e-koncept.ru/2019/195029.htm (дата обращения 20.08.2026).

11. Лукьянова М. И., Гмызина Г. Н., Старостина Н. Н. Развитие критического мышления студентов в процессе изучения иностранного языка // Изв. Сарат. ун-та. Нов. сер. Сер. Акмеология образования. Психология развития. 2019. Т. 8. 2. (30). С. 104–112.

12. Серова Т. С., Тулиева К. В., Пипченко Е. Л. Разыгрывание коммуникативно-речевых микроситуаций как средство обучения монологическому высказыванию в иноязычном диалогическом общении // Вестник ПНИПУ. Проблемы языкознания и педагогики. 2019. № 1. С. 125–147.

13. Abidova, M. Features of Medical Terminology Teaching in English Lessons / M. Abidova, N. Guzacheva // Bulletin of Science and Practice. 2020. 6(4), P. 434–437. Доступно по: https://doi.org/10.33619/2414-2948/53/50 (дата обращения: 10.08.2026).

14. Lipatova E. G. Formation of future doctors professional communication culture within the competence-based approach. // Teaching Methodology in Higher Education. 2020. Vol. 9. No 32. P. 47–58. DOI: 10.18720/HUM/ISSN 2227-8591.32.04

ТЕХНОЛОГИИ ФОРМИРОВАНИЯ КОММУНИКАТИВНОЙ КУЛЬТУРЫ БУДУЩИХ ВРАЧЕЙ ПРИ ОБУЧЕНИИ АНГЛИЙСКОМУ ЯЗЫКУ МЕДИЦИНЫ НА ПРОДВИНУТОМ ЭТАПЕ

Гукина Л. В., Личная Л. В.
Кафедра иностранных языков
ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Аннотация. В статье рассматриваются стратегии формирования культуры общения будущих врачей в контексте обучения иноязычной профессионально ориентированной коммуникации с помощью ситуационных коммуникативных заданий. Отмечается значимость педагогического планирования учебного ситуационно обусловленного общения, наличия дидактического материала, содержащего модели речевого поведения с учетом формул вежливости. Показана роль интерактивных технологий в создании на занятиях по английскому языку эффективной коммуникативной среды, способствующей реализации обучающимися своих профессионально ориентированных знаний, развитию критического мышления, формированию культуры коммуникации, востребованной в профессиональной деятельности.

Ключевые слова: учебная профессионально-ориентированная коммуникация, культура общения, ситуационные коммуникативные задания, речевые модели, интерактивные технологии, коммуникативная среда, английский язык медицины.

TECHNOLOGIES FOR DEVELOPING THE COMMUNICATIVE CULTURE OF FUTURE DOCTORS DURING ADVANCED-LEVEL MEDICAL ENGLISH TRAINING

Gukina L. V., Lichnaya L. V.
Department of Foreign Languages
Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo

Abstract. The article examines strategies for fostering a culture of communication among future physicians within the context of teaching professionally oriented foreign-language communication through situational communicative tasks. It highlights the importance of pedagogically planning situation-based classroom interaction and utilizing didactic materials that incorporate models of speech behavior including polite expressions. Furthermore, the article demonstrates the role of interactive technologies in creating an effective communicative environment during English classes; such an environment facilitates the application of professional knowledge, the development of critical thinking, and the cultivation of a communication culture essential for professional practice.

Keywords: professionally oriented educational communication, communication culture, situational communicative tasks, speech models, interactive technologies, communicative environment, English for medical purposes.

На продвинутом этапе обучения английскому языку медицины идет формирование коммуникативных навыков, приближенных к будущей профессиональной деятельности обучающихся. В расширенном формате изучается лексика и терминология, входящая в область знаний по клинической медицине, отрабатываются приемы ее классификации и методы корпоративной работы над смыслами иноязычных медицинских текстов, включающих компоненты с узкоспециализированной информацией, представленной в виде таблиц и рисунков [8; 9]. При этом актуализируется необходимость задействовать в учебный процесс механизм обучения правилам общения будущих врачей в коллективе, общения с пациентами, то есть обучения этике профессионально ориентированного вербального и невербального поведения. Задача педагогов состоит в выборе релевантных методов и технологических приемов, дающих возможность инкорпорировать элементы культурно-нравственного воспитания в контекст обучения иноязычной профессионально ориентированной коммуникации на продвинутом этапе [13].

Цель работы: изучить возможность формирования у будущих врачей модели культурного профессионально ориентированного общения на занятиях по английскому языку путем комплексного применения интерактивных методов и обучающих технологий.

Материалы и методы исследования

Обобщен опыт обучения студентов-медиков профессионально ориентированному общению на продвинутом этапе, проведен анализ дидактического материала и технологий, способствующих формированию навыков культурной коммуникации будущих врачей.

Результаты и их обсуждение

Обучение английскому языку медицины и формирование коммуникативной культуры представляют собой единый процесс становления профессиональной компетентности специалиста [6; 7]. Эксперты в области вузовской педагогики на основании коммуникативных знаний, умений и навыков, личностных качеств и ценностных отношений выделяют три основных компонента модели профессиональной коммуникативной культуры будущего врача: деятельностный (комммуникативные умения и навыки), когнитивный (коммуникативные знания) и ценностный (личные качества, ценностные отношения) [2; 4; 11].

На продвинутом этапе обучения при корпоративном выполнении обучающимися профессионально ориентированных коммуникативных заданий выявляется тенденция вести диалог, в структуре которого значительно укорачиваются вводная часть, предполагающая использование фраз приветствия или вежливого обращения, и часть, завершающая коммуникативное взаимодействие с использованием определенных языковых моделей [3]. В примере ниже показано, что структура ситуационного коммуникативного задания с опорой на текст таблиц, как правило, предполагает вводную и заключительную части, требующих формул вежливости, однако на практике

коммуниканты предпочитают сразу переходить к обсуждению узкопрофессиональных вопросов, обозначенных в коммуникативном задании:

«THE CARDIOVASCULAR SYSTEM»

Topic «The Cardiovascular System. Symptoms. History».

CASE PROBLEM: The physicians are discussing the case of a patient with a cardiovascular disorder. The relevant but not exclusive to this system symptoms given below should be taken into consideration.

- *Work in groups of two or three to discuss one of the main principal symptoms related to diseases of cardiovascular system given below:*

Symptoms	Important questions
1. *Chest pain*	Mode of onset, site, nature, duration, radiation, precipitating and relieving factors, influence of movement and breathing
2. *Breathlessness*	Onset – either acute, slow or persistent; relation to activity; associated symptoms
3. *Dizziness / faint*	Description of an episode; relation to posture activity, movement; precipitating factors; associated symptoms and conditions
4. *Palpitations*	Mode of onset and termination; duration; associated symptoms; smoking; coffee and tea consumption
5. *Ankle swelling*	Unilateral or bilateral; episodic or persistent; worse with activity
6. *Cough*	Frequency; dry or productive; associated symptoms
7. *Haemoptysis*	Onset; frothy, pink or blood; amount; frequency; associated symptoms
8. *Fatigue*	Tiredness, exhaustion, lack of will or drive; degree of effort causing fatigue

- *In a dialogue simulate an actual situation for the case under study. Use the table above to ask important questions when discussing with colleagues the case of the*

patient suffering from a cardiovascular disease. Mind using relevant vocabulary and adequate speech patterns.

Целью данного ситуационного коммуникативного задания является формирование у обучающихся навыков профессионально ориентированного общения по модели «врач – врач». Формулы вежливости востребованы на всех этапах ведения коммуникации (краткое приветствие коллегами друг друга – фразы выражения модальности в ходе обсуждения кейса – заключительные фразы вежливости). Целью следующего ситуационного коммуникативного задания является формирование коммуникативных навыков будущих врачей по модели общения «врач – пациент». В структуру данного задания также инкорпорированы элементы развития этики и культуры общения:

«THE CARDIOVASCULAR SYSTEM»

Topic «The Cardiovascular System. Symptoms. Chest pain. Angina».

CASE PROBLEM: The physician is examining a patient suffering from the chest pain. It lasts less than 30 minutes and may be relieved by rest or administration of nitrates. In addition to a careful history about the pain the patient should be asked about the relevant risk factors

- *Work in groups of two or three to discuss risk factors associated with angina given below:*

Family history – angina / infarction before the age of 55 in a close relative.
Smoking – primary cigarette smoker, more than 20 a day.
Hypercholesterolaemia – positive personal or family history.
Hypertension – positive personal or family history.
Diabetes mellitus.

- *Use the table above to develop a program for cardiovascular diseases prevention. Mind using relevant vocabulary and adequate speech patterns.*

Приведенные выше коммуникативные ситуационные задания показывают, что помимо решения языковых задач (освоение профессиональной лексики и

терминологии, классификация лексики по тематическим группам, употребление грамматических моделей), они требуют ситуационного анализа, относящегося к профессиональной сфере, и учитывают сферу этики и культуры общения [1; 12]. Коммуникативное задание, приближенное к ситуации коммуникации в будущей профессиональной деятельности, становится эффективным дидактическим инструментом на занятии по английскому языку медицины на продвинутом этапе обучения. Метод ситуационного анализа, применяемый в малых и больших группах, обеспечивает интерактивность процесса обучения, мотивирует всех его участников к обсуждению практической ситуации профессиональной деятельности [5; 10]. Важно, что диалог происходит между всеми участниками: идет обмен мнениями, информацией и эмоциями. При этом чрезвычайно важно, что на занятиях по иностранному языку применяются базовые теоретические и практические знания по профильным дисциплинам, что способствует развитию умения находить решения профессиональных задач в нестандартных ситуациях и формированию гибкого мышления. В данном случае актуально прибегать к использованию интерактивных методов и технологий, способствующих развитию критического мышления обучающихся и мотивирующих креативный подход к обучению (кластер, синквейн и другие, реализуемые в стилистике игры или дискуссии). Работая в малых или больших группах, обучающиеся могут принять участие в самостоятельном создании ситуационных задач, что также способствует формированию культуры коммуникативного взаимодействия с коллегами, проявлению инициативы и ответственности. При составлении обучающимися ситуационных задач педагогу необходимо оценивать последовательность и полноту представленного материала по изучаемой теме и наличие компонентов, предполагающих использование формул вежливости.

Заключение

Формирование коммуникативной культуры будущего врача инкорпорировано в процесс вузовской подготовки и становления

профессиональной компетентности специалиста, в частности в курс английского языка медицины. Решение данной задачи в контексте изучаемого предмета требует педагогического планирования и организации системной учебной коммуникации с привлечением дидактического материала, в котором акцентируется использование формул вежливости и модальности. Ситуационные коммуникативные задания, реализуемые в стилистике интерактивных и креативных технологий, являются эффективным средством, позволяющим сочетать профессионально ориентированный интерес обучающихся с формированием культуры общения будущего врача.

Литература / References:

1. Алексеенко С. Н., Гайворонская Т. В., Дробот Н. Н. Симуляционные технологии в системе образовательного процесса медицинского вуза [Электронный ресурс] // Современные проблемы науки и образования. 2021. № 5. URL: https://science-education.ru/ru/article/view?id=31072 (дата обращения: 18.08.2026).

2. Алмазова Н. И., Рубцова А. В., Крылова Е. А., Ерёмин Ю. В., Смольская Н. Б. Стратегии индивидуализации высшего иноязычного профессионально ориентированного образования: подходы, методы, технологии: монография. СПб.: Политех-Пресс, 2020. С. 112.

3. Воронина И. Р., Чеснокова П. А., Бородина Е. Д., Казанцева Г. А. Возможности технологии диалогового обучения в вузе // Инновационная экономика: перспективы развития и совершенствования. 2020. № 7 (49). С. 194–199.

4. Голикова Т. О. Применение коммуникативного подхода при обучении английскому языку студентов продвинутого уровня // Современное педагогическое образование. 2024 № 6. С. 112–114.

5. Гукина Л. В. Использование кластера как активного метода обучения профессионально ориентированному иностранному языку // Современные технологии дистанционного и электронного обучения в обеспечении

медицинского образования. Материалы X Межрегиональной научно-методической конференции. 2018. С. 102–105.

6. Гукина Л. В. Воспитательный аспект диалогического общения студентов-медиков на занятиях по иностранному языку. // Современные проблемы воспитательного процесса в медицинском вузе: материалы V Региональной научно-практической конференции. Кемерово: КемГМУ, 2017. С. 38–41.

7. Гукина Л. В. Воспитательный потенциал практических занятий по иностранному языку. / Л.В. Гукина, Л.В. Личная // Современные проблемы воспитательного процесса в медицинском вузе: материалы IV региональной научно-практической конференции. Кемерово: КемГМА, 2016. С. 38–43.

8. Гукина Л. В. Технологии самостоятельной работы с иноязычным медицинским текстом. / Л.В. Гукина // Технологии организации самостоятельной работы обучающихся: материалы VIII Межрегиональной научно-методической конференции. Кемерово: КемГМУ, 2016. С.50–52.

9. Гукина Л. В. Семантическая классификация английских и русских глаголов со значением «Расположение в пространстве» / Л.В. Гукина // Диссертация на соискание ученой степени кандидата филологических наук / Кемеровский государственный университет, Кемерово. 1997. С. 139–186.

10. Лукьянова М. И., Гмызина Г. Н., Старостина Н. Н. Развитие критического мышления студентов в процессе изучения иностранного языка // Изв. Сарат. ун-та. Нов. сер. Сер. Акмеология образования. Психология развития. 2019. Т. 8. 2. (30). С. 104–112.

11. Молчан, Э. М., Гончарова, А. А. Диалогическое взаимодействие субъектов: ценностный аспект // Ценности и смыслы. 2016. №2 (42). С. 31–35.

12. Серова Т. С., Тулиева К. В., Пипченко Е. Л. Разыгрывание коммуникативно-речевых микроситуаций как средство обучения монологическому высказыванию в иноязычном диалогическом общении // Вестник ПНИПУ. Проблемы языкознания и педагогики. 2019. № 1. С. 125–147.

13. Lipatova E. G. Formation of future doctors' professional communication culture within the competence-based approach. // Teaching Methodology in Higher Education. 2020. Vol. 9. No 32. P. 47–58. DOI: 10.18720/HUM/ISSN 2227-8591.32.04

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ СОЦИАЛЬНЫХ НАВЫКОВ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Джалалова М. А. кизи
Кафедра психологии
Ферганский государственный университет,
Республика Узбекистан, г. Фергана

Аннотация. В статье рассматриваются психологическое содержание, структурные компоненты и условия формирования социальных навыков у детей дошкольного возраста в свете культурно-исторической концепции Л. С. Выготского. Социальные навыки анализируются как результат интериоризации ребёнком форм совместной деятельности и общения со взрослыми и сверстниками, реализуемой прежде всего в сюжетно-ролевой игре как ведущей деятельности дошкольного периода. Раскрываются коммуникативный, кооперативный и эмоционально-регулятивный компоненты социальных навыков, а также риски их недостаточной сформированности для последующей социальной адаптации и психического здоровья ребёнка. Обосновываются психолого-педагогические условия целенаправленного развития социальных навыков в дошкольном образовательном учреждении.

Ключевые слова: социальные навыки, дошкольный возраст, культурно-историческая теория, зона ближайшего развития, сюжетно-ролевая игра, социальная адаптация, психическое здоровье детей, психологическая служба.

PSYCHOLOGICAL FEATURES OF SOCIAL SKILLS FORMATION IN PRESCHOOL AGE

Jalalova M. A. kizi
Department of Psychology
Fergana State University, Uzbekistan, Fergana

Abstract. The article examines the psychological content, structural components, and conditions for the formation of social skills in preschool-age children in light of L. S. Vygotsky's cultural-historical theory. Social skills are analyzed as a result of the child's internalization of forms of joint activity and communication with adults and peers, realized primarily through role-play as the leading activity of the preschool period. The communicative, cooperative, and emotional-regulatory components of social skills are described, along with the risks of their insufficient formation for subsequent social adaptation and the child's mental health. The psychological and pedagogical conditions for the purposeful development of social skills in preschool educational institutions are substantiated.

Keywords: social skills, preschool age, cultural-historical theory, zone of proximal development, role-play, social adaptation, children's mental health, psychological service.

Введение

Дошкольный возраст представляет собой период интенсивного становления личности ребёнка, в течение которого закладываются базовые основы его социального поведения, определяющие в дальнейшем успешность адаптации к школьному обучению и более широкой социальной среде. Проблема формирования социальных навыков у детей дошкольного возраста приобретает особую актуальность в контексте современных задач психического здоровья населения, поскольку несформированность данных навыков на ранних этапах онтогенеза рассматривается в качестве одного из факторов риска последующих трудностей социальной адаптации, коммуникативных нарушений и эмоционально-поведенческих расстройств. В год 130-летия со дня рождения Л.

С. Выготского обращение к его культурно-исторической концепции развития психики представляется особенно уместным, поскольку именно в рамках данной теории было обосновано положение о социальной природе высших психических функций и решающей роли общения ребёнка со взрослым в становлении его личности.

Согласно культурно-исторической теории Л. С. Выготского, психическое развитие ребёнка осуществляется через интериоризацию, то есть перевод во внутренний план тех форм деятельности и общения, которые первоначально реализуются в совместной деятельности со взрослым, выступающим носителем культурно-исторического опыта [2, 14]. Понятие социальной ситуации развития, введённое Л. С. Выготским, подчёркивает, что своеобразие каждого возрастного периода определяется специфическим для него отношением ребёнка к окружающей социальной действительности. Применительно к дошкольному возрасту это означает, что становление социальных навыков ребёнка неразрывно связано с расширением круга его социального взаимодействия: от узкого круга близких взрослых к более широкому кругу сверстников и других взрослых в условиях дошкольного образовательного учреждения. Введённое Л.С. Выготским понятие зоны ближайшего развития также имеет непосредственное отношение к проблеме формирования социальных навыков, поскольку указывает на то, что многие социальные умения первоначально формируются ребёнком в сотрудничестве со взрослым или более компетентным сверстником и лишь впоследствии становятся самостоятельным достоянием ребёнка [3].

Целью настоящей статьи является теоретический анализ психологического содержания, структурных компонентов и условий формирования социальных навыков у детей дошкольного возраста, а также обоснование значимости данного процесса для психического здоровья и последующей социальной адаптации ребёнка.

Объекты и методы исследования

Материалом исследования послужили труды Л.С.Выготского, а также работы отечественных и зарубежных психологов, посвящённые проблемам социального и коммуникативного развития детей дошкольного возраста, психологии игровой деятельности и условиям формирования социальной компетентности личности на ранних этапах онтогенеза. В качестве метода исследования применялся теоретико-методологический анализ научной литературы, включающий сопоставление различных подходов к пониманию структуры социальных навыков дошкольников, а также обобщение описанных в литературе психолого-педагогических условий их целенаправленного развития. Использовались общенаучные методы анализа, синтеза и систематизации теоретических данных.

Результаты и их обсуждение

Под социальными навыками дошкольника в современной психологии понимается совокупность освоенных ребёнком способов взаимодействия с окружающими людьми, обеспечивающих эффективное и социально приемлемое общение, сотрудничество и совместную деятельность со взрослыми и сверстниками. В структуре социальных навыков дошкольного возраста могут быть выделены три взаимосвязанных компонента. Коммуникативный компонент включает умение вступать в контакт, поддерживать диалог, выражать свои мысли и потребности вербальными и невербальными средствами, а также воспринимать и понимать обращения других людей. Кооперативный компонент связан со способностью ребёнка согласовывать свои действия с действиями партнёров по совместной деятельности, распределять роли, договариваться и разрешать возникающие разногласия конструктивным способом. Эмоционально-регулятивный компонент отражает способность ребёнка распознавать собственные эмоциональные состояния и эмоции окружающих, а также произвольно регулировать собственное эмоциональное реагирование и поведение в ситуациях социального взаимодействия. Гармоничное развитие всех

трёх компонентов обеспечивает ребёнку полноценную готовность к вхождению в более широкую систему социальных отношений, в том числе к предстоящему школьному обучению.

Ведущим фактором формирования социальных навыков в дошкольном возрасте выступает сюжетно-ролевая игра, которая, согласно отечественной психологии развития, является ведущей деятельностью данного возрастного периода. В игре ребёнок моделирует систему человеческих отношений, принимает на себя различные социальные роли, учится подчинять своё поведение правилам, вытекающим из принятой роли, и координировать свои действия с действиями других участников игры. Д. Б. Эльконин, развивая идеи Л. С. Выготского, показал, что именно в ролевой игре происходит наиболее интенсивное освоение ребёнком норм и правил человеческих взаимоотношений, а также формирование произвольности поведения, являющейся необходимой предпосылкой развития социальной регуляции [12]. Таким образом, организация полноценной игровой деятельности в условиях дошкольного образовательного учреждения выступает не второстепенным, а системообразующим условием развития социальных навыков ребёнка.

Наряду с игровой деятельностью значимую роль в формировании социальных навыков дошкольника играет качество его взаимодействия со значимыми взрослыми, прежде всего с родителями и воспитателями. Характер детско-родительских отношений, стиль семейного воспитания и эмоциональная атмосфера в семье во многом определяют базовый уровень доверия ребёнка к окружающему миру и его готовность к открытому социальному взаимодействию, что согласуется с положениями теории привязанности и отечественными исследованиями психологии семейного воспитания. В условиях дошкольного образовательного учреждения существенное значение приобретает организация педагогом ситуаций совместной деятельности детей, стимулирующих кооперативное поведение, а также целенаправленное обучение

детей способам конструктивного разрешения конфликтов и выражения своих чувств социально приемлемым способом.

Отдельного внимания заслуживает вопрос о последствиях недостаточной сформированности социальных навыков в дошкольном возрасте для психического здоровья ребёнка. Дети с низким уровнем социальных навыков чаще сталкиваются с трудностями установления контактов со сверстниками, отвержением в детском коллективе, что может выступать источником хронического эмоционального неблагополучия, повышенной тревожности и формирования неадаптивных поведенческих стратегий, включая как агрессивное поведение, так и социальную замкнутость. В долгосрочной перспективе несформированность социальных навыков на этапе дошкольного детства рассматривается исследователями в качестве одного из факторов риска последующих трудностей школьной адаптации и, в отдельных случаях, предпосылки формирования более выраженных эмоционально-поведенческих нарушений, что определяет значимость данной проблематики не только для педагогической, но и для клинической психологии и превентивной психиатрии детского возраста.

Исходя из изложенного, к числу основных психолого-педагогических условий целенаправленного формирования социальных навыков у детей дошкольного возраста могут быть отнесены следующие. Организация систематической и разнообразной по содержанию сюжетно-ролевой игровой деятельности, включающей игры с постепенно усложняющейся системой ролей и правил. Создание в дошкольном образовательном учреждении ситуаций регулярного совместного взаимодействия детей, требующих согласования действий, распределения обязанностей и совместного решения задач. Целенаправленная работа педагогов и психологической службы дошкольного образовательного учреждения по обучению детей распознаванию и социально приемлемому выражению эмоций, а также способам конструктивного разрешения конфликтных ситуаций. Обеспечение эмоционально

поддерживающего, доверительного характера взаимодействия взрослых с ребёнком, реализующего идею Л. С. Выготского о сотрудничестве взрослого и ребёнка в зоне ближайшего развития как основном механизме психического развития.

Заключение

Проведённый теоретический анализ позволяет заключить, что формирование социальных навыков в дошкольном возрасте представляет собой закономерный результат интериоризации ребёнком форм совместной деятельности и общения со взрослыми и сверстниками, наиболее полно реализуемый в условиях сюжетно-ролевой игры как ведущей деятельности данного возрастного периода. Структура социальных навыков дошкольника включает коммуникативный, кооперативный и эмоционально-регулятивный компоненты, гармоничное развитие которых обеспечивает готовность ребёнка к дальнейшей успешной социальной адаптации. Недостаточная сформированность социальных навыков в дошкольном возрасте сопряжена с риском эмоционального неблагополучия и последующих трудностей социальной адаптации, что обусловливает значимость данной проблематики для специалистов в области возрастной, педагогической и клинической психологии. Полученные теоретические положения могут быть использованы психологическими службами дошкольных образовательных учреждений при разработке программ развития социальных навыков детей и профилактики нарушений их психического здоровья, что соответствует общей задаче развития современных тенденций психологической и психиатрической помощи в системе образования в единстве теории и практики.

Литература/References:

1. Божович Л. И. Личность и её формирование в детском возрасте. СПб.: Питер, 2008. 400 с.

2. Выготский Л. С. Собрание сочинений: в 6 т. Т. 4. Детская психология. М.: Педагогика, 1984. 432 с.

3. Выготский Л. С. Педагогическая психология. М.: Педагогика-Пресс, 1996. 536 с.

4. Захаров А. И. Предупреждение отклонений в поведении ребёнка. СПб.: Союз, 2000. 224 с.

5. Кондратьева Н. Е. Психологическое здоровье личности: структура и условия развития. СПб.: Речь, 2009. 176 с.

6. Лисина М. И. Формирование личности ребёнка в общении. СПб.: Питер, 2009. 320 с.

7. Мухина В. С. Возрастная психология: феноменология развития. М.: Академия, 2006. 608 с.

8. Обухова Л. Ф. Детская психология: теории, факты, проблемы. М.: Тривола, 1995. 360 с.

9. Смирнова Е. О. Детская психология. М.: Владос, 2003. 368 с.

10. Спиваковская А. С. Профилактика детских неврозов. М.: Изд-во МГУ, 1988. 200 с.

11. Субботский Е. В. Ребёнок открывает мир. –М.: Просвещение, 1991. 207 с.

12. Эльконин Д. Б. Психология игры. М.: Владос, 1999. 360 с.

13. Ашырова Милана Витальевна, Мухамеджанова Ильзира Равильевна. Типология игр в учебно-воспитательном процессе // Science and innovation. 2024. Т. 3. Special Issue 43. С. 208–213. Издатель: ООО «Science and innovation». URL: https://cyberleninka.ru/article/n/tipologiya-igr-v-uchebno-vospitatelnom-protsesse

14. Ainsworth M. D. S., Bowlby J. An ethological approach to personality development // American Psychologist. – 1991. – Vol. 46, № 4. – P. 333–341.

15. Vygotsky L. S. Mind in Society: The Development of Higher Psychological Processes. – Cambridge: Harvard University Press, 1978. – 159 p.

АКАДЕМИЧЕСКАЯ ПРОКРАСТИНАЦИЯ И УЧЕБНАЯ МОТИВАЦИЯ У СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ: ОБЗОР СОВРЕМЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Дутченко А. П., Шатобалов Я. И., Ростова Н. Н.
Кафедра философии и культурологии
ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Аннотация. В данной статье представлен обзор современных исследований, посвящённых академической прокрастинации и учебной мотивации у студентов-медиков. Целью работы является систематизация данных о связи этих феноменов и выявление опосредующих факторов. Методология включает анализ публикаций за последние 10 лет в базах PubMed, Google Scholar и eLibrary.ru. Показано, что между прокрастинацией и мотивацией существует устойчивая отрицательная корреляция (r от −0.276 до −0.572), а ключевыми медиаторами выступают академическая самоэффективность и социальная поддержка.

Ключевые слова: академическая прокрастинация, учебная мотивация, студенты-медики, медицинское образование, самоэффективность, обзор литературы.

ACADEMIC PROCRASTINATION AND LEARNING MOTIVATION IN MEDICAL STUDENTS: A REVIEW OF CONTEMPORARY RESEARCH

Dutchenko A. P., Shatobalov Ya. I., Rostova N.N.
Department of Philosophy and Cultural Studies
Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo

Abstract. This article presents a review of contemporary studies on academic procrastination and learning motivation in medical students. The aim of the work is to systematize data on the relationship between these phenomena and to identify mediating factors. The methodology includes an analysis of publications over the past

10 years in PubMed, Google Scholar, and eLibrary.ru databases. It is shown that there is a stable negative correlation between procrastination and motivation (r from −0.276 to −0.572), with academic self-efficacy and social support acting as key mediators.

Keywords: academic procrastination, learning motivation, medical students, medical education, self-efficacy, literature review.

Введение

Медицинское образование традиционно относится к числу наиболее стрессогенных и требовательных направлений профессиональной подготовки. Высокая академическая нагрузка, необходимость усваивать большие объёмы информации, эмоциональное напряжение при контакте с клиническим материалом — всё это создаёт условия для формирования академической прокрастинации, то есть систематического откладывания учебных задач, несмотря на осознание их важности и ожидаемых негативных последствий [1].

Прокрастинация — это не просто «лень» или недостаток силы воли. Современные исследователи рассматривают её как поведенческий паттерн, связанный с нарушениями саморегуляции, мотивационной сферы и эмоционального реагирования. Для студентов-медиков последствия прокрастинации особенно ощутимы: она снижает качество подготовки, повышает уровень тревоги, увеличивает риск академической неуспеваемости и, в конечном счёте, может ставить под угрозу формирование профессиональных компетенций.

Центральным вопросом, обсуждаемым в литературе, является взаимосвязь прокрастинации и учебной мотивации. Логично предположить, что чем выше мотивация студента, тем реже он откладывает дела. Однако механизм этой связи не так однозначен: важную роль играют как тип мотивации (внутренняя или внешняя), так и опосредующие психологические переменные — самоэффективность, социальная поддержка, удовлетворённость образовательной средой [2].

Цель настоящего обзора — систематизировать данные современных исследований о связи академической прокрастинации и учебной мотивации у студентов-медиков, а также выявить ключевые факторы, опосредующие эту связь.

Материалы и методы

Настоящий обзор выполнен на основе анализа научных публикаций, посвящённых проблеме академической прокрастинации и учебной мотивации у студентов медицинских специальностей. Поиск источников осуществлялся в базах данных PubMed, Google Scholar, eLibrary.ru и CyberLeninka. Использовались следующие ключевые слова: «академическая прокрастинация», «учебная мотивация», «студенты-медики», «медицинское образование», «academic procrastination», «learning motivation», «medical students». Глубина поиска составила 10 лет (2014–2024 гг.).

Критериями включения источников в обзор были: (1) принадлежность к тематике прокрастинации и/или учебной мотивации; (2) выборка, включающая студентов медицинских специальностей; (3) наличие количественных или качественных данных о связи прокрастинации и мотивации; (4) публикация в рецензируемом научном издании. Критериями исключения служили: отсутствие эмпирических данных, публикации в нерецензируемых источниках, а также работы, посвящённые прокрастинации в неклинических и немедицинских популяциях без сопоставления с медицинским образованием.

В результате отбора было проанализировано 10 источников, включающих как зарубежные, так и отечественные исследования. Среди них: количественные исследования, выполненные на выборках от 311 до 938 студентов (Ge et al., 2014; Hameed et al., 2025), качественное исследование на основе 32 глубинных интервью (Mosalanejad et al., 2026), а также работы, посвящённые методическим аспектам оценки прокрастинации и мотивации (Lay, 1986; Бадмаева, 2004; Klassen et al., 2008). Отдельно рассматривались исследования, раскрывающие

роль медиаторов — академической самоэффективности и социальной поддержки.

Методологическую основу обзора составили принципы систематизации и сравнительного анализа научной литературы. Данные из разных исследований сопоставлялись по следующим параметрам: характеристики выборки, используемые методики, выявленные корреляции между прокрастинацией и мотивацией, а также факторы, опосредующие эту связь. Такой подход позволил не только обобщить имеющиеся данные, но и выявить противоречия и пробелы в современном знании о проблеме.

Основная часть

1. Распространённость академической прокрастинации у студентов-медиков

Данные разных исследований свидетельствуют о высокой распространённости прокрастинации в медицинских вузах. В исследовании, проведённом в Университете Аджмана (ОАЭ), охватившем 938 студентов медицинских специальностей, более половины респондентов продемонстрировали умеренный уровень прокрастинации: 57,6% при написании курсовых работ, 53,9% при подготовке к экзаменам, 53,8% при выполнении заданий для чтения [3]. Авторы отметили, что студенты с высоким уровнем прокрастинации испытывали наибольший стресс (48,8%). Гендерная принадлежность ($p = 0,009$) и факультет ($p = 0,02$) были статистически значимо связаны с уровнем прокрастинации.

В перуанском исследовании, охватившем 337 студентов-медиков, 70,6% респондентов показали высокий уровень прокрастинации по шкале откладывания, а 35,9% — высокий уровень академического стресса. Академическая прокрастинация была значимо связана с повышенным уровнем стресса (PRa = 1,99; 95% ДИ: 1,36–3,03) [4].

Для оценки академической прокрастинации в большинстве исследований используется шкала К. Лэй, разработанная в 1986 году и адаптированная на

русскоязычной выборке. Методика позволяет измерить частоту откладывания учебных задач и широко применяется как в зарубежной, так и в отечественной психологии [5].

2. Связь прокрастинации и учебной мотивации: количественные данные

Наиболее убедительные доказательства отрицательной связи между прокрастинацией и мотивацией получены в крупных количественных исследованиях.

Прежде чем переходить к количественным данным, важно уточнить, что понимается под учебной мотивацией. В отечественной психологии одной из наиболее известных классификаций является модель Н. Ц. Бадмаевой, выделяющая коммуникативные, избегающие, престижные, профессиональные, творческие, учебно-познавательные и социальные мотивы учебной деятельности. Именно соотношение этих мотивов во многом определяет, будет ли студент откладывать выполнение учебных задач или приступит к ним своевременно [6].

В работе Ge et al. (2014), выполненной на выборке из 438 студентов медицинского университета в Шанхае, была выявлена статистически значимая отрицательная корреляция между академической прокрастинацией и учебной мотивацией: $r = -0.276$. Это означает: чем выше мотивация студента, тем ниже его склонность к откладыванию учебных задач. Авторы также установили, что уровень прокрастинации статистически значимо различается в зависимости от того, является ли студент старостой, а также от определённости его карьерных планов [7].

Метааналитическое исследование Kim & Seo (2026), обобщившее 155 размеров эффекта из 64 независимых исследований ($N = 28\,019$), показало, что связь между мотивацией и прокрастинацией зависит от качества мотивации. Внутренняя мотивация отрицательно связана с прокрастинацией, тогда как амотивация и контролируемая мотивация — положительно. Внешняя мотивация

не показала значимой связи с академической прокрастинацией. Эти данные подчёркивают важность различения типов мотивации при изучении прокрастинации [8].

3. Факторы, опосредующие связь прокрастинации и мотивации

Современные исследования всё чаще обращаются не к прямой связи «мотивация → прокрастинация», а к медиаторам, через которые эта связь реализуется.

Академическая самоэффективность. В исследовании Chen et al. (2024), охватившем 596 студентов, было показано, что социальная поддержка отрицательно коррелирует с академической прокрастинацией. При этом внутренняя мотивация и академическая самоэффективность выступают последовательными медиаторами в отношениях между воспринимаемой социальной поддержкой и снижением прокрастинации. Иными словами, поддержка со стороны преподавателей и однокурсников повышает уверенность студента в своих силах, что, в свою очередь, усиливает внутреннюю мотивацию и уменьшает откладывание. Ранее было показано, что низкая самоэффективность в саморегуляции предсказывает более высокий уровень прокрастинации у студентов: чем меньше студент верит в свою способность организовать учебный процесс, тем чаще он откладывает дела [9].

Тревожность как фактор. В пакистанском исследовании Hameed et al. (2025), охватившем 311 студентов-медиков, была выявлена значимая положительная корреляция между тревожностью и прокрастинацией: $r = 0.346$ ($p < 0,001$). Линейный регрессионный анализ показал, что тревожность значимо предсказывает прокрастинацию (B = 0,354), и наоборот (B = 0,339), объясняя 12% дисперсии. Это указывает на возможную двунаправленную связь: тревожность может усиливать прокрастинацию, а прокрастинация — повышать тревожность.

4. Качественный взгляд: причины демотивации и прокрастинации

Количественные данные дополняются качественными исследованиями, которые позволяют увидеть проблему глазами самих студентов. В исследовании, проведённом в Университете Джахром (Иран) на выборке из 32 студентов-медиков, были выявлены основные причины демотивации и прокрастинации: неуверенность в будущем трудоустройстве; неудовлетворённость теоретическим содержанием программы (отрыв от практики); неэффективные методы обучения и недостаток обратной связи от преподавателей; структурные трудности (недостаток навыков планирования); трудности с тайм-менеджментом и эмоциональное давление.

Эти данные важны для понимания того, что прокрастинация — не только индивидуальная психологическая проблема, но и реакция на институциональные условия образовательной среды. Следовательно, эффективная профилактика прокрастинации должна включать не только работу с мотивацией и самоэффективностью отдельного студента, но и изменения на уровне организации учебного процесса: снижение перегруженности, прозрачность критериев оценки, ранний контакт с клинической практикой и регулярная обратная связь [10].

Заключение

Проведённый обзор позволяет сформулировать следующие выводы.

1. Академическая прокрастинация широко распространена среди студентов-медиков: от 57,6% до 70,6% студентов демонстрируют умеренный или высокий уровень прокрастинации.

2. Между учебной мотивацией и прокрастинацией существует устойчивая отрицательная связь ($r = -0{,}276$), причём внутренняя мотивация связана с прокрастинацией отрицательно, а амотивация — положительно.

3. Связь опосредуется рядом психологических переменных, прежде всего академической самоэффективностью и социальной поддержкой. Тревожность также выступает значимым фактором, связанным с прокрастинацией ($r = 0{,}346$).

4. Институциональные факторы — содержание программы, методы обучения, обратная связь — играют существенную роль в формировании как мотивации, так и прокрастинации.

Практическая значимость обзора состоит в том, что он обозначает конкретные мишени для профилактики прокрастинации в медицинском образовании: развитие внутренней мотивации и самоэффективности, усиление социальной поддержки, снижение тревожности, ранний контакт с клинической практикой и совершенствование обратной связи.

Литература / References:

1. Mosalanejad L., Jahromi M. Z., Abiri S. et al. Exploring procrastination and anhedonia among medical science students at Jahrom University: a qualitative content analysis // BMC Medical Education. 2026. Vol. 26, № 1. P. 66.

2. Abubakker Siddiq et al. Academic Procrastination and its Associated Factors among Health Professional Students in Ajman, UAE // F1000Research. 2025. Vol. 14. P. 885.

3. Procrastinación académica y la fatiga visual como factores asociados al estrés académico en estudiantes de Medicina Humana de una Universidad privada, 2025 // Repositorio UPeU. 2025.

4. Hameed A., et al. Exploring the interplay between anxiety and academic procrastination: An institution-based cross-sectional study from Pakistan // Industrial Psychiatry Journal. 2025. Vol. 34, № 1. P. 82–88.

5. Ge X., Chen X., Zhang Y. et al. Associations between medical students‘ academic procrastination and learning motivation // Chinese Journal of Higher Medical Education. 2014. № 8. P. 6–8.

6. Kim S. Y., Seo E. H. Why we delay: A meta-analytic investigation of motivational quality and forms of delay // Personality and Individual Differences. 2026. Vol. 257. P. 113743.

7. Chen X. et al. Social support and academic procrastination in health professions students: the serial mediating effect of intrinsic learning motivation and

academic self-efficacy // Advances in Health Sciences Education. 2024. DOI: 10.1007/s10459-024-10394-4.

8. Бадмаева Н. Ц. Влияние мотивационного фактора на развитие умственных способностей. Улан-Удэ: Изд-во ВСГТУ, 2004. 280 с.

9. Lay C. H. At last, my research article on procrastination // Journal of Research in Personality. 1986. Vol. 20, № 4. P. 474–495.

10. Klassen R. M., Krawchuk L. L., Rajani S. Academic procrastination of undergraduates: low self-efficacy to self-regulate predicts higher levels of procrastination // Contemporary Educational Psychology. 2008. Vol. 33, № 4. P. 915–931.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЭМПАТИИ У СТУДЕНТОВ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО НАПРАВЛЕНИЯ ПОДГОТОВКИ

Елибаев Ж. Т.
Кафедры психологии
Национальный университет Узбекистана имени Мирзо Улугбека
Республика Узбекистан, г. Ташкент

Аннотация. В статье рассматриваются психологическое содержание, структурные компоненты и особенности развития эмпатии у студентов, обучающихся по направлению подготовки «Психология». Эмпатия анализируется как сложное многокомпонентное образование, включающее когнитивные, эмоциональные и поведенческие аспекты, а также как профессионально значимое качество личности будущего психолога, имеющее существенное значение для консультативной, психокоррекционной и иной помогающей деятельности. Обсуждаются факторы и психолого-педагогические условия развития эмпатии в студенческом возрасте, а также возможные риски чрезмерной эмоциональной вовлечённости при недостаточной сформированности навыков эмоциональной саморегуляции. Обосновывается необходимость целенаправленного включения методов развития эмпатии и

эмоциональной компетентности в систему профессиональной подготовки будущих психологов.

Ключевые слова: эмпатия, студенты-психологи, профессионально важные качества, эмоциональный интеллект, психологическое консультирование, эмоциональная саморегуляция, эмоциональное выгорание, психологическая служба вуза.

PSYCHOLOGICAL FEATURES OF EMPATHY IN PSYCHOLOGY STUDENTS

Yelibaev Zh. T.
Mirzo Ulugbek National University of Uzbekistan
Republic of Uzbekistan

Abstract. The article examines the psychological content, structural components, and developmental features of empathy in students majoring in Psychology. Empathy is considered as a complex multidimensional phenomenon involving cognitive, emotional, and behavioral aspects, as well as a professionally significant quality of the future psychologist that is important for counseling, psychocorrective, and other helping activities. The factors and psychological-pedagogical conditions contributing to the development of empathy during university education are discussed, together with the possible risks of excessive emotional involvement when emotional self-regulation skills are insufficiently developed. The necessity of purposefully incorporating empathy-development and emotional competence training into the professional education of future psychologists is substantiated.

Keywords: empathy, psychology students, professionally important qualities, emotional intelligence, psychological counseling, emotional self-regulation, emotional burnout, university psychological service.

Введение

Профессия психолога предъявляет к личности специалиста особые требования, среди которых способность понимать эмоциональные состояния, переживания и индивидуальные особенности другого человека занимает одно из значимых мест. Эмпатия как психологическое образование имеет существенное значение для установления и поддержания профессионального контакта, понимания внутреннего состояния клиента и построения эффективного межличностного взаимодействия. В связи с этим изучение особенностей эмпатии у студентов, обучающихся по направлению подготовки «Психология», представляет актуальную задачу современной психологии профессионального образования. Проблема эмпатии получила широкое освещение в трудах отечественных и зарубежных психологов. К.Роджерс связывал эмпатию с пониманием внутреннего мира другого человека при сохранении собственной позиции и способности воспринимать переживания другого как бы «изнутри», не утрачивая границ собственного «Я»[9]. В исследованиях А.А.Бодалева проблемы понимания человека человеком рассматриваются в контексте социального познания, межличностного взаимодействия и коммуникации[10]. Т.П.Гаврилова анализировала понятие эмпатии в зарубежной психологии, а также рассматривала её связь с процессами понимания и эмоционального отношения к другому человеку[2].

В.В.Бойко предложил модель эмпатии, включающую рациональный, эмоциональный и интуитивный каналы, а также ряд установок и механизмов эмпатийного взаимодействия[1]. Значительный вклад в понимание эмоциональной составляющей профессионального взаимодействия внесён также исследованиями эмоционального интеллекта, в рамках которых эмпатия рассматривается во взаимосвязи с осознанием собственных и чужих эмоциональных состояний, эмоциональной регуляцией и социальным взаимодействием[3]. Вопросы помогающего поведения и эмпатии представлены в работах Е.П.Ильина, рассматривающего эмпатию в контексте психологических

механизмов оказания помощи и особенностей помогающих профессий[4]. Несмотря на значительный объём теоретических и эмпирических исследований, проблема развития эмпатии именно на этапе профессиональной подготовки студентов-психологов требует дальнейшего изучения. Особое значение приобретает определение условий, позволяющих сочетать эмпатийное понимание другого человека с эмоциональной саморегуляцией и профессиональной рефлексией. Целью настоящей статьи является теоретический анализ психологического содержания, структурных компонентов и особенностей развития эмпатии у студентов психологического направления подготовки, а также определение её профессионального значения и психолого-педагогических условий развития в образовательном процессе высшего учебного заведения.

Объекты и методы исследования

Материалом исследования послужили теоретические работы отечественных и зарубежных психологов, посвящённые проблемам эмпатии, межличностного понимания, эмоционального интеллекта, профессионально важных качеств психолога и эмоционального выгорания представителей помогающих профессий. В качестве основных методов использовались теоретико-методологический анализ и обобщение научной литературы, сравнительный анализ различных подходов к пониманию структуры и содержания эмпатии, а также систематизация психолого-педагогических условий её развития в процессе профессиональной подготовки студентов. Дополнительно применялись общенаучные методы анализа, синтеза, сравнения и обобщения теоретических данных.

Результаты и их обсуждение

Проведённый теоретический анализ показывает, что в современной психологии эмпатия рассматривается как сложное многокомпонентное образование[15]. В различных теоретических подходах акцент делается на когнитивном понимании состояния другого человека, эмоциональном отклике

на его переживания и поведенческой готовности учитывать это состояние во взаимодействии. Поэтому когнитивные, эмоциональные и поведенческие аспекты эмпатии целесообразно рассматривать не как изолированные элементы, а как взаимосвязанные стороны единого процесса эмпатийного реагирования. Когнитивный аспект эмпатии заключается в способности понимать состояние, мысли и намерения другого человека посредством анализа ситуации, интерпретации его поведения и принятия перспективы другого.

Эмоциональный аспект связан со способностью эмоционально откликаться на переживания другого человека, сохраняя при этом различие между собственным эмоциональным состоянием и состоянием партнёра. Поведенческий аспект проявляется в практической реализации понимания и эмоционального отклика в процессе общения и оказания помощи. Согласно модели В. В. Бойко, эмпатийное реагирование связано с функционированием рационального, эмоционального и интуитивного каналов эмпатии, а также с особенностями установок личности, её способностью создавать атмосферу психологического проникновения и идентифицироваться с партнёром по общению[1]. Данный подход позволяет рассматривать эмпатию не только как эмоциональный отклик, но и как сложный процесс переработки информации о состоянии другого человека.

Важное значение для понимания эмпатии имеет гуманистический подход К. Роджерса. В рамках человекоцентрированной психотерапии эмпатическое понимание предполагает стремление воспринимать внутренний мир другого человека максимально близко к его субъективному переживанию, сохраняя при этом собственную позицию специалиста [9]. Такая форма эмпатии имеет непосредственное значение для профессионального общения психолога, поскольку способствует формированию атмосферы доверия и психологической безопасности. Особую значимость приобретает вопрос о развитии эмпатии на этапе обучения в вузе. Студенческий период характеризуется активным развитием профессионального самосознания, коммуникативной

компетентности, системы ценностей и навыков межличностного взаимодействия. В процессе профессионального обучения эмпатия может переходить от преимущественно житейского понимания сочувствия и сопереживания к более осознанной профессиональной форме, предполагающей анализ эмоциональных состояний другого человека, рефлексию собственных реакций и использование эмпатического понимания в рамках профессиональной роли.

Профессиональная значимость эмпатии для будущего психолога проявляется прежде всего в сфере межличностного взаимодействия. Эмпатическое понимание способствует установлению психологического контакта, более точному восприятию эмоционального состояния клиента и созданию условий для конструктивного консультативного взаимодействия. В этом отношении эмпатия тесно связана с проблематикой социального познания и понимания человека человеком, рассматриваемой в отечественной социальной психологии [10]. Одновременно необходимо учитывать, что профессиональная эмпатия не должна сводиться к эмоциональному «слиянию» специалиста с клиентом. Чрезмерная эмоциональная вовлечённость при недостаточно сформированных навыках саморегуляции может повышать эмоциональную нагрузку специалиста и рассматриваться как один из возможных факторов риска профессионального эмоционального выгорания. Проблематика психического выгорания специалистов помогающих профессий получила специальное рассмотрение в работах В.Е.Орла [8]. Поэтому развитие эмпатии у студентов-психологов целесообразно осуществлять одновременно с формированием навыков эмоциональной саморегуляции, профессиональной рефлексии и соблюдения психологических границ. Важным направлением является также развитие эмоциональной компетентности.

В концепции Д.Гоулмана эмоциональный интеллект включает способности, связанные с осознанием эмоциональных состояний, их регуляцией, эмпатией и социальным взаимодействием [3]. В контексте профессиональной

подготовки психологов это позволяет рассматривать развитие эмпатии в более широком контексте формирования эмоциональной компетентности будущего специалиста. К числу психолого-педагогических условий развития эмпатии у студентов-психологов могут быть отнесены использование интерактивных методов обучения, ролевых игр, анализа профессиональных и клинических случаев, практикумов по активному слушанию, а также организация рефлексивных семинаров в рамках учебной и производственной практики. Особое значение имеет создание условий для осознания студентами собственных эмоциональных реакций в процессе профессионального взаимодействия. Этому могут способствовать супервизионные формы работы, групповые обсуждения профессиональных ситуаций и упражнения, направленные на развитие эмоционального интеллекта, распознавание и вербализацию эмоций, а также освоение навыков эмпатического слушания. Не менее значимым условием является профессиональный пример преподавателей и руководителей практики. Характер их взаимодействия со студентами может выступать моделью профессиональной коммуникации и способствовать усвоению принципов уважительного, принимающего и эмпатичного отношения к другому человеку.

Заключение

Проведённый теоретический анализ позволяет рассматривать эмпатию как сложное многокомпонентное психологическое образование, включающее когнитивные, эмоциональные и поведенческие аспекты. Для будущего психолога эмпатия имеет существенное профессиональное значение, поскольку связана с пониманием состояния другого человека, установлением психологического контакта и эффективным межличностным взаимодействием. Развитие эмпатии у студентов психологического направления целесообразно осуществлять не изолированно, а во взаимосвязи с формированием эмоциональной компетентности, навыков саморегуляции и профессиональной рефлексии. Такой подход позволяет сочетать способность к пониманию

переживаний другого человека с сохранением профессиональной позиции и психологических границ специалиста. В качестве основных психолого-педагогических условий развития эмпатии могут рассматриваться интерактивные формы обучения, ролевое моделирование профессиональных ситуаций, анализ случаев, практикумы по активному и эмпатическому слушанию, рефлексивные семинары, супервизионная работа и специализированные тренинговые программы. Полученные теоретические положения могут использоваться при разработке образовательных программ профессиональной подготовки студентов-психологов, а также в деятельности психологических служб высших учебных заведений.

Литература/References:

1. Бойко В. В. Энергия эмоций в общении: взгляд на себя и на других. М.: Филинъ, 1996. 472 с.
2. Гаврилова Т. П. Понятие эмпатии в зарубежной психологии // Вопросы психологии. 1975. № 2. С. 147–158.
3. Гоулман Д. Эмоциональный интеллект. М.: АСТ, 2009. 480 с.
4. Ильин Е. П. Психология помощи. Альтруизм, эгоизм, эмпатия. СПб.: Питер, 2013. 304 с.
5. Кондратьева Н. Е. Психологическое здоровье личности: структура и условия развития. СПб.: Речь, 2009. 176 с.
6. Мясищев В. Н. Психология отношений. М.: Изд-во «Институт практической психологии», 1995. 356 с.
7. Орлов А. Б., Хазанова М. А. Феномены эмпатии и конгруэнтности // Вопросы психологии. 1993. № 4. С. 68–73.
8. Орёл В. Е. Синдром психического выгорания личности. М.: Институт психологии РАН, 2005. 330 с.
9. Роджерс К. Взгляд на психотерапию. Становление человека. М.: Прогресс, 1994. 480 с.

10. Бодалев А. А. Восприятие и понимание человека человеком. М.: Изд-во Московского университета, 1982. 199/200 с.

11. Холмогорова А. Б. Эмоциональные расстройства и современная культура // Московский психотерапевтический журнал. 2008. № 4. С. 24–38.

12. Юсупов И. М. Психология эмпатии: теоретические и прикладные аспекты. СПб.: Изд-во СПбГУ, 1995. 252 с.

13. Davis M. H. Empathy: A Social Psychological Approach. Boulder: Westview Press, 1996. 272 p.

14. Rogers C. A Way of Being. – Boston: Houghton Mifflin, 1980. 395 p.

15. Raxmatullayev F. B. TA'LIM MUHITIDA KOMMUNIKATIV KOMPETENTLIK NAMOYON BO'LISHINING PSIXOLOGIK O 'ZIGA XOSLIKLARI // International Conference in Termez. 2026. Т. 4. № 1. С. 118–121.

ДИНАМИКА ГОТОВНОСТИ К ИЗМЕНЕНИЯМ У ПАЦИЕНТОВ СТАЦИОНАРНОГО НАРКОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ НА 25 КОЕК В ПРОЦЕССЕ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Жарков А. В., Голубицкий Е. А.
Учреждение здравоохранения «Минский областной клинический центр «Психиатрия-наркология»»,
Республика Беларусь, г. Минск

Аннотация. Проведена оценка динамики готовности к изменениям у пациентов стационарного наркологического отделения на 25 коек в процессе комплексной реабилитации. В проспективном исследовании приняли участие 57 пациентов с диагнозами F10.1 и F10.2 по МКБ-10; уровень готовности к изменениям оценивался при поступлении и при выписке с использованием опросника «Готовность к изменениям в употреблении алкоголя/наркотиков» в адаптации С.Г. Климановой. Установлено статистически значимое увеличение среднего балла готовности к изменениям с 73,3 ± 14,0 до 80,1 ± 6,4 ($p < 0,001$), категории низкого и ниже среднего уровней готовности полностью элиминированы. Полученные результаты свидетельствуют о высокой

эффективности мотивационной работы в стационаре и создают благоприятный прогноз для долгосрочной ремиссии.

Ключевые слова: готовность к изменениям; мотивация к лечению; алкогольная зависимость; наркологическая реабилитация; стационарное лечение; транстеоретическая модель.

DYNAMICS OF READINESS TO CHANGE IN PATIENTS OF A 25-BED INPATIENT NARCOLOGY DEPARTMENT DURING COMPREHENSIVE REHABILITATION

Zhar'kov A. V., Golubitskii Evgenii Anatol'evich
Minsk Regional Clinical Center
«Psychiatry and Narcology»», Republic of Belarus

Abstract. The dynamics of readiness to change in patients of a 25-bed inpatient narcology department during comprehensive rehabilitation was assessed. A prospective study included 57 patients diagnosed with F10.1 and F10.2 according to ICD-10; readiness to change was evaluated at admission and at discharge using the Readiness to Change questionnaire in the adaptation by S.G. Klimanova. A statistically significant increase in the mean readiness score from 73.3 ± 14.0 to 80.1 ± 6.4 ($p < 0.001$) was established, with complete elimination of low and below-average readiness categories. The results indicate high effectiveness of motivational work during inpatient treatment and suggest a favorable prognosis for long-term remission.

Keywords: readiness to change; treatment motivation; alcohol dependence; narcological rehabilitation; inpatient treatment; transtheoretical model.

Введение

Оценка эффективности лечебно-реабилитационных программ для лиц с синдромом зависимости от алкоголя традиционно основывается на анализе частоты рецидивов и длительности ремиссии. Однако данные критерии являются отсроченными и не позволяют оценить непосредственный результат стационарного этапа лечения. Согласно транстеоретической модели изменений

Дж. Прохазки и К. ДиКлементе, готовность пациента к изменениям выступает важнейшим предиктором долгосрочного успеха терапии и может служить объективным показателем эффективности мотивационной работы. Повышение уровня готовности к изменениям в процессе стационарного лечения свидетельствует о формировании внутренней мотивации к выздоровлению, что является необходимым условием устойчивой ремиссии [3; 4].

Комплексная реабилитация лиц, страдающих алкогольной зависимостью, включает не только детоксикационную терапию и фармакологическую поддержку, но и психотерапевтические и психокоррекционные мероприятия, направленные на формирование трезвого образа жизни [5].

Ранее нами было установлено, что, несмотря на преимущественно вынужденный характер госпитализации (87,7 % пациентов), 92,9 % лиц, поступивших на лечение в стационарное наркологическое отделение, продемонстрировали средний и более высокий уровень готовности к изменениям [1]. Вместе с тем вопрос о динамике данного показателя в процессе лечения и факторах, влияющих на изменение мотивационного профиля пациентов, остаётся недостаточно изученным.

Объекты и методы исследования

Проведено проспективное исследование с участием 57 пациентов (34 мужчины, 23 женщины) стационарного наркологического отделения на 25 коек в возрасте от 20 до 61 года (средний возраст 40,8 ± 8,4 года). Все пациенты имели диагноз рубрик F10.1 (пагубное употребление алкоголя) — 26 человек (45,6 %) или F10.2 (синдром зависимости от алкоголя) — 31 человек (54,4 %) по МКБ-10. По причинам госпитализации пациенты распределились следующим образом: нуждающиеся в государственной защите (НГЗ) — родители, ограниченные в родительских правах сроком на шесть месяцев в рамках Декрета № 18 — 15 человек (26,3 %); лица, дети которых находятся в социально опасном положении (СОП) — 15 (26,3 %); направленные в рамках профилактики направления в лечебно-трудовой профилакторий (ЛТП) — 15 (26,3 %); обязанные лица (ОЛ) в

рамках Декрета № 18 — 5 (8,8 %); самостоятельное обращение (САМ) — 7 (12,3 %).

Уровень готовности к изменениям оценивался дважды: при поступлении (Т1) и при выписке (Т2) с использованием опросника «Готовность к изменениям в употреблении алкоголя/наркотиков» в адаптации С.Г. Климановой и соавт. [2]. Результаты интерпретировались по пятиуровневой шкале: низкий (≤ 47 баллов), ниже среднего (48–55), средний (56–77), выше среднего (78–86), высокий (≥ 87). Статистическая обработка включала вычисление средних значений (M), стандартных отклонений (SD), медианы (Me), квартилей (Q1; Q3), оценку значимости различий с помощью парного t-критерия Стьюдента. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение

Средний балл готовности к изменениям в общей выборке статистически значимо увеличился с 73,3 ± 14,0 при поступлении до 80,1 ± 6,4 при выписке ($\Delta = +6,8$; $p < 0,001$), что соответствует приросту на 9,3 %. Минимальный показатель вырос с 19 до 67 баллов (+253 %), медиана — с 74 [69; 81] до 81 [76; 84] балла. Стандартное отклонение сократилось более чем в два раза (с 14,0 до 6,4), что свидетельствует о гомогенизации выборки и выравнивании мотивационного профиля независимо от исходного уровня.

Анализ по группам госпитализации выявил существенные различия в характере динамики. Максимальный абсолютный и относительный прирост продемонстрировала группа СОП: средний балл увеличился с 65,2 ± 20,2 до 79,9 ± 5,3 ($\Delta = +14,7$; +22,5 %; $p < 0,001$). Стандартное отклонение в данной группе сократилось в 3,8 раза (с 20,2 до 5,3), что указывает на эффективное преодоление исходной гетерогенности мотивационного профиля. Группа НГЗ, имевшая изначально высокий уровень мотивации (79,5 ± 7,2), показала минимальный, но устойчивый прирост (+2,4 балла; +3,0 %; $p < 0,05$), достигнув категории «высокий уровень» (81,9 ± 6,5). Группа ОЛ продемонстрировала второй по величине относительный прирост (+7,6 балла; +10,6 %; $p < 0,01$), что может быть

связано с осознанием перспективы принудительного лечения. Группы ЛТП и САМ показали сопоставимую умеренную положительную динамику (+5,8 и +5,1 балла соответственно; $p < 0,05$).

Сравнительный анализ по полу не выявил статистически значимых различий: мужчины продемонстрировали прирост на 7,0 балла (+9,5 %), женщины — на 6,4 балла (+8,8 %; $p > 0,05$). Анализ по диагнозу также не обнаружил существенных различий: пациенты с синдромом зависимости (F10.2) показали незначительно более выраженную динамику (+7,5 vs +6,0 баллов при F10.1; $p > 0,05$).

Анализ распределения пациентов по уровням готовности к изменениям выявил выраженные структурные изменения. При поступлении 1 пациент (1,8 %) имел низкий уровень, 2 (3,5 %) — уровень ниже среднего, 31 (54,4 %) — средний, 19 (33,3 %) — выше среднего, 4 (7,0 %) — высокий. При выписке категории «низкий» и «ниже среднего» были полностью элиминированы, доля пациентов со средним уровнем сократилась до 31,6 % ($n = 18$), доля с уровнем «выше среднего» возросла до 61,4 % ($n = 35$), доля с высоким уровнем осталась неизменной (7,0 %; $n = 4$). Таким образом, 68,4 % пациентов ($n = 39$) при выписке имели уровень готовности «выше среднего» и «высокий».

Анализ индивидуальных траекторий показал, что 94,7 % пациентов ($n = 54$) продемонстрировали положительную динамику: 18 человек (31,6 %) — значительное улучшение ($\Delta \geq +10$ баллов), 25 (43,9 %) — умеренное улучшение (+5 до +9), 10 (17,5 %) — минимальное улучшение (+1 до +4). У одного пациента (1,8 %) показатели остались без изменений, у трёх (5,3 %) наблюдалось снижение уровня готовности к изменениям. Полученные данные позволяют предположить наличие «эффекта потолка» в группе НГЗ: пациенты с изначально высокой мотивацией имели ограниченный резерв для роста показателя, тогда как наибольший эффект был достигнут у групп с низким исходным уровнем готовности. Вместе с тем следует учитывать, что группа ОЛ ($n = 5$) малочисленна, что ограничивает статистическую мощность сравнений внутри

данной подгруппы и требует подтверждения результатов на более крупных выборках. Снижение уровня готовности у отдельных пациентов (5,3 %) может отражать как индивидуальную неготовность к изменениям, так и субъективное восприятие принудительного характера лечения, что определяет необходимость дифференцированного мотивационного сопровождения на протяжении всего стационарного этапа.

Заключение

Результаты проведённого исследования свидетельствуют о высокой эффективности комплексной лечебно-реабилитационной программы стационарного наркологического отделения в формировании внутренней мотивации пациентов к выздоровлению. Статистически значимое увеличение среднего балла готовности к изменениям на 6,8 пункта (9,3 %; $p < 0,001$), элиминация категорий низкого и ниже среднего уровней готовности, а также увеличение доли пациентов с уровнем «выше среднего» с 33,3 % до 61,4 % создают благоприятный прогноз для долгосрочной ремиссии. Особого внимания заслуживает группа СОП, продемонстрировавшая максимальный прирост показателей (+14,7 балла; +22,5 %), что подтверждает эффективность интенсивной мотивационной работы с данной категорией пациентов, изначально характеризовавшейся наиболее низким и неоднородным мотивационным профилем.

Литература / References:

1. Голубицкий, Е. А. Анализ готовности к изменениям лиц, поступивших на лечение в стационарное наркологическое отделение на 25 коек / Е. А. Голубицкий, А. В. Жарков // Современные подходы в психотерапии и психокоррекции психических и поведенческих расстройств : сб. материалов Конгресса, включающего VI съезд психотерапевтов Республики Беларусь (Гродно, 27 марта 2026 г.) / И. Г. Жук (отв. ред.) [и др.]. Гродно : ГрГМУ, 2026. С. 25–27.

2. Климанова, С. Г. Адаптация русскоязычной версии опросника для оценки готовности к изменениям (SOCRATES) / С. Г. Климанова [и др.] // Консультативная психология и психотерапия. 2018. Т. 26, № 3. С. 80–104.

3. Miller, W. R. Motivational Interviewing: Preparing People to Change / W. R. Miller, S. Rollnick. New York : Guilford Press, 2002. 428 p.

4. Прохазка, Д. Психология позитивных изменений. Как навсегда избавиться от вредных привычек / Д. Прохазка, Д. Норкросс, К. ди Клименте. М. : Манн, Иванов и Фербер, 2013. 320 с.

5. Захаров, Ю. Н. Диагностика и лечение больных алкоголизмом / Ю. Н. Захаров, В. М. Смирнов, В. Н. Павловский, Н. В. Буторина. М. : Медицина, 1982. 232 с.

ОСОБЕННОСТИ ОРТЕЗИРОВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С КОГНИТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ: ОТ КЛИНИЧЕСКИХ ДО ЭКСПЕРТНЫХ КРИТЕРИЕВ

Иванов О. В., Сусляев В. Г., Жукова О. А.
ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по г. Санкт-Петербургу» Минтруда России, Россия, г. Санкт-Петербург

Аннотация. Цель работы — обосновать клинические и экспертные критерии назначения ортезов (аппаратов и туторов) детям с когнитивными нарушениями (КН) и предложить вариант клинически рационального перечня изделий для индивидуальной программы реабилитации и абилитации. Проведен анализ актуальных нормативных актов, международных рекомендаций и научных публикаций. Выполнен ретроспективный описательный анализ данных о рекомендациях ортезов детям, освидетельствованных впервые в период с 2023 по 2025 гг., в учреждениях медико- социальной экспертизы г. Санкт-Петербурга. Сделан разбор двух обезличенных клинико-экспертных случая. Отказ от ортезирования не определялся КН, а в основном зависел от выраженности нарушений психических функций, способности безопасно пользоваться ортопедическим изделием, возможности участия ассистента,

законного представителя и конкретной функциональной цели обеспечения ортезами. Предлагаемая схема: «цель — функциональные задачи — безопасность — сопровождение — результат», позволяет согласовать клиническую потребность, конструкцию ортеза и экспертное решение.

Ключевые слова: ребёнок- инвалид, когнитивные нарушения, ортезирование, технические средства реабилитации, медико-социальная экспертиза, индивидуальная программа реабилитации и абилитации.

ORTHOTIC MANAGEMENT IN PATIENTS WITH COGNITIVE IMPAIRMENTS: FROM CLINICAL TO EXPERT CRITERIA

Ivanov O.V., Suslyaev V.G., Zhukova O.A.
Main Bureau of Medical and Social Assessment in Saint Petersburg, Saint Petersburg, Russia

Abstract. The aim was to substantiate clinical and expert criteria for prescribing orthoses to children with cognitive impairments and to propose an algorithm for compiling a clinically sufficient list of devices for an individual rehabilitation and habilitation programme. We performed an analytical review of regulations, international guidance and scientific publications, together with a retrospective descriptive analysis of aggregated orthosis recommendations for children assessed in 2023–2025 and two anonymised clinical-expert cases. Cognitive impairment alone should not determine refusal of orthotic provision; the decision depends on the severity of mental-function impairment, safe device use, caregiver involvement, a specific functional goal and avoidance of duplication. The proposed “goal–function–safety–support–outcome” matrix aligns clinical need, orthosis design and expert decision-making.

Keywords: children with disabilities, cognitive impairment, orthotic management, assistive products, medical and social assessment, individual rehabilitation and habilitation programme.

Введение

Ортезирование с применением ортопедических аппаратов и туторов в педиатрической практике преследует лечебные, профилактические и компенсаторные цели: осуществляет поддержку сегмента конечности, позволяет осуществлять функционально-выгодное позиционирование суставов, перераспределяет нагрузку, облегчает выполнение двигательного акта и предупреждает формирование вторичных деформаций. Согласно Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ), результат ортезирования следует оценивать как по структурным и функциональным изменениям организма, так и по результатам оценки активности, участия и факторам среды [1, с. 3, 9–12, 16–20]. Такой подход важен для детей, у которых статодинамические нарушения сочетаются с когнитивными, интеллектуальными, речевыми и поведенческими расстройствами.

В своей структуре КН являются неоднородными. Для ортезирования имеют значение не столько диагноз или показатель интеллекта, сколько возможность понимания и усвоения инструкции, устойчивость внимания, запоминание последовательности действий при эксплуатации изделия. Кроме того, немаловажными навыками являются: возможность сигнализировать о появлении боли, самоконтроль, прогнозирование опасности и переносимость сенсорной нагрузки. При выраженном дефиците часть этих функций может быть компенсирована участием родителя или иного постоянного ухаживающего лица (ассистента). Поэтому формулировка клинической задачи смещается с дихотомического вопроса «можно ли назначить ортез?» на поиск безопасных возможностей его использования в среде, где проживает и развивается ребёнок.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) рассматривает обеспечение ассистивными (вспомогательными) продуктами как последовательность взаимосвязанных этапов: выбор изделия с учетом медицинских показаний и потребностей, индивидуальная подгонка изделия,

обучение пользователя и ухаживающих лиц, последующее динамическое наблюдение и коррекция [2, п. 22]. В Глобальном докладе ВОЗ и Детского фонда Организации Объединённых Наций (ЮНИСЕФ) акцент сделан на участии как самого пользователя, так и его семьи на всём протяжении оказания ортопедической помощи [3, с. 103–104]. Отсутствие оценки эффективности использования, обучения и мониторинга повышает риск отказа от использования изделия и более того - не исключается и причинение вреда, что приобретает особое значение при сниженной критической оценке собственного состояния.

Российское законодательство в сфере обеспечения техническими средствами реабилитации (ТСР) регламентирует доступность ТСР одновременно с необходимостью подтверждения каждой рекомендованной позиции в индивидуальной программе реабилитации и абилитации инвалида, (ребенка- инвалида) (ИПРА). Правовую основу составляет Федеральный закон № 181-ФЗ [4, ст. 10–11]. Федеральный перечень реабилитационных мероприятий, ТСР и услуг утверждён распоряжением Правительства Российской Федерации № 2347-р [5, п. 9], порядок обеспечения — постановлением № 240 [6, пп. 3–5, 15.1], а форма направления на медико-социальную экспертизу (МСЭ) и порядок её заполнения — приказом № 488н/551н [7, прил. № 2, с. 16]. Медицинские и социальные показания и противопоказания определены приказом № 687н [8, с. 68–76], сроки пользования изделиями — приказом № 438н [9, прил., с. 19–24], порядок медико-технической экспертизы — приказом № 605н [10, п.2-3]. В 2025 г. утверждён отдельный стандарт оказания услуги по ортезированию инвалидов [11, раздел V-VII]. Концепция развития системы комплексной реабилитации и абилитации на период до 2025г. рассматривается как документ, определявший предшествующий этапу развития этой системы [12, разд. II–III].

В настоящий момент практическая проблема состоит из двух разнонаправленных ситуаций. Первая — избыточное назначение нескольких конструкций с перекрывающимися функциями без указания режима и цели

каждой. Вторая — необоснованное сокращение перечня только из-за КН, несмотря на возможность безопасного использования при сопровождении.

Цель исследования — определить критерии разграничения клинически обоснованного ортезирования и функционального дублирования у ребёнка с когнитивными нарушениями, а также оценить показатели безопасности и эффективности такого ортезирования.

Объекты и методы исследования

Работа выполнена как аналитическое исследование, включавшее три части. Первая часть — анализ действующих по состоянию на 30 сентября 2026 года нормативных документов Российской Федерации, регулирующих ортезирование, обеспечение ТСР, оформление направления на МСЭ и разработку ИПРА. Вторая часть — нарративный поиск материалов ВОЗ, клинических рекомендаций и публикаций PubMed по запросам, объединявшим термины cerebral palsy, cognitive impairment, orthosis, assistive technology, adherence, caregiver и rehabilitation. Приоритет отдавался систематическим обзорам, метаанализам, консенсусным документам и рекомендациям.

Третья часть — ретроспективный описательный анализ данных по учреждению о числе аппаратов и туторов на нижние конечности, рекомендованных в ИПРА детей-инвалидов, освидетельствованных впервые в ФКУ «Главное бюро МСЭ по г. Санкт-Петербургу» за период с 2023 по 2025 гг. Единицей статистического наблюдения является рекомендация ортопедического изделия (аппаратов и туторов на нижние конечности). Доступные данные включали абсолютное число всех ортезов и распределение рекомендаций на ортезы верхней конечности, нижней конечности и иные ортопедические средства.

Дополнительно разобраны две обезличенные клинико-экспертные ситуации из практики отдела экспертно-реабилитационной диагностики (ОЭРД). Они отобраны как контрастные примеры: в первом случае ведущей проблемой было несоответствие исходного перечня глобальному двигательному дефициту

и потребности в постуральном менеджменте; во втором — избыточное сочетание многоуровневых ортезов у самостоятельно передвигающегося ребёнка с тяжёлыми когнитивными и поведенческими нарушениями. Представленные материалы использованы для анализа логики назначения, роли сопровождения и документирования недублирования изделий.

Статистический анализ носил описательный характер. Рассчитывалось относительное изменение абсолютного числа рекомендаций между 2023 и 2025 гг. по формуле: (значение 2025 г. – значение 2023 г.) / значение 2023 г. × 100%. Персональные данные пациентов не использовались; клинические сведения приведены в объёме, необходимом для анализа логики назначения.

Результаты и их обсуждение

Функциональное назначение ортеза должно быть сформулировано до выбора его наименования. Основными целями являются: частичная или полная разгрузка конечности либо её сегмента; дозированное включение паретичных мышц в двигательный акт; коррекция или предупреждение деформации, компенсация укорочения, стабилизация и частичная (либо полная) компенсация функции суставов. При доминировании спастичности мускулатуры опорно-двигательного аппарата ортезы могут применяться для улучшения позы, функции верхней конечности и эффективности ходьбы, замедления или предупреждения формирования контрактур и миграции бедра, однако задачи ортезирования должны быть реалистичными и индивидуальными [13, с. 44].

Доказательная база неодинакова для различных изделий и результатов. Метаанализ содержит 56 исследований с участием 884 детей с детским церебральным параличом (ДЦП). Анализ показал небольшое увеличение скорости ходьбы и улучшение ряда показателей грубой моторики при применении ортезов на голеностопный сустав, но данных об активности повседневной жизни оказалось недостаточно [14, с. 1175–1188]. Консенсус по ортезированию при ДЦП подтверждает пользу адекватно сконструированных ортезов голеностопного сустава для эффективности ходьбы у самостоятельно

передвигающихся детей I–III уровней (по системе классификации больших моторных функций Gross Motor Function Classification System, GMFCS), одновременно указывая на ограниченность доказательств для ортезирования тазобедренных суставов, позвоночника, конструкций для верхних конечностей [15, с. 37–46].

В систематическом обзоре из 11 рандомизированных исследований (442 ребёнка) отдельные работы демонстрировали улучшение ходьбы, баланса и моторной функции, однако десять исследований имели высокий риск систематической ошибки, а гетерогенность применяемых конструкций ортезов и вариативность результатов не позволила выполнить метаанализ [16, с. 1]. Для детей младше шести лет доказательная база ещё менее определённа: большинство исследований оценивает функции и структуры тела, тогда как участие ребёнка и возрастно-значимая активность изучены недостаточно [17, с. 726–738]. Следовательно, сам факт наличия показаний не заменяет проверки индивидуального функционального эффекта.

Роль когнитивных функций в ортезировании.

Приказ Минтруда России № 687н указывает для аппаратов и туторов общие медицинские показания в виде стойких умеренных, выраженных или значительно выраженных нарушений нейромышечных, скелетных и связанных с движением (статодинамических) функций. Выраженные и значительно выраженные нарушения психических функций, приводящие к выраженному снижению либо отсутствию критической оценки своего состояния и ситуации, отнесены к относительным медицинским противопоказаниям [8, с. 73]. Правовая конструкция «относительное противопоказание» требует индивидуальной оценки риска и способов его снижения, а не автоматического исключения ортеза из ИПРА.

Наличие задержки психоречевого развития, расстройства аутистического спектра, интеллектуального нарушения или органического поражения центральной нервной системы не тождественно отсутствию критики в

конкретной ситуации (табл. 1). Экспертно значимыми становятся наблюдаемые последствия и ситуационные риски связанные с ними, например: ребёнок снимает изделие в опасной ситуации; не сообщает о боли или онемении; не выполняет запрет на самостоятельную регулировку шарниров; импульсивно встаёт при заблокированном суставе; выраженно сопротивляется надеванию; повреждает крепления; не переносит материал или давление. Эти признаки должны описываться, а не подразумеваться из диагноза.

У детей раннего возраста самостоятельное управление ортезом в принципе ограничено возрастом, поэтому безопасность закономерно обеспечивается взрослым. Схожая схема применима и при когнитивном дефиците, если законный представитель (ассистент) надевает или снимает ортез, осуществляет контроль за изменением кожных покровов, постоянный режим ношения ортезов и контролирует проявления нежелательных реакций. Исследование в семьях с детьми, имеющих когнитивные и/или двигательные нарушения показывает, что обучение неформальных ухаживающих лиц является одним из основных условий для предупреждения отказа от использования ортезов [18, с. 340–349].

Таблица 1

Клинико-экспертная оценка при КН

Домен	Что оценивают	Значение для решения
Понимание и коммуникация	Понимает ли ребёнок простые инструкции; может ли сообщить о боли, давлении, онемении; доступна ли альтернативная коммуникация	Определяет объём обучения, способ обратной связи и необходимость постоянного наблюдения
Внимание и память	Сохраняет ли правило использования; помнит ли последовательность действий; отвлекается ли в опасной ситуации	Влияет на сложность конструкции, число операций и допустимость самостоятельного применения

Критическая оценка	Распознаёт ли риск падения, повреждения кожи, неправильной фиксации; обращается ли за помощью	Непосредственно связано с относительным противопоказанием по приказу № 687н Минтруда России
Поведение и сенсорная переносимость	Импульсивность, самоагрессия, стереотипное снятие креплений, гиперчувствительность к прикосновению, шуму шарниров и теплу	Требует пробной носки, адаптации материалов, защищённых креплений и постепенного увеличения времени
Двигательная функция	Поза, тонус, сила, объём движений, контрактуры, деформация, опороспособность, навыки перемещения	Определяет клиническую цель, уровень охвата и конструктивные параметры ортеза
Сопровождение	Наличие обученного взрослого дома, в образовательной организации и при транспортировке	Может компенсировать невозможность самостоятельного использования
Среда и режим	Где, когда и с какой обувью применяется изделие; доступность контроля кожи и технического обслуживания	Позволяет разделить дневной, ночной, нагрузочный и позиционный режимы
Измеримый результат	Безопасность, переносимость, время фактического использования, достижение конкретной активности, динамика деформации	Основание для продолжения, изменения конструкции или отмены рекомендации

В таблице 1 перечислены основные домены, оценка которых позволит сделать переход от характеристики когнитивного дефицита к выбору безопасной и эффективной конструкции и режима пользования ортезами. Предпочтительнее выбирать конструктивные решения, которые снижают количество манипуляций, исключают доступ ребёнка к опасным регулировкам, имеют простую, доступную проверку правильности фиксации и не затрудняют гигиенический уход. При выраженной дискинезии жёсткие ортезы могут вызывать дискомфорт и повреждение кожных покровов с риском образования пролежней; поэтому необходимы индивидуальная подгонка и регулярный контроль переносимости, осмотр, в том числе влияния на сон [13, с. 16, 18]. Продолжительность ношения определяется целью назначения изделия и режимом пользования, например ортез для разгрузки конечности, поддержания, частичной или полной компенсации конкретной функции используют при выполнении соответствующей активности, а позиционный режим назначают с учётом профилактической задачи [13, с. 16–15].

Безопасность использования ортезов тесно связана с приверженностью, которая при реабилитации детей во многом определяется участием семьи. Систематический обзор домашних программ при ДЦП выявил умеренно высокую и высокую не приверженность — от 34% до 79,2%; значимыми факторами были знания и эффективность участия родителей, социальная поддержка, воспринимаемые барьеры и качество сотрудничества со специалистом [19, с. 1]. Эти результаты нельзя напрямую переносить на все режимы ортезирования, но они подтверждают необходимость оценивать не абстрактную «комплаентность ребёнка», а ресурсы семьи и понятность предписания.

С учётом этих факторов, безопасное назначение ортезов включает пробную примерку, инструктаж с демонстрацией, проверку навыка методом обратной демонстрации, письменный режим, критерии немедленного прекращения использования и дату контроля. Для ребёнка с ограниченной речью

полезна индивидуальная шкала поведенческих признаков дискомфорта. В первые недели оценивают состояние кожи, боль, сон, изменения поведения, падения, фактическое время ношения, удобство надевания и достижение целевой активности. Основные риски и способы их снижения систематизированы в таблице 2.

Таблица 2

Риски ортезирования и способы их снижения

Риск	Клинические признаки	Профилактическое решение
Повреждение кожи	Стойкая гиперемия, мацерация, ссадина, отёк, локальная болезненность или защитное поведение	Коррекция посадки и краёв, ограничение времени, ежедневный осмотр кожи взрослым, внеплановый контроль
Падение или неправильный двигательный стереотип	Потеря равновесия, попытка встать при неподходящем режиме шарнира, ухудшение шага	Тренировка в ортезе, оценка ходьбы, совместимость с обувью и средствами опоры, запрет самостоятельной регулировки
Сенсорная непереносимость	Плач, агрессия, немедленное снятие, нарушение сна, отказ от активности	Постепенная десенсибилизация, выбор материала, снижение массы и объёма, пересмотр режима
Ошибки ухаживающего лица	Перетяжка ремней, неправильная укладка конечности, нарушение графика	Обучение и обратная демонстрация, фотоинструкция, маркировка ремней, доступный канал связи
Функциональное дублирование	Несколько ортезов одновременно контролируют одни и те же суставы без различий по цели и режиму	Для каждой позиции фиксировать отдельную цель, контекст, время применения и ожидаемый исход
Неиспользование	Изделие технически исправно, но не включено в повседневный распорядок	Совместное планирование с семьёй, упрощение режима, контроль барьеров, своевременная замена при росте ребёнка

Меры снижения риска, представленные в таблице 2, должны получить отражение в экспертном обосновании назначения. Для этого решение необходимо строить на взаимосвязи четырёх уровней данных.

На первом уровне фиксируется клинико-функциональный диагноз: причина нарушений, состояние суставов, тонус, мышечная сила, деформация, укорочение и моторный уровень.

На втором определяется ограничение активности: ходьба, стояние, сидение, перенос, самообслуживание, игра, обучение.

На третьем формулируется отдельная цель каждого ортеза.

На четвёртом уровне указываются конструктивное решение, режим использования, помощь другого лица и критерий эффективности.

Медико-техническое заключение (МТЗ) протезно-ортопедической организации важно для выбора материала, шарниров, уровня охвата и технологической реализуемости, но не заменяет клинико-функциональную интерпретацию. Механическое перенесение перечня изделий в направление на МСЭ создаёт риск дублирования. Форма № 088/у должна содержать не только наименование ТСР, но и сведения, позволяющие сопоставить рекомендацию со стойким нарушением функции и ограничением жизнедеятельности [7, прил. № 1; прил. № 2, пп. 34–35].

При КН эти сведения дополняют характеристикой критической оценки, поведения и способности сообщать о дискомфорте. Необходимо указать, кто обеспечивает надевание изделия и контроль его использования, каковы результаты пробной носки, условия применения, отдельная цель и ожидаемый исход. Если безопасность обеспечивается взрослым, это прямо отражают в документации. Если риск сохраняется несмотря на сопровождение и адаптацию, описывают его конкретный механизм и рассматривают более простую конструкцию, иной режим или альтернативный способ позиционирования. Матрица обоснования рекомендации ортезов в ИПРА при наличии когнитивных нарушений представлена в таблице 3.

Особое внимание требуется при назначении микропроцессорных аппаратов на голеностопный и коленный суставы. Помимо общих критериев, приказ № 687н устанавливает для них специальные абсолютные и относительные противопоказания, включая возрастные, антропометрические, неврологические и ортопедические ограничения [8, разд. 9, поз. 9-01–9-09]. Сложность технологии увеличивает требования к обучаемости пользователя и сопровождающего лица, техническому обслуживанию и контролю среды; сама инновационность не является доказательством функциональной необходимости.

Таблица 3

Матрица обоснования рекомендации ТСР в ИПРА

Вопрос	Обязательная формулировка	Признак недостаточного обоснования
Какой дефицит компенсируется?	Конкретное нарушение функции, деформация, нестабильность, укорочение или риск контрактуры	Указан только диагноз
Какова цель?	Измеримая цель на уровне функции или активности: стабилизация при стоянии, улучшение переноса стопы, удержание коррекции ночью	«Для реабилитации», «по показаниям»
Где и когда используется?	Дневной/ночной режим, ходьба/вертикализация/покой, дом/школа/улица	Режим отсутствует
Кто обеспечивает безопасность?	Сам ребёнок либо конкретное ухаживающее лицо; описан контроль кожи и креплений	Не оценены критика и помощь взрослого
Почему не дублируется?	Объяснено отличие по цели, режиму или охвату от другого изделия	Локальный тутор назначен одновременно с конструкцией на всю конечность без пояснения

Как проверить эффект?	Определён срок контроля и показатель: переносимость, время ношения, функция, деформация, число падений	Нет критерия продолжения или отмены

Применение матрицы обоснования (табл. 3) особенно важно при росте числа рекомендаций. По агрегированным ведомственным данным, за 2023–2025 гг. число рекомендованных ортезов увеличилось с 601 до 1056, то есть на 75,7% (рис. 1). Число ортезов верхней конечности возросло со 112 до 226 (на 101,8%), нижней конечности — с 378 до 660 (на 74,6%), иных ортопедических средств — со 111 до 170 (на 53,2%). В категории иных средств в 2024 г. отмечалось временное снижение до 93 рекомендаций. Рост абсолютного числа рекомендаций сам по себе не позволяет судить ни об увеличении потребности, ни об избыточности назначений: для этого необходимы сведения о числе и структуре освидетельствованных детей. Однако такая динамика подчёркивает необходимость аудита качества обоснований.

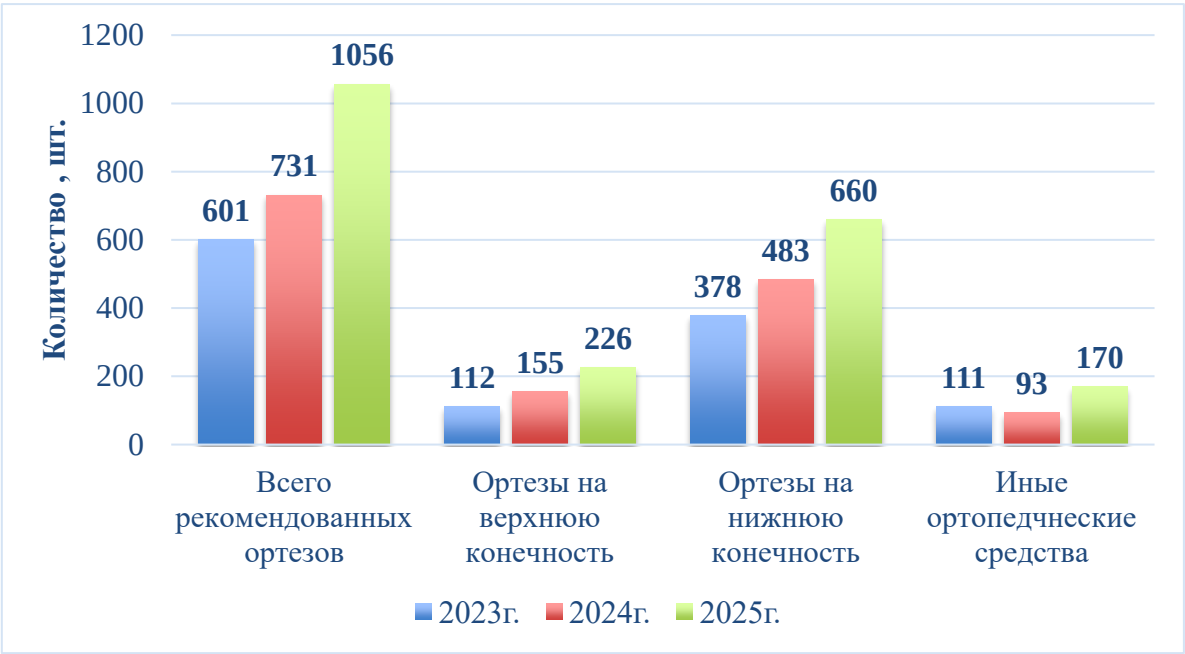

Рис. 1. - Динамика абсолютного числа ортезов, рекомендованных детям при разработке ИПРА, 2023–2025 гг.

***Примечание**. В исходной диаграмме итог за 2025 г. округлён до 1,06 тыс. В расчёте относительного изменения использована сумма трёх детализированных категорий — 1056 рекомендаций. Источник: агрегированные ведомственные данные ФКУ «Главное бюро МСЭ по г. Санкт-Петербургу».*

Для раскрытия содержания экспертных решений далее представлены две контрастные клинические ситуации. Они показывают, как тяжесть двигательного дефицита, особенности поведения и возможность сопровождения определяют клинически достаточный перечень ортезов (табл. 4, 5).

Клинический пример 1

Мальчик, 1 год. Диагноз: Окклюзионная постгеморрагически-инфекционная многоуровневая шунтозависимая гидроцефалия после повторных шунтирующих операций 2025–2026 гг.; выраженный спастический тетрапарез с акцентом в нижних конечностях; контрактура левого тазобедренного сустава; стойкие значительно выраженные нарушения статодинамических функций. Структурная фокальная эпилепсия, медикаментозная ремиссия. Стойкая значительно выраженная задержка психоречевого развития (на 9 эпикризных сроков).

Объективно ребёнок не следил за предметом, не реагировал на обращённую речь, не удерживал голову, не переворачивался, не садился и не ползал. При пассивной вертикализации опора на стопы отсутствовала. Отмечалось повышение мышечного тонуса по спастическому типу преимущественно в нижних конечностях при выполнении пассивных движений в суставах в полном объёме.

Выявленные нарушения обусловливают необходимость полного контроля взрослого, наблюдения за поведенческими признаками дискомфорта и регулярной переоценки каждой конструкции по мере изменения тонуса и формирования двигательных навыков. В экспертной документации следует отдельно отражать сенсорную переносимость, способы распознавания боли и возможности родителей обеспечить режим использования ортезов.

Исходные рекомендации формы № 088/у, назначения травматолога-ортопеда и результаты консультации отдела экспертно-реабилитационной диагностики (ЭРД) сопоставлены в таблице 4.

Таблица 4

Рекомендации и назначения ТСР после консультации (пример 1)

Форма № 088/у	**Травматолог-ортопед медицинской организации**	**После консультации ОЭРД**
Аппараты на тазобедренные суставы — 2 шт.	Не указаны	Не рекомендованы
Туторы на коленные суставы — 2 шт.	Не указаны	Аппараты на лучезапястные и локтевые суставы — 2 шт.
Туторы на голеностопные суставы — 2 шт.	Туторы на голеностопные суставы	Туторы на всю руку — 2 шт.
Туторы на лучезапястные суставы — 2 шт.	Туторы на лучезапястные суставы	Туторы на всю ногу — 2 шт.
Туторы на локтевые суставы — 2 шт.	Туторы на локтевые суставы	Аппарат на нижние конечности и туловище — 1 шт.

Дополнительные документы, представленные на МСЭ, содержали более широкий перечень: опоры для лежания, сидения, ползания и стояния, комбинированные ходунки, комнатное и прогулочное кресла-коляски, сложную ортопедическую обувь и противопролежневые средства.

После консультации узкими специалистами ОЭРД перечень был переориентирован с набора разрозненных суставных туторов на конструкции, соответствующие глобальному двигательному дефициту: позиционирование всей верхней и нижней конечности и поддержка нижних конечностей с

туловищем. Такое решение не означает, что полноохватное изделие всегда предпочтительнее; оно иллюстрирует необходимость соотнести уровень охвата ортеза с реальной задачей постурального менеджмента и исключить позиции, для которых нет отдельной цели.

Когнитивные нарушения в данной ситуации влияют прежде всего на способ реализации назначения. Безопасность обеспечивается непрерывным участием взрослого, постепенной адаптацией, оценкой сна и поведения, контролем кожных покровов и повторной проверкой по мере формирования новых двигательных навыков. При появлении активных движений или изменении тонуса перечень и конструктивные параметры подлежат пересмотру.

В итоговую ИПРА наряду с аппаратом на нижние конечности и туловище были включены аппараты и туторы для отдельных суставов. При таком сочетании интегрированных и сегментарных ортезов для каждой позиции необходимо отдельно фиксировать профилактическую или функциональную цель, время применения и отличие от полноохватной конструкции; иначе формально обоснованный перечень сохраняет риск функционального дублирования.

Клинический пример 2

Мальчик, 12 лет. Основное заболевание — Детский церебральный паралич; умеренный атонически-астатический синдром, II уровень по GMFCS, I уровень по системе классификации мануальных способностей (Manual Ability Classification System, MACS). Умеренная умственная отсталость с некорригируемыми нарушениями поведения. Системное недоразвитие речи тяжёлой степени.

Объективно: отсутствие развёрнутой речи, ограниченное понимание обращённой речи и неспособность надёжно сообщить о боли. Со слов матери, при фрустрации ребёнок мог ударять себя или окружающего; навыки самообслуживания практически не сформированы. На короткие расстояния передвигался самостоятельно, на дальние — с использованием кресла-коляски.

В кабинете ребёнок ходил без дополнительной опоры. Координация и мелкая моторика были нарушены, но мышечный тонус не изменён, активные и пассивные движения в суставах нижних конечностей сохранялись в полном объёме. В аппаратах на голеностопные суставы он удерживал осевую нагрузку и был устойчив. Определялась двусторонняя эквино-плоско-вальгусная установка стоп с тенденцией к молоткообразной деформации II–IV пальцев; фиксированных контрактур не выявлено. Осмотр позвоночника на момент консультации не подтвердил клинически выраженную сколиотическую дугу, хотя в последующих документах был указан диспластический сколиоз II степени, что требовало сопоставления клинических и инструментальных данных перед решением о назначении корсета.

В направлении на МСЭ был указан широкий набор ТСР: сложная ортопедическая обувь, прогулочное кресло-коляска, комбинированные ходунки, функционально-корригирующий корсет, аппараты на голеностопные, коленные и тазобедренные суставы, аппарат на всю ногу, аппарат на нижние конечности и туловище, а также сегментарные и полноохватные туторы (табл. 5). При сохранной самостоятельной ходьбе, полном объёме движений и отсутствии фиксированных многоуровневых контрактур назначение всех перечисленных конструкций одновременно не имело отдельных документированных целей.

Таблица 5

Рекомендации и назначения ТСР после консультации (пример 2)

Рекомендации формы № 088/у	Клинико-функциональная оценка ОЭРД	Итоговая ИПРА
Сложная ортопедическая обувь, в том числе на аппарат	Эквино-плоско-вальгусная установка стоп; требуется стабилизация и совместимость с аппаратом	Сложная ортопедическая обувь и обувь на аппарат сохранены

Аппарат на голеностопный сустав	На приёме изделие обеспечивало устойчивость при осевой нагрузке	Аппарат на голеностопный сустав — 2 шт.
Тутор на голеностопный сустав	Позиционное применение возможно при отдельном режиме и контроле кожи взрослым	Тутор на голеностопный сустав — 2 шт.
Аппараты на голеностопный и коленный, коленный и тазобедренный суставы; аппарат на всю ногу; аппарат на нижние конечности и туловище	Самостоятельная ходьба, полный объём движений, отсутствие описанной нестабильности и фиксированных многоуровневых контрактур	Не включены
Туторы на коленный, тазобедренный суставы и на всю ногу	Отдельные цели и режимы, отличные от голеностопного тутора, не документированы	Не включены
Функционально-корригирующий корсет	Требуется подтверждение структурной деформации и отдельное ортопедическое обоснование	Не включён
Комбинированные ходунки; прогулочная кресло-коляска	В помещении ходит самостоятельно; для дальних расстояний нуждается в средстве мобильности	В ИПРА включена комнатное кресло-коляска; ходунки не включены

Экспертное решение было сосредоточено на реально подтверждённой деформации стоп и устойчивом эффекте голеностопных аппаратов. Тяжёлое нарушение психических функций рассматривалось как фактор риска,

требующий полного контроля матери при надевании, осмотре кожи и соблюдении режима, но не как основание для автоматического отказа от ортезирования. Одновременно оно ограничивало безопасное применение сложных многошарнирных конструкций без доказанной дополнительной функциональной пользы.

Пример демонстрирует, что тяжесть когнитивно-поведенческого дефицита и объём ортезирования не находятся в прямой зависимости. Чем сложнее конструкция, тем более конкретно должны быть обоснованы её преимущество перед уже используемым изделием, возможность обучения сопровождающего лица и достижимый функциональный результат. В данном случае принцип клинической достаточности позволил сохранить ортезирование стоп и голеностопных суставов, одновременно исключив многоуровневые аппараты и туторы с перекрывающимися функциями.

Обобщение клинико-экспертных критериев и рассмотренных ситуаций позволило сформировать практический алгоритм рекомендаций ТСР в ИПРА для детей с КН (табл. 6).

Таблица 6

Алгоритм рекомендаций ТСР в ИПРА при наличии КН

Шаг	**Действие**	**Результат для экспертного решения**
1	Описать ведущий двигательный дефицит и моторный уровень, не ограничиваясь нозологией.	Описание ведущего двигательного дефицита и моторного уровня
2	Выбрать одну приоритетную функциональную цель для каждой конструкции.	Отдельная цель и ожидаемый результат каждого изделия
3	Оценить психические функции, коммуникацию, поведение и сенсорную переносимость применительно к конкретному режиму.	Описание рисков при конкретном режиме использования

4	Определить, какие действия выполняет ребёнок, а какие — ухаживающее лицо.	Распределение действий и ответственности ребёнка и взрослого
5	Провести пробную примерку или пробный период и документировать переносимость.	Документированные результаты пробного использования
6	Исключить дублирование по охвату, функции и времени использования.	Обоснование различий между изделиями либо исключение дублирующих позиций
7	Установить срок и измеримые критерии контроля.	Срок повторной оценки и измеримые критерии эффективности

По результатам оценки целесообразно выделять три варианта решения.

Вариант А — самостоятельное или частично самостоятельное безопасное использование при достижимой цели.

Вариант Б — использование только под контролем обученного взрослого; этот вариант типичен для раннего возраста и выраженного когнитивного дефицита.

Вариант В — риск остаётся неприемлемым несмотря на упрощение конструкции, обучение и сопровождение; тогда обосновывается отказ от конкретного изделия, а не от ортезирования вообще, и рассматривается альтернативный способ позиционирования или компенсации.

Для документирования результатов алгоритма определён минимальный набор сведений, которые следует отражать в форме № 088/у при направлении на МСЭ ребёнка с сочетанием статодинамических нарушений и нарушений психических функций (табл. 7).

Таблица 7

Минимальный набор сведений при направлении на МСЭ

Блок	Что следует указать
Клинико-функциональный статус	Тонус, сила, объём движений, деформация, укорочение, стабильность суставов, опора, ходьба, навыки перемещения
Психические функции	Понимание инструкции, критика, импульсивность, коммуникация боли, сенсорная переносимость; при наличии — результаты профильной оценки
Цель изделия	Одна конкретная цель для каждой позиции и ожидаемый результат на уровне функции, активности или профилактики
Режим	Время суток, продолжительность, условия нагрузки, совместимость с обувью и иными ТСР
Сопровождение	Кто надевает, контролирует кожу, регулирует разрешённые элементы и обеспечивает безопасность
Пробное использование	Переносимость, нежелательные явления, влияние на движение и уход
Недублирование	Объяснение различий между изделиями, охватывающими одинаковые суставы или сегменты
Мониторинг	Дата осмотра, критерии эффективности, основания для коррекции, ремонта, замены или отмены

Ограничения исследования**:** в исследовании использованы агрегированные ведомственные данные, которые отражают только число выданных рекомендаций на обеспечение ортезами и не позволяют оценить фактическое использование изделий. В результате остаются неизмеренными факторы, способные влиять на динамику рекомендаций: изменение объёма освидетельствований; изменение нормативно-правовой базы по назначению ТСР; полнота документирования социально-бытового статуса ребёнка. При этом социально-бытовые сведения должны включать не только описание условий проживания, но и характеристики ухода за ребёнком: контроль со стороны законных представителей за использованием ортеза, приверженность режиму

ношения и возможные трудности эксплуатации. Отсутствие этих данных не позволяет достоверно интерпретировать рост числа рекомендаций.

Предложенные два клинических примера предназначены для анализа процесса принятия экспертного решения, однако не обеспечивают обобщаемость частоты ошибок.

Доказательства эффективности ортезов у детей с сочетанием тяжёлых двигательных нарушений и КН ограничены. Большинство исследований включает детей с ДЦП и оценивает параметры ходьбы; участие, семейную нагрузку и безопасность, а у детей, имеющих речевые нарушения, эти данные получены в гораздо меньшем объеме [17, с. 726–738; 14, с. 1175–1188; 16, с. 7– 8]. Поэтому экспертная модель опирается на сочетание нормативных требований, общих принципов обеспечения ассистивными технологиями, клинической биомеханики и индивидуальной проверки результата.

Заключение

Когнитивное нарушение не является самостоятельным универсальным основанием ни для назначения, ни для исключения ортеза из назначений. Клинико-экспертное решение определяется конкретной целью, выраженностью статодинамического дефицита, способностью ребёнка безопасно взаимодействовать с изделием, возможностью компенсации риска обученным взрослым и фактической переносимостью. Относительное противопоказание должно быть раскрыто через наблюдаемые риски и меры их минимизации.

Клинически достаточный перечень строится по принципу «одна позиция — отдельная цель — определённый режим — контролируемый результат». Одновременное назначение полноохватных и сегментарных конструкций допустимо лишь при документированном различии их функций или условий использования. При повторном освидетельствовании необходимо оценивать не наличие изделия, а его фактическое применение, безопасность, достижение цели и сохранение актуальности с учётом роста и изменения моторного развития ребёнка.

Для повышения качества направления на МСЭ целесообразно стандартизировать описание психических функций, роли ухаживающего лица, результатов пробной носки и причин недублирования.

Междисциплинарная консультация травматолога-ортопеда, невролога, психиатра и клинического психолога особенно важна при тяжёлом сочетанном дефиците. Такой подход позволяет избежать как необоснованного расширения ИПРА, так и дискриминационного отказа в ортезировании из-за имеющихся когнитивных нарушений.

Литература / References:

1. Всемирная организация здравоохранения. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья. URL: https://www.who.int/standards/classifications/international-classification-of-functioning-disability-and-health (дата обращения: 30.09.2026).

2. World Health Organization. Improving access to assistive technology : report by the Director-General : A71/21, 15 March 2018. Geneva : WHO, 2018. p.

3. Global report on assistive technology / World Health Organization, United Nations Children’s Fund. — Geneva : WHO and UNICEF, 2022. SBN 978-92-4-004945-

4. Федеральный закон от 24.11.1995 № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации». URL: https://pravo.gov.ru/ (дата обращения: 30.09.2026).

5. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 30.12.2005 № 2347-р «Об утверждении федерального перечня реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду». URL: https://pravo.gov.ru/ (дата обращения: 30.09.2026).

6. Постановление Правительства Российской Федерации от 07.04.2008 № 240 «О порядке обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации и отдельных категорий граждан из числа ветеранов протезами (кроме зубных

протезов), протезно-ортопедическими изделиями». URL: https://pravo.gov.ru/ (дата обращения: 30.09.2026).

7. Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации, Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12.08.2022 № 488н/551н «Об утверждении формы направления на медико-социальную экспертизу медицинской организацией и порядка ее заполнения». URL: http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202211100014 (дата обращения: 30.09.2026).

8. Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 10.12.2024 № 687н «Об утверждении перечня медицинских и социальных показаний, медицинских противопоказаний для обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации, технических решений, в том числе специальных, конструктивных особенностей и параметров технических средств реабилитации, используемых в целях устранения или возможно более полной компенсации стойких ограничений жизнедеятельности инвалидов». URL: http://publication.pravo.gov.ru/document/0001202503130012 (дата обращения: 30.09.2026).

9. Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 14.07.2025 № 438н «Об утверждении сроков пользования техническими средствами реабилитации, протезами и протезно-ортопедическими изделиями». URL: http://publication.pravo.gov.ru/document/0001202508260013 (дата обращения: 30.09.2026).

10. Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 30.08.2019 № 605н «Об утверждении Порядка осуществления уполномоченным органом медико-технической экспертизы обеспечения инвалида техническим средством реабилитации». URL: https://pravo.gov.ru/ (дата обращения: 30.09.2026).

11. Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 26.06.2025 № 398н «Об утверждении Стандарта оказания услуги по ортезированию инвалидов». URL: http://publication.pravo.gov.ru/document/0001202507230001 (дата обращения: 30.09.2026).

12. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 18.12.2021 № 3711-р «Об утверждении Концепции развития в Российской Федерации системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, на период до 2025 года».URL: https://pravo.gov.ru/ (дата обращения: 30.09.2026).

13. Spasticity in under 19s: management : clinical guideline CG145 / National Institute for Health and Care Excellence. London : NICE, 2012 (updated 2016).

14. Effect of ankle-foot orthoses on gait, balance and gross motor function in children with cerebral palsy: a systematic review and meta-analysis / M. Lintanf, J.-S. Bourseul, L. Houx [et al.] // Clinical Rehabilitation. 2018. Vol. 32, no. 9. P. 1175–1188. DOI 10.1177/0269215518771824.

15. Orthotic management of cerebral palsy: recommendations from a consensus conference / C. Morris, R. Bowers, K. Ross [et al.] // NeuroRehabilitation. 2011. Vol. 28, no. 1. P. 37–46. DOI 10.3233/NRE-2011-0630.

16. Efficacy of lower limb orthoses in the rehabilitation of children affected by cerebral palsy: a systematic review / S. Miccinilli, F. Santacaterina, R. Della Rocca [et al.] // Children. 2024. Vol. 11, no. 2. Art. 212. DOI 10.3390/children11020212.

17. Ankle foot orthoses for young children with cerebral palsy: a scoping review / P. Firouzeh, L. K. Sonnenberg, C. Morris, L. Pritchard-Wiart // Disability and Rehabilitation. 2021. Vol. 43, no. 5. P. 726–738. DOI 10.1080/09638288.2019.1631394.

18. Almeida, I.C.R. Assistive technologies for children with cognitive and/or motor disabilities: interviews as a means to diagnose the training needs of informal caregivers / I.C.R. Almeida, J. Ribeiro, A. Moreira // Disability and Rehabilitation:

Assistive Technology. 2021. Vol. 16, no. 3. P. 340–349. DOI 10.1080/17483107.2019.1680750.

19. The psychosocial determinants of adherence to home-based rehabilitation strategies in parents of children with cerebral palsy: a systematic review / J. Niyonsenga, L. Uwingeneye, I. Musabyemariya [et al.] // PLOS ONE. 2024. Vol. 19, no. 6. Art. e0305432. DOI 10.1371/journal.pone.0305432.

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ГРУППОВОГО ТРАВМАТИЗМА ШАХТЕРОВ

Ивойлов В. М.[1], Колесников О. М.[1], Сашко А. А.[2]
[1]Кафедра информационных технологий
[2]Кафедра организации и тактики медицинской службы, медицины катастроф
ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Аннотация. В статье приводится описание группового травматизма в угледобывающей отрасли. Рассматривается зависимость числа случаев групповых травм от социально-психологической обстановки на предприятиях, добывающих уголь шахтным способом. Установлено, что наибольшее число групповых несчастных случаев в шахтах Кузбасса происходило в девяностые годы, в период реструктуризации угольной промышленности. Обращается внимание на психологический климат в трудовых коллективах, его роли в предупреждении аварий, катастроф и групповых несчастных случаев.

Ключевые слова: аварийность на угольных шахтах, групповой травматизм, социально-психологические факторы, профилактика травматизма.

SOCIO-PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF MINERS' GROUP INJURIES

Ivoilov V. M.,[1] Kolesnikov O. M.[1], Sashko A. A.[2]
[1]Department of Information Technology
[2]Department of Organization and Tactics of the Medical Service, Disaster Medicine
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia

Abstract. The article describes group injuries in the coal mining industry. The dependence of the number of cases of group injuries on the socio-psychological situation at coal mining enterprises is considered. It has been established that the largest number of group accidents in the mines of Kuzbass occurred in the nineties, during the restructuring of the coal industry. Attention is drawn to the psychological climate in labor collectives, its role in preventing accidents, catastrophes and group accidents.

Keywords: coal mine accidents, group injury, socio-psychological factors, injury prevention.

Введение

Кузнецкий угольный бассейн, в основном расположенный на территории Кемеровской области – Кузбасса, является крупнейшим угледобывающим производственным комплексом Российской Федерации. В шахтах Кузбасса работает около 30 тыс. трудящихся. Исторически сложилось так, что шахтеры со своими семьями проживают в непосредственной близости от предприятий на которых работают. Добыча угля сопряжена с негативными факторами, оказывающими влияние на здоровье работающих [10, 175; 17, 411]. Вместе с тем угледобывающая промышленность оказывает влияние и на здоровье населения проживающее на прилегающих к предприятиям территориях [12, 219]. Процесс добычи угля шахтным способом во всех странах мира сопровождается несчастными случаями, высоким уровнем травматизма и опасностью возникновения крупных аварий с человеческими жертвами.

Аварии на шахтах, как правило сопровождаются групповым травматизмом, с числом пострадавших два и более человек. Многолетний анализ аварийности показывает, что число аварий зависит от угла залегания угольного пласта (пологое, крутое и крутонаклонное) и как следствие способа и технологии добычи угля. Аварии на шахтах где отрабатываются крутонаклонные пласты угля возникают в два раза чаще чем на шахтах разрабатывающих пологие пласты. Однако тяжесть последствий, выраженная числом пострадавших, в два

– три раза выше на шахтах с пологим залеганием угольных пластов по сравнению с шахтами, работающими на крутопадающих пластах.

Основными причинами аварий на шахтах являются падения людей, аварии транспорта, завалы, взрывы угольной пыли и метана. Наибольшее число раненых и погибших отмечается при взрывах и завалах. Эти причины почти в 90% случаев приводят к групповому травматизму, который сопровождается большим числом погибших и пострадавших. При этом соотношение погибших и пострадавших в среднем составляет 1:1,5 соответственно. На протяжение многих лет в угольной отрасли Кемеровской области наблюдается наибольшее число травм со смертельным исходом по сравнению с другими территориями Российской Федерации. Так в 1997 году в Кузбассе произошло 57% аварийных ситуаций, сопровождающихся травмами со смертельным исходом от всех угледобывающих территорий нашей страны. Причем 72% из них приходилось на добычу угля шахтным способом [14, 49].

Литературные данные свидетельствуют, что травматизм шахтеров обусловлен не только производственными факторами, но и социально-бытовыми [3,151]. Установлено, что качество жизни работников угледобывающих предприятий зависит от социально-демографических факторов [15, 25], а также от состояния здоровья [5, 73]. В безопасности жизнедеятельности шахтеров важная роль принадлежит медико-социальным факторам [6, 583].

Медицинская помощь шахтерам оказывается широким кругом медицинских организаций, в том числе специализированных. Эффективность оказания помощи при авариях и возникновении случаев группового травматизма напрямую зависит от существующей организации медицинской помощи [8, 64; 18, 1148]. В последние годы в ней выделился такой раздел, как медицина экстремальных ситуаций [7, 33]. Повсеместно осуществляется цифровизация здравоохранения, внедряются новые информационные технологии, позволяющие уменьшить время ожидания медицинской помощи пострадавшим [9, 90].

Каждый случай группового травматизма на предприятиях угольной промышленности подлежит тщательному расследованию. Устанавливаются всевозможные факторы, приведшие к данному происшествию. В основном это факторы производственной среды, хотя часто отмечается и «человеческий фактор». Роль социально-психологических факторов отмечается редко.

Исходя из вышесказанного можно заключить, что исследование социально-психологических аспектов группового травматизма является весьма актуальным.

Объекты и методы исследования

Объектом исследования являются угольные предприятия, занятые добычей угля шахтным способом. Предметом исследования выступают случаи группового травматизма. Единицей наблюдения служит шахтер получивший травму при групповом травматизме. При проведении исследования применялись следующие методы: анализ литературы, выкопировка данных из статистических отчетов, статистическая обработка материалов, интерпретация результатов исследования.

Результаты и их обсуждение

В связи с известными социально-экономическими событиями в нашей стране в конце двадцатого века, проводилось сравнение показателей, характеризующих производственную и медико-социальную составляющие в деятельности предприятий, осуществляющих добычу угля шахтным способом по трем временным отрезкам. Было выделены следующие периоды: 1977 – 1987 г.г.; 1988 – 1998 г.г.; 1999 – 2024 г.г. Анализ работников, занятых добычей угля в Кемеровской области, показывает, что до 1987 года их среднегодовая численность составляла 160 тыс. человек. В 1988 году произошло значительное увеличение работающих (со 164 тыс. человек в 1985 году, до 228 тыс. человек в 1993 году). При этом добыча угля сократилась за тот же период со 165 млн. тонн до 99 млн. тонн в год. Снизилась производительность труда. Возросло число прогулов и конфликтов в бригадах. Регулярно объявлялись забастовки в связи с

неудовлетворительными условиями труда и невыплатой заработной платы. Во втором периоде наблюдается значительный рост производственного травматизма. В расчете на 1 млн. тонн добытого угля произошло увеличение случаев травматизма шахтеров с 71,7 до 151,8. Значительно увеличилось число травм со смертельным исходом и достигло 124 случаев в год. Так если в 70-е – 80-е годы прошлого столетия на каждый миллион добытого угля приходилась одна человеческая жизнь, то в 90-е годы уже погибало более двух человек. Возросло число травм со смертельным исходом по причине взрывов метана и угольной пыли с 3 случаев в 1991 года до 31 случая в 1992 году [14, 57]. Почти в 90% случаев среди причин аварий определяется «человеческий фактор». Последний, как известно, во многом зависит от психологического состояния человека. Практика показывает, что в экстремальных ситуациях психологическая устойчивость человека помогает принимать единственно правильное решения [1, 21].

Данные опроса шахтеров во втором периоде исследования показывают, что не довольны своей профессией более 30% занятых на подземной добыче угля. Важное значение в предупреждении аварий имеет производственная дисциплина. Однако лишь 25,8% шахтеров считают дисциплину в своих коллективах высокой. Низкая дисциплина на производстве в 44,5% связана с плохой административной работой руководящего персонала, в 43,5% - наличием прогулов, в 9,6% - плохими взаимоотношениями в коллективе, в 1,2% - злоупотреблением алкоголем. Важное значение в профилактике аварийности имеет техника безопасности. Отмечается, что правила техники безопасности всегда соблюдают 70,8% шахтеров. В тоже время 27,3% допускают при выполнении работ некоторые отклонения от правил, а 1,9% - считают правила техники безопасности необязательными. Имеет место широкое распространение употребления алкоголя (82,5%) и курения (59,7%).

Анализ заключений экспертов по рассмотрению аварий на шахтах приведших к групповому травматизму показывает, что 73% из них считают

причиной аварии недостаточную работу администрации шахт по безопасной организации производства при возникших техногенных и других опасностей. На плохое финансирование мероприятий по технике безопасности, формальное обучение приемам само- и взаимопомощи указывают 84 % экспертов.

В третьем исследуемом периоде произошли коренные изменения на предприятиях угольной отрасли. Число работающих стало составлять 50-60 тыс. в год, улучшилась материально-техническая база предприятий, сократилось число аварий. На 1 млн. тонн добытого угля стало приходиться менее 1 человеческой жизни в год.

Исследования различных аспектов жизнедеятельности трудящихся угледобывающей промышленности в третьем периоде показывают улучшение социально-гигиенических и психологических показателей [20, 355]. Повысилась производственная дисциплина, отношение к соблюдению правил техники безопасности, уменьшилось число злоупотребляющих алкоголем и курящих.

С развитием здравоохранения совершенствуется система оказания медицинской помощи трудящимся. Разработана методика оценки результатов внедрения новых моделей оказания медицинской помощи [11. 93]. В плане реализации национальных проектов в здравоохранении решаются кадровые проблемы, связанные с недостатком медицинского персонала [13, 9]. Разработана методика определения потребности в медицинских кадрах на территориях [19, 8].

Для психологической и психиатрической помощи населению в последние годы стала широко использоваться Арт-терапия [2, 7; 16, 465]. Этот метод применяется при восстановлении и реабилитации травмированных шахтеров, а также при оказании помощи членам семей погибшим при авариях на предприятиях угольной промышленности [4, 268].

Заключение

Социально-психологические факторы имеют непосредственное влияние на уровни группового травматизма. При ухудшении социально-экономической

обстановки, плохих социально-психологических отношениях в трудовых коллективах, низкой трудовой дисциплине, несоблюдении требований правил техники безопасности, широком распространении вредных привычек наблюдается увеличение случаев аварий и как следствие – группового травматизма.

Литература/ References:

1. Акименко, Г. В. Проблемы психологической безопасности: обзор литературы / Г. В. Акименко, Е. В. Янко // Вызовы современной эпохи: человек в экстремальных условиях и кризисных ситуациях жизнедеятельности : Сборник материалов Международной междисциплинарной научно-практической конференции, Кемерово, 10 апреля 2026 года. Кемерово: Кемеровский государственный медицинский университет, 2026. С. 10-21. EDN ULYIPY.

2. Акименко, Г. В. Эко-арт-терапия: социальные и клинические векторы развития в лечении зависимостей / Г. В. Акименко, А. А. Сашко // Арт-терапия зависимостей: диагностика и коррекция : сборник материалов Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, Кемерово, 28 мая 2026 года. Кемерово: Кемеровский государственный медицинский университет, 2026. С. 7-19. – EDN VKVHAI.

3. Ивойлов, В. М. Влияние производственных и социально-психологических факторов на травматизм шахтеров / В. М. Ивойлов, О. М. Колесников, П. С. Руднев // Вызовы современной эпохи: человек в экстремальных условиях и кризисных ситуациях жизнедеятельности : Сборник материалов Международной междисциплинарной научно-практической конференции, Кемерово, 10 апреля 2026 года. – Кемерово: Кемеровский государственный медицинский университет, 2026. С. 145-154. EDN NKWDRD.

4. Ивойлов, В. М. Необходимость использования арт-терапии в работе с семьями шахтеров / В. М. Ивойлов, Г. В. Акименко // Арт-терапия. Фундаментальные и прикладные научные исследования: актуальные вопросы, достижения и инновации : сборник материалов V Международной научно-

практической конференции, Кемерово, 20 марта 2026 года. Кемерово: Кемеровский государственный медицинский университет, 2026. С. 264-271. EDN SEVDWF.

5. Ивойлов, В. М. Медико-социальные аспекты качества жизни, связанного со здоровьем трудящихся угледобывающих предприятий / В. М. Ивойлов, Т. А. Штернис // Медицина в Кузбассе. 2012. Т. 11, № 4. С. 72-74. – EDN PUWOKX.

6. Ивойлов, В. М. Медико-социальные проблемы безопасности жизнедеятельности шахтеров / В. М. Ивойлов, Н. В. Копытина, Т. А. Штернис // Современный мир, природа и человек. Технологии стран БРИКС для развития медицины : сборник материалов XXIV Международной научно-практической конференции, Кемерово, 10 октября 2025 года. Кемерово: Кемеровский государственный медицинский университет, 2025. С. 569-585. EDN FCWXIV.

7. Ивойлов, В. М. Медицина экстремальных ситуаций в научно-образовательной деятельности Кемеровского государственного медицинского университета / В. М. Ивойлов, Н. В. Копытина, Т. А. Штернис // Вестник общественных и гуманитарных наук. 2025. Т. 6, № 1. С. 33-36. EDN GQOITO.

8. Ивойлов, В. М. Организация лечебно-профилактической помощи работникам угольной отрасли в современных условиях / В. М. Ивойлов, Т. А. Штернис // Медицина в Кузбассе. 2012. Т. 11, № 3. С. 62-64. EDN PURSEP.

9. Копытина, Н. В. Достижения и перспективы применения информационных технологий в медицине Кузбасса / Н. В. Копытина // История медицины в Сибири : материалы VI Всероссийской с международным участием научно-практической конференции, Кемерово, 11–13 марта 2025 года. Кемерово: Кемеровский государственный медицинский университет, 2025. С. 88-92. – EDN ZGJACN.

10. Копытина, Н. В. Значение негативных факторов среды обитания в развитии профессиональной заболеваемости трудящихся угледобывающей отрасли / Н. В. Копытина, О. В. Ивойлова, А. А. Швецов // Вызовы современной

эпохи: человек в экстремальных условиях и кризисных ситуациях жизнедеятельности : Сборник материалов Международной междисциплинарной научно-практической конференции, Кемерово, 10 апреля 2026 года. Кемерово: Кемеровский государственный медицинский университет, 2026. С. 173-180. EDN FOOVXS.

11. Копытина, Н. В. Методика оценки достижения целевого значения критерия новой модели организации оказания медицинской помощи "количество завершенных проектов по улучшению в год у руководителя поликлиники и его заместителей" / Н. В. Копытина, Т. А. Штернис, С. С. Кырыкбаева // Прокузбасс 2023 : Материалы межрегионального форума с международным участием, Кемерово, 04–06 июля 2023 года. Кемерово: ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, 2023. С. 89-96. EDN HSNGIP.

12. Копытина, Н. В. Окружающая среда и здоровье населения, проживающего на территориях с угледобывающей промышленностью / Н. В. Копытина, О. В. Ивойлова, П. С. Руднев // Организм и среда жизни: к 100-летию доктора биологических наук, профессора Е. Д. Логачёва и 70-летию кафедры биологии с основами генетики и паразитологии КемГМУ : сборник материалов VI Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, Кемерово, 19–20 марта 2026 года. – Кемерово: Кемеровский государственный медицинский университет, 2026. – С. 216-221. – EDN DECHFQ.

13. Копытина, Н. В. Роль медицинского вуза в реализации национальных проектов в здравоохранении / Н. В. Копытина, Т. А. Штернис, С. Л. Кан // Медицина в Кузбассе. – 2025. – Т. 24, № 3. – С. 5-10. – DOI 10.24412/2687-0053-2025-3-5-10. – EDN VKFJQX.

14. Организация медицинской помощи тяжелопораженным шахтерам при взрывах и завалах в угольных шахтах Кузбасса / С. Я. Айзенштадт, Е. М. Альтшуллер, А. А. Ангельский, Е. И. Ардашева и др. // Монография. Томск: из-во «Красное знамя», 2002. 213 с.

15. Оценка качества жизни работников угледобывающих предприятий Кузбасса в социально-демографическом аспекте / В. М. Ивойлов, В. А. Семенихин, О. В. Одинцева, Т. А. Штернис // Медицина труда и промышленная экология. 2014. – № 2. С. 24-26. EDN RZTUKN.

16. Селедцов, А. М. Арт-терапия: дополнительное лечение психических расстройств. Обзор литературы / А. М. Селедцов, Г. В. Акименко, А. С. Яковлев // Арт-терапия. Фундаментальные и прикладные научные исследования: актуальные вопросы, достижения и инновации : сборник материалов III Международной научно-практической конференции, Кемерово, 19 апреля 2024 года. Кемерово: Кемеровский государственный медицинский университет, 2024. С. 463-471. EDN QIULEQ.

17. Штернис, Т. А. Влияние факторов внешней среды на заболеваемость с временной утратой трудоспособности рабочих угольных шахт / Т. А. Штернис, О. М. Колесников, П. С. Руднев // Вызовы современной эпохи: человек в экстремальных условиях и кризисных ситуациях жизнедеятельности : Сборник материалов Международной междисциплинарной научно-практической конференции, Кемерово, 10 апреля 2026 года. Кемерово: Кемеровский государственный медицинский университет, 2026. С. 406-415. EDN LNAIWN.

18. Штернис, Т. А. Медико-профилактическая помощь трудящимся угольной промышленности и ее влияние на безопасность жизнедеятельности / Т. А. Штернис, И. В. Самусь, О. М. Колесников // Современный мир, природа и человек. Технологии стран БРИКС для развития медицины : сборник материалов XXIV Международной научно-практической конференции, Кемерово, 10 октября 2025 года. Кемерово: Кемеровский государственный медицинский университет, 2025. С. 1147-1156. EDN FFUCIS.

19. Штернис, Т. А. Определение потребности в медицинских кадрах, необходимых для реализации программы государственных гарантий оказания населению кемеровской области бесплатной медицинской помощи / Т. А.

Штернис, В. М. Ивойлов // Медицина в Кузбассе. 2013. Т. 12, № 3. С. 6-11. EDN REDRSF.

20. Штернис, Т. А. Социально-гигиеническая и психологическая характеристика семей шахтеров, получивших травмы / Т. А. Штернис // Вызовы современной эпохи: человек в экстремальных условиях и кризисных ситуациях жизнедеятельности : сборник материалов Международной междисциплинарной научно-практической конференции, Кемерово, 20 мая 2025 года. Кемерово: Кемеровский государственный медицинский университет, 2025. С. 350-3.

ЭКОЛОГИЯ ГОРОДА И ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ

Исмаилова А. М.
Национальный университет Узбекистана,
Республика Узбекистан, г. Ташкент

Аннотация. В статье рассматривается взаимосвязь между экологическими условиями городской среды и психическим здоровьем населения. Анализируется влияние таких факторов, как загрязнение воздуха, шум, транспортная нагрузка, недостаток зелёных зон, высокая плотность населения и информационная перегрузка, на эмоциональное состояние и психологическое благополучие человека. Особое внимание уделяется роли благоприятной городской среды, доступности природных пространств и социальной инфраструктуры в профилактике психологического напряжения и поддержании психического здоровья населения. Обосновывается необходимость комплексного подхода к формированию экологически и психологически комфортной городской среды.

Ключевые слова: городская экология, психическое здоровье, городская среда, экологические факторы, стресс, психологическое благополучие, зелёные зоны, шумовое загрязнение, качество жизни.

URBAN ECOLOGY AND MENTAL HEALTH

Ismailova A. M.
National University of Uzbekistan,
Republic of Uzbekistan, Tashkent

Abstract The article examines the relationship between environmental conditions in urban areas and the mental health of the population. It analyzes the impact of such factors as air pollution, noise, traffic congestion, lack of green spaces, high population density, and information overload on emotional well-being and psychological health. Particular attention is paid to the role of a favorable urban environment, access to natural spaces, and social infrastructure in preventing psychological stress and maintaining the mental health of the population. The article emphasizes the need for a comprehensive approach to creating an environmentally sustainable and psychologically comfortable urban environment.

Keywords: urban ecology, mental health, urban environment, environmental factors, stress, psychological well-being, green spaces, noise pollution, quality of life.

В данной диссертации рассматриваются вопросы влияния городской среды на психическое здоровье человека, а также взаимосвязь экологических факторов и психологического состояния. Загрязнение воздуха в городах, транспортный шум, плотность населения, отсутствие зеленых насаждений, социальное давление и стремительный образ жизни могут отрицательно сказаться на эмоциональном состоянии человека. Также анализируются улучшение городской экологии, увеличение зеленых насаждений и создание благоприятного социально-психологического климата как важные условия охраны психического здоровья.

В настоящее время ускорение процесса урбанизации оказывает влияние на все сферы жизни человека. Помимо того, что города являются важными центрами экономического, социального и культурного развития, они также могут создавать определенные экологические и психологические факторы риска

для здоровья человека. В частности, загрязнение воздуха, увеличение количества транспортных средств, шум, плотность населения, сокращение зеленых насаждений и более высокий темп повседневной жизни являются одними из проблем, непосредственно связанных с психологическим состоянием человека.

Психическое здоровье важно для того, чтобы человек мог управлять своим эмоциональным состоянием, вступать в социальные отношения, адаптироваться к стрессовым ситуациям и эффективно организовывать свою повседневную деятельность. С этой точки зрения экологическая среда, в которой живет человек, является одним из важнейших факторов, обеспечивающих его психологическое благополучие. Под городской экологией понимается взаимодействие природных и антропогенных факторов в городской среде, где проживает человек. Эта среда включает в себя такие факторы, как качество воздуха и воды, дорожное движение, уровень шума, архитектура, зеленые зоны, санитарные условия и социальная среда.Влияние экологических факторов на психическое здоровье человека проявляется в нескольких направлениях.

Прежде всего, загрязнение воздуха может быть связано не только с физиологическим воздействием на организм человека, но и с общим психологическим состоянием. Постоянное проживание в экологически неблагоприятной среде может привести к усилению усталости, раздражительности и стресса у человека.

Вторым важным фактором является шумовое загрязнение. Постоянный шум транспорта, строительные работы и другие источники шума могут ухудшить качество отдыха и сна человека. Недостаточный отдых может привести к снижению эмоциональной стабильности и возникновению трудностей в повседневной деятельности.

Третий фактор — наличие зеленых зон и природной среды. Деревья, сады, парки и открытые природные пространства предоставляют горожанам возможности для отдыха, физической активности и психологической перезагрузки. Регулярное общение с природой считается одним из факторов,

способствующих снижению ежедневного стресса и стабилизации эмоционального состояния человека.

Еще одной важной характеристикой городской среды является плотность населения и социальное давление. В больших городах люди могут столкнуться с большим количеством социальных отношений, загруженностью дорог, высокими требованиями к работе и учебе, а также нехваткой времени. В таких условиях способность человека к психологической адаптации приобретает важное значение.

Однако городская экология — это не просто совокупность негативных факторов. Правильно организованная городская среда может поддерживать психическое здоровье человека. Общественные парки, тротуары, спортивные площадки, зоны отдыха и удобная транспортная инфраструктура служат для повышения физической активности населения, а также для расширения возможностей социального взаимодействия.

Наряду с экологической профилактикой, психологическая профилактика также важна для поддержания психического здоровья. Формирование у населения экологической культуры, развитие навыков управления стрессом, поддержка здорового образа жизни и укрепление систем социальной поддержки служат повышению психологического благополучия горожан.

С этой точки зрения в современном городском планировании необходимо учитывать отношения «человек-среда». При планировании городов целесообразно учитывать не только экономические и транспортные потребности, но и психологические потребности населения. В частности, важное значение приобретает сохранение зеленых насаждений, снижение уровня шума, развитие пешеходной и велосипедной инфраструктуры, увеличение зон отдыха, открытых для публики. В заключение следует отметить, что городская экология и психическое здоровье — взаимосвязанные понятия. На психологическое благополучие человека влияет не только его личность, но и окружающая среда. Загрязнение воздуха, шум, нехватка зеленых насаждений, перенаселенность и

высокий темп жизни могут усилить психологическое напряжение. Поэтому при улучшении городской среды не следует рассматривать экологическую безопасность и психическое здоровье населения отдельно друг от друга. Формирование экологически чистой, зеленой и соответствующей потребностям человека городской среды является одним из важнейших условий повышения качества жизни и психологического благополучия населения.

Литература / References:

1. World Health Organization. *World Mental Health Report: Transforming Mental Health for All*. Geneva: WHO, 2022.
2. World Health Organization. *Urban Green Spaces and Health: A Review of Evidence*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2016.
3. Evans G. W. The Built Environment and Mental Health // *Journal of Urban Health*. 2003. Vol. 80.
4. Ulrich R. S. View Through a Window May Influence Recovery from Surgery // *Science*. 1984. Vol. 224.

ДЕТСКИЙ ОПЫТ ОТНОШЕНИЙ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЙ СТАТУС: ОПОСРЕДУЮЩАЯ РОЛЬ СОЗАВИСИМОСТИ

Калабина М. В., Земзюлина И. Н.
Кафедра общей и клинической психологии
ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Россия, г. Курск

Аннотация. В данной статье представлены результаты эмпирического исследования взаимосвязи детского опыта (привязанность к родителям, семейные эмоциональные коммуникации, опыт детской травмы) с показателями психосоматического статуса у лиц ранней зрелости. Выборка составила 56 человек в возрасте 18-25 лет. Было установлено, что в отсутствии созависимости детский опыт выступает самостоятельным предиктором психосоматического неблагополучия, тогда как при созависимости прямой эффект детского опыта ослабевает, а доминирующим фактором риска становится сама созависимость,

как устойчивая личностная особенность. Полученные данные обосновывают двухпутную модель влияния детского опыта на психосоматический статус и необходимость дифференцированных психотерапевтических интервенций.

Ключевые слова: привязанность, семейные эмоциональные коммуникации, детская травма, психосоматический статус, созависимость, ранняя зрелость.

CHILDHOOD RELATIONAL EXPERIENCE AND PSYCHOSOMATIC STATUS: THE MEDIATING ROLE OF CODEPENDENCY

Kalabina M.V., Zemzyulina I.N.
Department of General and Clinical Psychology
Kursk State Medical University, Russia, Kursk

Abstract. This paper presents the findings of an empirical study examining the relationship between childhood experiences (attachment to parents, family emotional communication patterns, and exposure to childhood trauma) and indicators of psychosomatic status in individuals in early adulthood. The sample consisted of 56 participants aged 18-25 years. The results indicate that in the absence of codependency, childhood experiences act as an independent predictor of psychosomatic distress. In contrast, when codependency is present, the direct effect of childhood experiences diminishes, and codependency itself – as a stable personality trait – becomes the predominant risk factor. The obtained data support a dual-pathway model of how childhood experiences influence psychosomatic status and underscore the need for differentiated psychotherapeutic interventions.

Keywords: attachment, family emotional communication, childhood trauma, psychosomatic status, codependency, early adulthood.

Введение

Психосоматический статус представляет собой интегративную характеристику психофизиологического функционирования человека, включающую субъективные соматические жалобы, функциональное состояние и качество жизни [4, с. 84-86]. В период ранней зрелости психосоматическое благополучие особенно уязвимо в силу высокой стрессогенности студенческой среды, необходимости профессионального и личностного самоопределения, а также актуализации паттернов поведения, сформированных в детстве [3, с. 3-5].

Фундаментальным уровнем детерминации психосоматического статуса выступает детский опыт отношений. Согласно современным исследованиям, ненадёжная привязанность, дисфункциональные семейные коммуникации и травматический опыт создают основу для формирования устойчивых паттернов эмоционального реагирования и телесного отклика на стресс [5, с. 462-464]. В работах Н.Г. Артемцевой показано, что эмоционально-окрашенные жалобы на физическое самочувствие значимо коррелируют с особенностями ранних детско-родительских отношений [2, с. 63-67]. Ю.В. Стряпухина и С.Т. Посохова подчёркивают, что нарушения привязанности и семейные дисфункции выступают предикторами хронического утомления и снижения диспозиционного оптимизма [6, с. 91-94].

Однако на данный момент остаётся неясной проблема – взаимосвязан ли детский опыт с психосоматическим статусом непосредственно или опосредованно через формирование созависимости. Созависимость представляет собой устойчивую личностную особенность, которая формируется в дисфункциональных семейных системах и характеризуется ориентацией на других, стремлением к контролю и эмоциональной реактивностью [1, с. 18-22]. Мы предполагаем, что детский опыт может реализовываться в психосоматическом неблагополучии двумя путями: прямым (непосредственное влияние травматического опыта на телесность) и опосредованным (через формирование созависимости, которая, в свою очередь, выступает фактором риска психосоматических нарушений).

Цель настоящего исследования – выявить характер взаимосвязей показателей детского опыта с психосоматическим статусом у лиц ранней зрелости и определить, опосредована ли эта связь уровнем созависимости.

Объекты и методы исследования

В исследовании приняли участие 56 человек в возрасте 18-25 лет. На основе шкалы созависимости Спанн–Фишер (адаптация М.А. Падун, М.А. Гагариной и соавт.) респонденты были распределены на три группы: норма (n=13), умеренная созависимость (n=32), резко выраженная созависимость (n=11).

Для оценки детского опыта применялись: опросник привязанности к родителям и сверстникам, IPPA (адаптация Н.В. Сабельниковой, Д.В. Каширского, Т.Ю. Садовникова); опросник «Семейные эмоциональные коммуникации», СЭК (А.Б. Холмогорова, С.В. Воликова); опросник детской травмы, CTQ-SF (адаптация Е.Д. Касынова и соавт.). Психосоматический статус оценивался с помощью опросника соматоформных расстройств PHQ-15 (адаптация А.А. Золотаревой) и теста дифференцированной самооценки функционального состояния, САН (В.А. Доскин, М.П. Мирошников и соавт.).

Статистический анализ проводился с использованием пакета STATISTICA, version 8.0 (StatSoft, Inc.) с применением H-критерия Краскела-Уоллиса для сравнения трёх независимых групп и ранговой корреляции Спирмена.

Результаты и их обсуждение

Сравнительный анализ показателей детского опыта выявил статистически значимые различия между группами с разным уровнем созависимости. По привязанности к матери значимые различия обнаружены по шкалам «Доверие» (H=14,27; p=0,001), «Отчуждение» (H=18,78; p=0,001) и общему баллу (H=12,92; p=0,001). В группе резко выраженной созависимости зафиксировано наиболее низкое доверие к матери и наиболее высокое отчуждение. Аналогичный паттерн

выявлен по привязанности к отцу: значимые различия по шкалам «Доверие» ($p<0,01$), «Отчуждение» ($H=13,21$; $p=0,001$) и общему баллу ($H=10,19$; $p=0,006$).

По семейным эмоциональным коммуникациям статистически значимые различия выявлены по шкалам «Критика» ($H=18,87$; $p=0,001$), «Сверхвключённость» ($p=0,002$), «Элиминирование эмоций» ($p=0,011$), «Внешнее благополучие» ($p=0,042$) и общему баллу ($p=0,001$). Наиболее высокие показатели дисфункциональных коммуникаций зафиксированы в группе резко выраженной созависимости.

По параметрам детской травмы значимые различия обнаружены по шкалам «Физическое насилие» ($p=0,003$), «Эмоциональное насилие» ($p<0,001$), «Эмоциональное пренебрежение» ($p=0,006$) и «Минимизация/отрицание» ($p=0,001$). Наиболее высокие показатели зафиксированы в группе резко выраженной созависимости, наиболее низкие – в группе нормы. Отсутствие значимых различий по сексуальному насилию и физическому пренебрежению могут свидетельствовать о том, что именно эмоциональная депривация и вербальная агрессия вносят решающий вклад в формирование созависимости.

Корреляционный анализ в общей выборке выявил значимые связи детского опыта с психосоматическим статусом. Эмоциональное насилие отрицательно связано с самочувствием ($r=-0,462$; $p=0,011$) и настроением ($r=-0,724$; $p=0,004$), физическое насилие – с самочувствием ($r=-0,587$; $p=0,028$). Элиминирование эмоций отрицательно связано с самочувствием ($r=-0,699$; $p=0,007$), активностью ($r=-0,587$; $p=0,034$) и настроением ($r=-0,585$; $p=0,035$). Индуцирование тревоги положительно связано с соматическими жалобами ($r=0,710$; $p=0,006$), семейный перфекционизм – с соматическими жалобами ($r=0,729$; $p=0,004$). Привязанность к отцу ($r=0,674$; $p=0,011$) и другу ($r=0,555$; $p=0,041$) положительно связана с настроением, что указывает на ресурсную роль близких отношений.

Для проверки гипотезы об опосредующей роли созависимости был проведён корреляционный анализ внутри групп. В группе нормы выявлены наиболее сильные и многочисленные связи детского опыта с психосоматическим

статусом: эмоциональное насилие – самочувствие (r=-0,746; p=0,003), эмоциональное насилие – настроение (r=-0,724; p=0,004), индуцирование тревоги – соматические жалобы (r=0,710; p=0,006), семейный перфекционизм – соматические жалобы (r=0,729; p=0,004), элиминирование эмоций – самочувствие (r=-0,699; p=0,007), элиминирование эмоций – активность (r=-0,587; p=0,034), элиминирование эмоций – настроение (r=-0,585; p=0,035), физическое насилие – самочувствие (r=-0,599; p=0,030), эмоциональное пренебрежение – настроение (r=-0,571; p=0,041), привязанность к отцу – настроение (r=0,674; p=0,011), привязанность к другу – настроение (r=0,555; p=0,049).

В группе умеренной созависимости корреляции значительно ослабевают и затрагивают преимущественно самочувствие и активность: привязанность к отцу – самочувствие (r=0,375; p=0,034), привязанность к другу – самочувствие (r=0,381; p=0,031), привязанность к другу – активность (r=0,453; p=0,009), физическое насилие – самочувствие (r=-0,387; p=0,028), эмоциональное насилие – самочувствие (r=-0,362; p=0,041), семейный перфекционизм – активность (r=0,354; p=0,046).

В группе резко выраженной созависимости корреляции детского опыта и психосоматического статуса единичны и парадоксальны: критика – настроение (r=0,729; p=0,011), эмоциональное пренебрежение – настроение (r=0,760; p=0,006), сексуальное насилие – активность (r=-0,608; p=0,047). Положительная связь эмоционального пренебрежения с настроением может отражать действие защитных механизмов отрицания или специфическую адаптацию к хронической депривации, когда эмоциональная холодность воспринимается как норма.

Полученные данные свидетельствуют о том, что детский опыт взаимосвязан с психосоматическим статусом посредством двух механизмов. В отсутствие созависимости (группа нормы) детский опыт выступает самостоятельным и наиболее сильным предиктором психосоматического неблагополучия: травматический опыт и дисфункциональные коммуникации

непосредственно отражаются на телесности, минуя промежуточные звенья. По мере нарастания созависимости прямой эффект детского опыта ослабевает, а доминирующим фактором риска становится сама созависимость. Это соответствует двухпутной модели: детский опыт либо непосредственно взаимосвязан с психосоматическим статусом, либо опосредованно – через формирование созависимости, которая, в свою очередь, усугубляет психосоматическое неблагополучие.

Наиболее сильным предиктором как созависимости, так и связанного с ней психосоматического неблагополучия является эмоциональное насилие, эмоциональное пренебрежение и семейная критика. Привязанность к отцу и другу выполняет ресурсную функцию, поддерживая субъективное благополучие и деятельностный тонус.

Заключение

Проведённое исследование позволило установить, что детский опыт значимо связан с психосоматическим статусом у лиц ранней зрелости. В отсутствие созависимости эта связь максимально выражена и выступает самостоятельным фактором риска психосоматического неблагополучия. При нарастании созависимости прямой эффект детского опыта ослабевает, а доминирующим условием становится сама созависимость, что подтверждает её опосредующую роль.

Наиболее сильным предиктором неблагоприятного психосоматического статуса является эмоциональное насилие. Эмоциональное пренебрежение и семейная критика также вносят значимый вклад. Привязанность к отцу и другу выполняет ресурсную функцию.

Полученные данные позволяют выделить конкретные мишени для психопрофилактической и психотерапевтической работы. В работе с лицами ранней зрелости, имеющими психосоматические жалобы, целесообразно учитывать уровень созависимости. При отсутствии созависимости мишенью является непосредственно детский травматический опыт: эмоциональное

насилие, пренебрежение, дисфункциональные семейные коммуникации (критика, элиминирование эмоций, индуцирование тревоги, семейный перфекционизм). Психотерапевтическая работа может включать проработку травматических воспоминаний, реконструкцию ранних объектных отношений, развитие навыков эмоциональной регуляции и формирование более адаптивных моделей привязанности.

При умеренно выраженной созависимости акцент смещается на укрепление ресурсных отношений (привязанность к отцу и другу) и коррекцию эмоционального реагирования, поскольку прямой эффект детского опыта ослабевает, но сохраняется его вклад в самочувствие. При резко выраженной созависимости приоритетной мишенью становится сама созависимость и её компоненты (ориентация на других, контроль, эмоциональная реактивность), а работа с детским опытом может быть отсрочена или проводиться параллельно с осторожностью, так как защитные механизмы (минимизация, отрицание) затрудняют доступ к травматическому материалу.

Профилактические программы для лиц ранней зрелости должны включать информирование о роли детского опыта в формировании созависимости и психосоматических нарушений, развитие навыков самоподдержки и эмоциональной регуляции, а также обучение распознаванию дисфункциональных семейных паттернов. Перспективой исследования является разработка и апробация дифференцированных психотерапевтических интервенций с учётом уровня созависимости и специфики детского опыта.

Литература / References:

1. Артемцева Н.Г. Феномен созависимости: общее, типологическое, индивидуальное: монография / Н.Г. Артемцева. М.: Институт психологии РАН, 2017. 227 с. ISBN 978-5-9270-0357-0.

2. Артемцева Н.Г. Эмоционально-окрашенные жалобы по поводу физического самочувствия как компонент удовлетворенности жизнью при

созависимости / Н.Г. Артемцева // Человек. Искусство. Вселенная. 2025. № 1. С. 63–67.

3. Волочков А.А. Активность, ценностная направленность и психологическое здоровье студенчества: монография / А.А. Волочков, Н.В. Коптева, А.Ю. Попов [и др.]; под общ. ред. А.А. Волочкова. 2-е изд. Пермь: ПГГПУ, 2021. 197 с. ISBN 978-5-907459-76-2.

4. Руководство по психологии здоровья / под ред. А.Ш. Тхостова, Е.И. Рассказовой. — М.: Издательство Московского университета, 2019. 840 с. ISBN 978-5-19-011320-4.

5. Русина Н.А. Психосоматические отношения при соматических заболеваниях и психосоматических расстройствах // Клиническая психология XXI века: методология, теория и практика: коллективная монография / под ред. Н.В. Зверевой, И.Ф. Рощиной, С.Н. Ениколопова. М.: ФГБНУ НЦПЗ, 2023. С. 457–477.

6. Стряпухина Ю.В. Проблема созависимости в современных психологических исследованиях / Ю.В. Стряпухина, С.Т. Посохова // СибСкрипт. 2025. Т. 27, № 1. С. 89–102. DOI: 10.21603/sibscript-2025-27-1-89-102.

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА И ЭТАПЫ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ УЧАСТНИКОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМ СТРЕССОВЫМ РАССТРОЙСТВОМ

Колесникова К. А.
Кафедра психиатрии и наркологии
ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово
Научный руководитель - А. С. Яковлев

Аннотация. В работе систематизированы клинико-психопатологические варианты посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) у участников

современных локальных вооруженных конфликтов с учетом частой коморбидности с боевой закрытой черепно-мозговой травмой. На основе психопатологического анализа и клинико-анамнестических данных выделены четыре ведущих клинических фенотипа: тревожно-фобический, дисфорический, апатико-депрессивный и соматовегетативный. Предложена дифференцированная трехэтапная модель медико-психологической реабилитации военнослужащих, интегрирующая таргетированную психофармакотерапию, нейропротекцию, методы травмофокусированной психотерапии и социальную реинтеграцию.

Ключевые слова: посттравматическое стрессовое расстройство, участники боевых действий, психопатологическая структура, боевая закрытая черепно-мозговая травма, медико-психологическая реабилитация, клинический патоморфоз.

CLINICAL AND PSYCHOPATHOLOGICAL STRUCTURE AND STAGES OF MEDICAL AND PSYCHOLOGICAL REHABILITATION OF COMBATANTS WITH POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER

Kolesnikova K. A.
Department of Psychiatry and Narcology
Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo
Supervisor – Yakovlev A.S.

Abstract. The paper systemizes the clinical and psychopathological variants of post-traumatic stress disorder (PTSD) in combatants of contemporary local armed conflicts, considering its frequent comorbidity with closed combat head injury. Based on psychopathological analysis and follow-up data, four leading clinical phenotypes are identified: anxious-phobic, dysphoric, apathetic-depressive, and somatovegetative. A differentiated three-stage model of medical and psychological rehabilitation for combatants is proposed, integrating targeted psychopharmacotherapy, neuroprotection, trauma-focused psychotherapy methods, and social reintegration.

Keywords: post-traumatic stress disorder, combatants, psychopathological structure, closed combat head injury, medical and psychological rehabilitation, clinical pathomorphosis.

Введение

Психические нарушения, манифестирующие у военнослужащих в результате участия в интенсивных боевых действиях, традиционно представляют собой одну из наиболее сложных междисциплинарных проблем военной психиатрии, клинической психологии и неврологии [2, с. 412; 14, с. 18]. Экстремальные стрессорные воздействия в зоне вооруженного конфликта характеризуются витальной угрозой, массивной сенсорной перегрузкой, гибелью сослуживцев и длительной депривацией сна [7, с. 12]. Согласно действующим клиническим рекомендациям Минздрава России, посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) развивается как отсроченная или затяжная дезадаптивная реакция на события исключительно угрожающего или катастрофического характера [8, с. 6].

Современный патоморфоз боевого стресса обусловлен изменением самого характера ведения боевых действий: масштабным применением артиллерийских систем, беспилотных летательных аппаратов и минно-взрывных заграждений. Вследствие этого в клинической картине у военнослужащих изолированное психогенное ПТСР встречается относительно редко; подавляющее большинство случаев протекает в тесной ассоциации с последствиями легкой боевой закрытой черепно-мозговой травмы (БЗЧМТ), баротравмами и акустическими контузиями [4, с. 59; 13, с. 126]. Возникающий при этом феномен «коммоционно-контузионного фона» существенно видоизменяет динамику аффективных и идеаторных нарушений, усиливает церебрастенический синдром, формирует стойкие когнитивные дисфункции и пароксизмальные вегетативные кризы [4, с. 60; 11, с. 47].

В Кемеровской области — Кузбассе медико-социальная реабилитация участников боевых действий сопряжена с необходимостью учета сопутствующего промышленно-экологического стресса и специфики региональной наркологической и психиатрической службы [5, с. 35; 10, с. 79]. Высокий удельный вес деструктивных форм совладания со стрессом (злоупотребление алкоголем и психоактивными веществами с целью купирования инсомнии и тревоги) диктует необходимость четкого понимания внутренней структуры психопатологического синдрома военнослужащих и разработки этапных реабилитационных программ [5, с. 36; 9, с. 14].

Цель настоящего исследования — раскрыть клинико-психопатологическую структуру ПТСР у участников локальных военных конфликтов с учетом соматоневрологического коморбидного фона и обосновать алгоритм дифференцированной этапной медико-психологической реабилитации.

Объекты и методы исследования

Методологическую основу работы составил комплексный теоретико-методологический и клинико-аналитический анализ современной доказательной базы по проблеме боевой психической травмы.

Объектом исследования выступили действующие клинические рекомендации Минздрава России («Посттравматическое стрессовое расстройство», 2023 г.), профильные разделы национальных руководств по психиатрии и неврологии, а также опубликованные за период 2021–2026 гг. научные работы отечественных исследователей.

Предметом исследования являлись клинико-психопатологические фенотипы боевого ПТСР, их трансформация под влиянием сопутствующей закрытой черепно-мозговой травмы (баротравмы), а также организационно-терапевтические модели медико-психологической реабилитации участников вооруженных конфликтов.

В работе применены методы контент-анализа, сравнительного клинико-типологического анализа, систематизации эмпирических данных и структурно-функционального моделирования. Обобщение диагностических подходов строилось на анализе валидизированных шкал (CAPS-5, HADS, Rivermead Post-Concussion Symptoms Questionnaire), рекомендованных стандартами специализированной помощи.

Результаты и их обсуждение

Анализ психопатологического пространства боевого ПТСР демонстрирует его выраженную гетерогенность и синдромальный динамизм. Классическая триада ПТСР — симптомы вторжения (интрузии), избегания и персистирующей гиперактивации нервной системы — у ветеранов боевых действий практически никогда не выступает в изолированном моносимптомном виде [8, с. 8; 14, с. 22]. На основе ведущих психопатологических радикалов выделяются четыре клинико-динамических варианта течения расстройства:

Тревожно-фобический вариант. Доминируют массивные интрузивные расстройства в виде ярких сценоподобных флешбэк-эпизодов, насильственно возникающих в сознании при воздействии триггеров (громкие резкие звуки, запах гари, вибрация) [7, с. 14]. Пациенты переживают боевую обстановку с полной утратой критики к текущему окружению, сопровождающейся психомоторным возбуждением оборонительного характера. Характерна выраженная гипервигильность (постоянное сканирование пространства на предмет угрозы), панические пароксизмы с преобладанием симпатоадреналовых проявлений и мучительная инициальная инсомния [8, с. 11].

Дисфорический (эксплозивный) вариант. Характеризуется стойким доминированием дисфорического аффекта, эмоциональной ригидностью, ожесточенностью и вспышками неконтролируемой вербальной и гетероагрессии по незначительным поводам [10, с. 80]. Ветераны утрачивают способность к эмпатии («чувство омертвения»), обвиняют окружающих в равнодушии и враждебности. При данном варианте наблюдается максимальный риск

деструктивного поведения, криминализации и вторичной химической аутомедикации [5, с. 37; 9, с. 15].

Апатико-депрессивный вариант. В клинической картине преобладают ангедония, тотальное отчуждение от межличностных связей, утрата витальных побуждений и формирование представлений об укороченном будущем [12, с. 54]. Симптомы интрузии носят стертый, руминативный характер («мыслительная жвачка» с фиксацией на чувстве вины выжившего). Депрессивный регистр сопровождается тяжелыми висцеро-вегетативными нарушениями, пассивными суицидальными мыслями и социальным уходом (самоизоляцией) [2, с. 415].

Соматовегетативный (соматоформный) вариант. На первый план выходят полиморфные алгические и конверсионно-подобные расстройства: цефалгии мышечного напряжения, кардиалгии, комбустиоформные сенестопатии, спастические нарушения желудочно-кишечного тракта, вестибулопатии [1, с. 46; 4, с. 62]. Этот вариант наиболее типичен для коморбидности ПТСР с последствиями перенесенных минно-взрывных травм и акубаротравм, когда резидуально-органическая церебральная недостаточность снижает порог психоэмоционального реагирования [4, с. 63; 11, с. 48].

Неврологический базис боевого ПТСР у участников боевых действий обусловлен дисфункцией корково-подкорковых фронто-лимбических нейрональных сетей [3, с. 384]. Гиперактивность миндалевидного тела в сочетании со снижением модулирующего тормозного контроля со стороны вентромедиальной префронтальной коры и уменьшением объема гиппокампа лежит в основе нарушений угасания условных рефлексов страха [8, с. 9; 14, с. 25]. Сопутствующая легкая боевая ЗЧМТ инициирует микроструктурное аксональное повреждение, дисфункцию микроглии и нейровоспаление, что формирует затяжное течение астено-цефалгического и диссомнического синдромов [4, с. 63; 6, с. 312].

Попытки изолированной фармакотерапии или исключительно психологического консультирования военнослужащих без учета структуры психопатологического синдрома демонстрируют низкую терапевтическую комплаентность и частые рецидивы [10, с. 82]. В связи с этим реабилитационный процесс должен базироваться на биопсихосоциальной модели и иметь четкую стадийную преемственность [5, с. 38; 7, с. 16].

Опираясь на региональный клинический опыт и федеральные стандарты, мы выделяем три взаимосвязанных этапа медико-психологической реабилитации участников боевых действий (табл. 1) [8, с. 24; 10, с. 83].

Таблица 1

Дифференцированные этапы медико-психологической реабилитации военнослужащих с ПТСР

Этап реабилитации и условия оказания помощи	**Ведущие клинические мишени**	**Содержание медикаментозных и соматоневрологических вмешательств**	**Психотерапевтические и психосоциальные технологии**
I. Диагностико-стабилизационный (купирующий) (Специализированный психиатрический / психотерапевтический стационар)	Острый аффективный дистресс, стойкая инсомния, флешбэк-эпизоды, дисфорические взрывы, острый суицидальный риск	СИОЗС (сертралин, пароксетин), атипичные антипсихотики в малых дозах (кветиапин, оланзапин), альфа-1-адреноблокаторы при ночных кошмарах (празозин); метаболическая и ноотропная	Кризисная психотерапия, методы эмоциональной саморегуляции, протоколы безопасного места, дестигматизация, мотивационное консультиров

Этап реабилитации и условия оказания помощи	Ведущие клинические мишени	Содержание медикаментозных и соматоневрологических вмешательств	Психотерапевтические и психосоциальные технологии
		терапия резидуальной травмы [8, с. 26; 6, с. 314]	ание [1, с. 49; 7, с. 18]
II. Амбулаторно-реабилитационный (интенсивный) (Дневной стационар, центры ментального здоровья, кабинеты медико-психологической помощи)	Патологические когнитивные схемы («мир абсолютно враждебен», вина выжившего), тревога избегания, астено-когнитивный дефицит	Поддерживающая психофармакотерапия (титрование СИОЗС / СИОЗСН), нормотимики при аффективной лабильности; нейропротекция, физиотерапия, ЛФК, транскраниальная магнитная стимуляция [3, с. 388; 4, с. 64]	Травмофокусированная когнитивно-поведенческая терапия (ТФ-КПТ), десенсибилизация и переработка движениями глаз (ДПДГ/EMDR), тренинги биологической обратной связи (БОС) [8, с. 30; 12, с. 56]
III. Поддерживающий и реинтеграционный (Амбулаторная служба,	Нарушения социально-ролевого функционирования, внутрисемейные	Минимизация медикаментозной нагрузки, постепенная редукция доз тимоаналептиков под врачебным	Супружеская и семейная психотерапия, комьюнити-терапия, группы равной

Этап реабилитации и условия оказания помощи	Ведущие клинические мишени	Содержание медикаментозных и соматоневрологических вмешательств	Психотерапевтические и психосоциальные технологии
ветеранские сообщества, центры социальной поддержки)	конфликты, риск рецидивов аддиктивного поведения	мониторингом, коррекция вегетативной дистонии [5, с. 40; 10, с. 84]	поддержки ветеранов, профессиональная переориентация и содействие занятости [1, с. 50; 9, с. 16]

На первом (стационарном) этапе первоочередной задачей является редукция пароксизмальной тревоги, дезактуализация интрузивных переживаний и нормализация циркадианного ритма «сон — бодрствование» [8, с. 25; 7, с. 17]. Фармакотерапия выступает базисом: терапией первой линии признаны антидепрессанты групп СИОЗС (сертралин в дозе до 150–200 мг/сут, пароксетин 20–40 мг/сут) [8, с. 27]. При выраженных дисфорических и интрузивных расстройствах обосновано присоединение малых доз атипичных антипсихотиков (кветиапин 25–100 мг на ночь), обладающих выраженным седативным и противотревожным действием без риска формирования лекарственной зависимости [2, с. 418; 10, с. 83]. Наличие в анамнезе БЗЧМТ требует параллельного включения сосудистых, нейротрофических и антиоксидантных препаратов для редукции внутричерепной гипертензии и церебрастении [4, с. 64; 6, с. 315].

Второй этап фокусируется на интенсивной психологической проработке психотравмы. Согласно отечественным и международным стандартам, доказанную эффективность имеют десенсибилизация и переработка движением

глаз (ДПДГ / EMDR) и травмофокусированная когнитивно-поведенческая терапия (ТФ-КПТ) [8, с. 31]. Данные методы направлены на когнитивное реструктурирование дисфункциональных смысловых установок («я виновен в гибели взвода», «верить никому нельзя»), безопасную переработку травматического опыта в автобиографическую память и десенсибилизацию триггерных стимулов [12, с. 55]. Важным дополнением служат методы биологической обратной связи (БОС), стабилизирующие баланс вегетативной нервной системы военнослужащих [11, с. 49].

Третий этап направлен на закрепление ремиссии и устранение феномена маргинализации. Ветераны боевых действий нередко испытывают феномен «декомпрессии» при возвращении к мирной жизни, сталкиваясь с отчуждением в семье и микросоциуме [1, с. 48; 9, с. 15]. Реабилитационная работа на данном этапе включает вовлечение семьи в психообразовательные программы, коррекцию созависимости и участие в структурированных группах поддержки [10, с. 84].

Заключение

1. Клинико-психопатологическая картина посттравматического стрессового расстройства у участников боевых действий характеризуется полиморфизмом с выделением тревожно-фобического, дисфорического, апатико-депрессивного и соматовегетативного вариантов, определяющих гетерогенность терапевтического прогноза.

2. Высокая коморбидность ПТСР с последствиями легкой боевой закрытой черепно-мозговой травмы создает устойчивый органический паттерн, утяжеляющий симптомы аффективной лабильности и когнитивной истощаемости, что требует обязательной интеграции неврологической курации в алгоритм ведения пациентов.

3. Эффективное преодоление боевого стресса и предотвращение формирования устойчивых постстрессовых изменений личности возможны исключительно в рамках трехэтапной системы реабилитации, сочетающей

своевременную психофармакотерапию, методы доказательной травмофокусированной психотерапии и программы социально-трудовой реинтеграции.

Литература / References:

1. Акименко, Г. В. Клинико-динамические аспекты психогенных расстройств в условиях чрезвычайных ситуаций и вооруженных конфликтов / Г. В. Акименко, А. М. Селедцов // Медицина в Кузбассе. 2022. Т. 21, № 3. С. 45–51.

2. Александровский, Ю. А. Психиатрия : национальное руководство / под ред. Ю. А. Александровского, Н. Г. Незнанова. – 2-е изд., перераб. и доп. Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. 1008 с.

3. Гусев, Е. И. Неврология : национальное руководство : в 2 т. / под ред. Е. И. Гусева, А. Н. Коновалова, А. Б. Гехт. – 2-е изд., перераб. и доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. Т. 1. 880 с.

4. Коваленко, А. В. Нейровегетативные и когнитивные нарушения при боевой закрытой черепно-мозговой травме: вопросы ранней реабилитации / А. В. Коваленко, Е. В. Шабалина // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2022. Т. 14, № 4. С. 58–65.

5. Лопатин, А. А. Реабилитационный потенциал пациентов с постстрессовыми и аддиктивными расстройствами в специализированном стационаре / А. А. Лопатин, В. В. Конончук, Д. А. Момот // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2023. № 2 (119). С. 34–41.

6. Марченко, А. А. Психические расстройства у военнослужащих в современных вооруженных конфликтах / А. А. Марченко, В. К. Шамрей, Е. С. Курасов // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2023. Т. 123, № 11. С. 310–317.

7. Портнова, А. А. Клинические проявления боевого стресса и принципы ранней психолого-психиатрической помощи / А. А. Портнова, З. И. Кекелидзе // Российский психиатрический журнал. 2023. № 5. С. 10–19.

8. Посттравматическое стрессовое расстройство : клинические рекомендации / Российское общество психиатров. Москва : Министерство здравоохранения Российской Федерации, 2023. 88 с.

9. Рыбников, В. Ю. Деструктивные формы совладающего поведения у участников боевых действий с посттравматическим стрессовым расстройством / В. Ю. Рыбников, А. В. Кузнецов // Экология человека. 2022. № 4. С. 12–18.

10. Селедцов, А. М. Медико-психологическое сопровождение участников локальных конфликтов с коморбидной патологией / А. М. Селедцов, А. А. Лопатин, Г. В. Акименко // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2024. Т. 23, № 1 (122). С. 78–86.

11. Субботин, А. В. Клинико-патогенетические параллели психовегетативных пароксизмов и соматоформных нарушений у лиц экстремальных профессий / А. В. Субботин, Т. В. Попова // Медицина в Кузбассе. 2021. Т. 20, № 2. С. 45–51.

12. Тарабрина, Н. В. Психология посттравматического стресса: современные концепции и методы психотерапии / Н. В. Тарабрина, Ю. В. Быховец // Консультативная психология и психотерапия. 2022. Т. 30, № 3. С. 48–67.

13. Фастовцов, Г. А. Психолого-психиатрические аспекты коморбидности посттравматического стрессового расстройства и легкой черепно-мозговой травмы у военнослужащих / Г. А. Фастовцов, М. В. Ошев // Психическое здоровье. 2023. № 8. С. 124–130.

14. Шамрей, В. К. Динамика боевой психической травмы и современные модели оказания специализированной помощи / В. К. Шамрей, К. М. Колов // Военно-медицинский журнал. 2024. Т. 345, № 2. С. 18–26.

ВКЛАД ДИСТАЛЬНЫХ СЕМЕЙНЫХ ФАКТОРОВ В ДИНАМИКУ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ: ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Козлова Е. А.
ФГБНУ «Научно-исследовательский институт нейронаук и медицины», Россия, г. Новосибирск

Аннотация. В продолжительном исследовании был изучен прогностический вклад дистальных семейных факторов в динамику психического здоровья 750 детей и подростков в возрасте от 2 до 17 лет (54% девочек), проживающих в городских и сельских районах России. Дистальные семейные факторы на первом этапе исследования оценивали с помощью социально-демографической анкеты. Психическое здоровье на двух этапах исследования оценивали с помощью родительского опросника «Сильные стороны и трудности» (SDQ), предназначенного для количественной оценки проблем психического здоровья и просоциального поведения детей и подростков. Средний интервал между оценками составил 3 года. Анализ данных показал, что на уровне прогностических корреляций образование родителей, профессиональный статус отца, доход и проживание в семье с отчимом/мачехой являются значимыми для последующего психического здоровья детей и подростков. При этом учет исходного уровня психического здоровья в регрессионных моделях существенно ослабил независимый вклад дистальных семейных факторов в его последующий уровень. Эти результаты расширяют наши представления о психическом здоровье и вкладе дистальных семейных факторов в его формирование в широком возрастном диапазоне.

Ключевые слова: психическое здоровье, семейные факторы, дети, подростки, продолжительное исследование.

THE CONTRIBUTION OF DISTAL FAMILY FACTORS TO THE DYNAMICS OF MENTAL HEALTH IN CHILDREN AND ADOLESCENTS: THE FOLLOW-UP STUDY

Elena A. K.
Scientific Research Institute of Neurosciences and Medicine, Novosibirsk, Russia

Abstract. The follow-up study examined the prognostic contribution of distal family factors to the dynamics of mental health in a community sample of 750 children and adolescents aged 2 to 17 years (54% female) from urban and rural areas of Russia. Distal family factors at Time 1 were measured by the socio-demographic questionnaire. Mental health at Time 1 and Time 2 was measured by the parent reported Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ), a tool designed for a quantitative assessment of child and adolescent mental problems and prosocial behavior. The average time interval between assessments was 3 years. Data analysis revealed that, at the level of prognostic correlations, parental education, the father's occupational status, family income, and living in a family with a stepfather or stepmother were significant indicators of children's and adolescents' subsequent mental health. At the same time, accounting for the baseline level of mental health in the regression models substantially weakened the independent contribution of distal family factors to its subsequent level. These findings enrich our understanding of the mental health and the contribution of distal family factors to its development across a wide age range.

Keywords: mental health, family factors, children, adolescents, follow-up study.

Введение

Формирование психического здоровья и возникновение его нарушений преимущественно происходят на ранних этапах развития (ВОЗ, 2022; Patton et al., 2016). Примерно 50 % всех психических расстройств манифестируют до достижения 14-летнего возраста, при этом нарушения психического здоровья выявляются у каждого седьмого подростка в мире (ВОЗ, 2022). Среди нарушений психического здоровья у детей и подростков наиболее распространены

поведенческие (экстернальные) и эмоциональные (интернальные) проблемы. К экстернальным нарушениям относят деструктивное, вызывающее и девиантное поведение, а также гиперактивность и расстройства внимания; в то время как к интернальным относят страхи, тревожность, депрессивные и психосоматические проявления (Green et al., 2005; Koenen et al., 2007).

Социально-демографические характеристики семьи рассматриваются как дистальные (отдаленные) факторы, влияющие на психическое здоровье детей. К их числу относят социально-экономический статус, структуру семьи, возраст родителей на момент рождения ребенка и безопасность соседства (Encinger, 2020). В настоящем исследовании в качестве дистальных семейных факторов выступают состав семьи, образование и профессиональный статус родителей, а также доход семьи; в совокупности последние три характеристики формируют социально-экономический статус (СЭС). Согласно данным, полученным в развитых странах, у детей и подростков из социально неблагополучных семей вероятность развития проблем с психическим здоровьем в 2-3 раза выше по сравнению с благополучными группами (Reiss, 2013). Результаты лонгитюдных исследований подтверждают прогностическую значимость низкого СЭС: он ассоциирован с повышенным риском как интернальные, так и экстернальных проблем (Meltzer et al., 2003; Reiss et al., 2026).

Многочисленные данные указывают на то, что состав семьи также играет важную роль для психического здоровья детей и подростков. В группе риска находятся дети, растущие в семьях с одним родителем и с отчимом/мачехой; уровень их поведенческих и эмоциональных проблем значительно выше, а уровень когнитивного развития – ниже, чем у детей из полных семей (Brown, 2004; Green et al., 2005).

Однако на сегодняшний день практически отсутствуют российские продолжительные исследования вклада дистальных семейных факторов в динамику психического здоровья детей и подростков. Таким образом, целью настоящей работы стало изучение вклада дистальных семейных факторов в

последующее психическое здоровье детей и подростков в условиях современной России.

Объекты и методы исследования.

Выборка охватила 750 детей и подростков (51.5% девочек), проживавших в городе Новосибирске (71.5%) и сельской местности Новосибирской (15.5%), Омской (7.3%) и Оренбургской областей (5.7%). На первом этапе исследования (T1) средний возраст участников составил 8.4 лет (SD=3.1), на втором этапе (T2) – 11 лет (SD=3.1). Бóльшая часть данных получена от матерей как на T1, так и на T2 – 84% и 87.8% соответственно, отцы заполнили 9.7% и 7.1% опросников, другие – 6.3% и 5.1%. Интервал времени между T1 и T2 варьировал от 0.5 до 8.8 лет (M=2.6, SD=1.4).

Психическое здоровье на T1 и T2 изучали с помощью скринингового опросника «Сильные стороны и трудности» для родителей (SDQ; Goodman, 2001). Опросник содержит 25 утверждений о проблемах психического здоровья и положительных качествах, проявлявшихся у ребенка за последние шесть месяцев, которые образуют пять шкал: эмоциональные симптомы, проблемы с поведением, гиперактивность/невнимательность, проблемы со сверстниками и просоциальное поведение. Дополнительно оценивают три итоговые шкалы: интернальзация (эмоциональные симптомы + проблемы со сверстниками), экстернализация (проблемы с поведением + гиперактивность/ невнимательность) и общее число проблем психического здоровья.

Социально-демографические характеристики семьи на T1 включали сведения о ребенке (пол и возраст в годах) и о семье: состав (наличие матери или мачехи, отца или отчима), уровень образования (1 = среднее, 2 = среднее специальное, 3 = высшее, 4 = ученая степень) и профессиональный статус родителей (0 = неработающие/ студенты/ домохозяйки, 1 = неквалифицированный/ручной труд, 2 = технические специальности, 3 = профессионалы/управленцы). Субъективную оценку покупательской способности использовали для изучения достатка семьи: от 1 = покупка

продуктов, одежды и обуви вызывает затруднения, до 5 = можем позволить себе практически все, включая покупку квартиры.

Анализ данных

Для оценки изменений между гомологичными показателями психического здоровья на T1 и T2, а также выявления прогностических взаимосвязей между дистальными семейными факторами на T1 и показателями психического здоровья детей и подростков на T2 использовали коэффициент корреляций Пирсона. Кроме того, помимо бинарных корреляций, оценивали частичные корреляции под контролем интервала времени между T1 и T2.

Вклад дистальных семейных факторов в психическое здоровье детей и подростков изучали с помощью множественной иерархической регрессии. В качестве результирующих выступили шкалы SDQ на T2. Последовательность ввода независимых переменных была следующей: 1) гомологичный показатель психического здоровья на T1, 2) пол (0 = мальчики, 1 = девочки) и возраст ребенка на T1 (в годах), 3) период исследования (1 = 1999-2003, 2 = 2004-2008, 3 = 2009-2013, 4 = 2014-2019), интервал времени между T1 и T2, а также место проживания на T1 (1 = город, 2 = село), 4) семейные факторы на T1 (состав семьи, уровень образования и профессиональный статус родителей, достаток семьи).

Состав семьи представляли в виде трех фиктивных (dummy) переменных: с одним родителем и с отчимом/мачехой; полные семьи с двумя родителями были референтной категорией. В семьях с двумя родителями или замещающими их лицами использовали наивысший уровень образования и профессионального статуса. Величину эффекта оценивали изменением квадрата коэффициента множественной корреляции (R^2, %). Для контроля ошибки первого рода при множественном тестировании по всем коэффициентам регрессионных моделей (N = 88), включающим 8 зависимых переменных и 11 предикторов, применялась поправка Бенджамини – Хохберга (FDR, q = .05).

Результаты и их обсуждение.

Корреляционный анализ изменений психического здоровья позволил выявить высокие и статистически значимые связи между гомологичными показателями на Т1 и Т2 (средний коэффициент корреляций – .50, диапазон от .37 до .64; $p < .001$). После статистического контроля интервала времени между этапами исследования существенных изменений силы и значимости связей не выявлено.

В Таблице 1 представлены прогностические корреляции семейных факторов на Т1 с показателями психического здоровья детей и подростков на Т2. Корреляционный анализ под контролем интервала времени межу Т1 и Т2 показал, что образование матери было отрицательно связано с уровнем последующего просоциального поведения, проблемами с поведением, экстернализацией, интернализацией и общим числом проблем.

Таблица 1

Прогностические взаимосвязи между дистальными семейными факторами (Т1) и показателями психического здоровья детей и подростков (Т2)

	ПрС	***ГА***	***ЭС***	***ПП***	***ПС***	***Э***	***И***	***ОП***
Образование матери	***-.09****	-.07	-.13***	***-.11****	-.10**	***-.09****	***-.14*****	***-.14*****
Образование отца	***-.13****	***-.11****	-.09*	-.07	***-.11****	***-.11****	***-.12****	***-.13****
Проф. статус матери	-.04	-.02	-.06	-.03	-.05	-.03	-.07	-.06
Проф. статус отца	-.06	-.03	-.07	-.09*	***-.15****	-.06	***-.13****	-.10*
Доход семьи	.00	-.05	-.03	***-.06***	-.04	***-.06***	-.04	***-.06***
Семья с одним родителем	-.06	-.01	.01	.02	.02	.00	.02	.01
Семья с отчимом/ мачехой	-.00	.06	.02	***.11****	-.04	.09*	-.01	.05
Семья с двумя родителями	.05	-.02	-.02	-.09*	.01	-.06	-.01	-.04

Жирным шрифтом и курсивом отмечены частичные корреляции, статистически значимые под контролем интервала времени между T1 и T2. *p < .05, ** p < .01, ***p < .001.

Образование отца было прогностически связано со всеми показателями психического здоровья, кроме эмоциональных симптомов и проблем с поведением. Профессиональный статус отца был отрицательно связан с проблемами со сверстниками и интернализацией проблем в целом. Кроме того, при учете интервала времени между этапами исследования проявилась отрицательная взаимосвязь дохода семьи с последующими проблемами с поведением (r = -.12, p<.01), экстернализацией (r = -.10, p<.05) и общим числом проблем (r = -.10, p<.05). Эти результаты согласуются с данными других исследований о прогностической значимости СЭС и его отдельных компонентов в отношении как интернальных, так и экстернальных проблем у детей и подростков (Meltzer et al., 2003; Reiss, 2013; Reiss et al., 2026; Straatmann et al., 2019).

Кроме того, в настоящем исследовании проживание в семье с отчимом/мачехой на T1 было положительно связано с последующими проблемами с поведением. Согласно результатам масштабного исследования (N ≈ 40 000; Brown, 2004), наибольшей уязвимостью обладали дети, воспитывавшиеся одним биологическим родителем совместно с отчимом либо мачехой при отсутствии официального брака между взрослыми. В этой группе были зафиксированы существенно более высокие уровни экстернальных и интернальных проблем, а также достоверно более низкие показатели академической успеваемости и качества взаимодействия со сверстниками по сравнению с детьми из других типов семей. При этом важно отметить, что эффект типа семьи опосредуется более широким контекстом. Дети попадают в сводные семьи вследствие развода или расставания родителей, часть проблем может быть обусловлена предшествующим конфликтом, разделом родителей, а не самим фактом наличия отчима/мачехи.

В Таблице 2 представлены достоверные результаты множественной иерархической регрессии.

Таблица 2

Вклад семейных факторов в последующее психическое здоровье детей и подростков

Зависимая переменная	Независимая переменная	Блок	R	R^2, %			
Просоциальное поведение Т2	Просоциальное поведение Т1	**1**	**.43**	**18.2**	**148.0**	**.43**	**.000**
	Пол	2	.44	19.0	51.9	.08	.021
Гиперактивность/ невнимательность Т2	Гиперактивность/ невнимательность Т1	**1**	**.64**	**41.5**	**470.9**	**.64**	**.000**
	Возраст	**2**	**.67**	**44.3**	**175.9**	**-.13**	**.000**
	Пол					**-.11**	**.000**
Эмоциональные симптомы Т2	Эмоциональные симптомы Т1	**1**	**.43**	**18.7**	**152.9**	**.43**	**.000**
	Возраст	**2**	**.45**	**19.9**	**54.8**	**-.10**	**.004**
Проблемы с поведением Т2	Проблемы с поведением Т1	**1**	**.51**	**25.6**	**232.3**	**.51**	**.000**
Проблемы со сверстниками Т2	Проблемы со сверстниками Т1	**1**	**.36**	**13.2**	**101.4**	**.36**	**.000**
	Место проживания	**3**	**.40**	**16.0**	**20.9**	**.14**	**.000**
Экстернализация Т2	Экстернализация Т1	**1**	**.65**	**42.3**	**489.0**	**.65**	**.000**
	Возраст	**2**	**.66**	**43.9**	**173.1**	**-.10**	**.001**
	Пол					-.07	.018
Интернализация Т2	Интернализация Т1	**1**	**.46**	**21.2**	**178.6**	**.46**	**.000**
	Возраст	**2**	**.47**	**22.2**	**63.1**	**-.09**	**.012**
	Место проживания	**3**	**.49**	**23.8**	**34.4**	**.11**	**.004**
Общее число проблем Т2	Общее число проблем Т1	**1**	**.56**	**31.8**	**310.0**	**.56**	**.000**
	Возраст	**2**	**.59**	**34.3**	**115.7**	**-.13**	**.000**
	Пол					**-.09**	**.007**

R^2, % – процент объясненной вариации; β – стандартизованный регрессионный коэффициент, первоначальные значения. Жирным шрифтом отмечены достоверные результаты на уровне значимости, скорректированном с помощью поправки Бенджамини – Хохберга (FDR, q = .05).

С учетом поправки Бенджамини – Хохберга пол оказался значимым предиктором гиперактивности/невнимательности и общего числа проблем психического здоровья в последующем: у девочек уровень проблем был ниже по сравнению с мальчиками. Эти результаты согласуются с ранее опубликованными данными о гендерных различиях в проявлении экстернальных проблем и проблем психического здоровья в целом (например, Martin, Hadwin, 2022).

Место проживания на T1 выступило фактором риска возникновения или усугубления проблем со сверстниками и общей интернализации: у детей и подростков из сельской местности уровень последующих проблем психического здоровья в среднем превышал аналогичные показатели у городских сверстников. Согласно результатам недавнего систематического обзора (Harvey, Clark, 2020), проживание детей в сельской местности значительно увеличивает вероятность возникновения у них проблем психического здоровья по сравнению с учащимися из мегаполисов. Возможными причинами для этого могут служить географическая изоляция, ограниченный доступ к службам психологической и психиатрической помощи, а также распространенная в сельских сообществах стигматизация обращения за профессиональной помощью.

При построении иерархических регрессий на первом шаге в модель был включен гомологичный показатель психического здоровья на T1. Он объяснял значительную долю дисперсии аналогичного показателя на T2: прирост объясненной дисперсии варьировал по разным моделям от 13,2 % до 42,3 % ($p < .001$). Добавление семейных факторов (T1) не привело к значимому приросту объясненной дисперсии, а их коэффициенты оказались статистически незначимыми ($p > .05$). Таким образом, семейные факторы на T1 не демонстрировали значимого независимого вклада в психическое здоровье детей на T2 после контроля исходного уровня. Полученные данные позволяют предположить, что, с одной стороны, дистальные семейные факторы могут быть

связаны с психическим здоровьем через формирование и поддержание его исходного уровня. С другой стороны, они могут влиять на психическое здоровье опосредованно, через проксимальные семейные факторы.

Заключение

Выявленные корреляции между дистальными семейными факторами и последующим психическим здоровьем детей и подростков согласуются с представлениями о роли социального контекста в формировании благополучия ребенка. Однако отсутствие независимого прогностического вклада этих факторов в регрессионных моделях после контроля исходного уровня психического здоровья указывает на их опосредованное влияние. Вероятно, формальные условия семьи задают общий контекст развития, а непосредственное воздействие на динамику психического здоровья оказывают проксимальные процессы (стиль воспитания, детско-родительские отношения, семейная атмосфера), которые не были охвачены настоящим исследованием и составляют перспективу для дальнейшей работы.

Благодарности. Авторы выражают благодарность всем участникам исследования. Исследование выполнено за счет гранта Российского научного фонда № 26-18-00004.

Литература/ References:

1. Комплексный план действий в области психического здоровья на 2013-2030. Женева: Всемирная организация здравоохранения. 2022.

2. Brown S.L. Family structure and child well-being: The significance of parental cohabitation // Journal of Marriage and Family. 2004. Vol. 66. №. 2. P. 351-367.

3. Encinger A. J. The influence of proximal and distal familial factors on preschool children’s inhibitory control and social emotional skills. The University of Nebraska-Lincoln, 2020.

4. Goodman R. Psychometric properties of the strengths and difficulties questionnaire // Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 2001. Vol. 40. №. 11. P. 1337-1345.

5. Green H., McGinnity A., Meltzer H., Ford T., Goodman R. Mental health of children and young people in Great Britain - 2004. Basingstoke: Palgrave Macmillan, 2005.

6. Harvey K., Clark J. The impact of rurality on anxiety in secondary school students: a systematic review // Educational Review. 2020. Vol. 72. №. 4. P. 520-539.

7. Koenen K. C., Moffitt T., Poulton R., Martin J., Caspi A. Early childhood factors associated with the development of post-traumatic stress disorder: results from a longitudinal birth cohort // Psychological medicine. 2007. Vol. 37. №. 2. P. 181-192.

8. Martin J., Hadwin J. A. The roles of sex and gender in child and adolescent mental health // JCPP advances. 2022. Vol. 2. №. 1. P. 2-5.

9. Meltzer H. Childhood mental disorders in Great Britain: an epidemiological perspective // Child Care in Practice. 2007. Vol. 13. №. 4. P. 313-326.

10. Patton G. et al. Our future: a Lancet commission on adolescent health and wellbeing // The Lancet. 2016. Vol. 387. №. 10036. P. 2423-2478.

11. Reiss F. Socioeconomic inequalities and mental health problems in children and adolescents: a systematic review // Social science & medicine. 2013. Vol. 90. P. 24-31.

12. Reiss F., Erhart M., Kaman A., Devine J., Zoellner F., Ravens-Sieberer U. Tracing socioeconomic inequalities in children's and adolescent's mental health: longitudinal study findings from 2017 to 2024 // BMC Public Health. 2026. Vol. 26. №. 1. P. 711.

13. Rutter M. Family influences on behavior and development: Challenges for the future // Retrospect and prospect in the psychological study of families. 2002. P. 321-351.

14. Straatmann V. S., Lai E., Lange T., Campbell M. C., Wickham S., et al. How do early-life factors explain social inequalities in adolescent mental health? Findings

from the UK Millennium Cohort Study // Journal of epidemiology and community health. 2019. Vol. 73. №. 11. P. 1049-1060.

ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНЫЙ ВЫЗОВ КАК ФАКТОР ФОРМИРОВАНИЯ СТРЕССА НЕОПРЕДЕЛЕННОСТИ

Коркунов Я. А.
ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России,
Россия, г. Красноярск

Аннотация. Цель настоящего исследования заключается в выявлении распространённости состояния стресса неопределённости у людей, переживающих экзистенциальный вызов, и соотнесении полученных эмпирических данных с теоретическими представлениями экзистенциальной психологии. Теоретическая значимость работы состоит в том, что она позволяет соединить устоявшиеся психологические представления о неопределённости с их эмпирической проверкой. Практическая значимость связана с перспективой использования полученных по итогам написания работы результатов для разработки программ психологической поддержки, направленных на формирование зрелого отношения к неопределённости как неотъемлемой стороне человеческой жизни, а не как к источнику постоянного стресса. По результатам исследования, полученным с применением опросника «Стресс субъективной и объективной неопределённости» В. И. Моросановой, у 80% участников тестирования был зафиксирован выраженный уровень стресса неопределённости, что подтверждает значимость экзистенциального вызова как фактора его формирования.

Ключевые слова: экзистенциальный вызов, неопределённость, стресс, толерантность к неопределённости, переживание, личность.

EXISTENTIAL CHALLENGE AS A FACTOR IN THE FORMATION OF UNCERTAINTY STRESS

Korkunov Y. A.
Krasnoyarsk State Medical University
named after Professor V.F. Voino-Yasenetsky, Russia, Krasnoyarsk

Abstract. The aim of this study is to identify the prevalence of the state of uncertainty stress among people experiencing an existential challenge and to correlate the obtained empirical data with the theoretical concepts of existential psychology. The theoretical significance of the work lies in the fact that it makes it possible to combine established psychological concepts about uncertainty with their empirical verification. The practical significance is related to the prospect of using the results obtained from the study to develop psychological support programs aimed at fostering a mature attitude towards uncertainty as an integral aspect of human life, rather than as a source of constant stress. According to the results of the study conducted using V. I. Morosanova's questionnaire "Stress of Subjective and Objective Uncertainty," 80% of the test participants exhibited a pronounced level of uncertainty stress, which confirms the significance of the existential challenge as a factor in its development.

Keywords: existential challenge, uncertainty, stress, tolerance for uncertainty, experience, personality.

Введение

В традиционной экзистенциальной психологии неопределённость рассматривается в качестве неотъемлемой характеристики человеческой жизни. В рамках отечественной психологии, Д. А. Леонтьев определяет вызов неопределённости как центральную проблему психологии личности, отмечая, что суть экзистенциального мировоззрения состоит в отношении к жизни как к тотальной неопределённости, единственным источником внесения ясности в которую выступает сам субъект и его способность принять ответственность за своё поведение и жизненный выбор [3, с. 2]. Неопределённость в таком контексте рассматривается не просто как отсутствие информации, а условие, в котором рождается свобода выбора и открывается пространство для смыслотворчества.

Идея неустранимой неопределённости получила своё развитие и в работах Сальваторе Р. Мадди, описавшего так называемую «экзистенциальную дилемму», встающую перед каждым человеком в его повседневных выборах, где он должен решить, стоит ли и дальше держаться за привычное или же лучше «сделать шаг» навстречу неизвестному, несущему не только риск, но и новые возможности. Сам Сальваторе Р. Мадди писал на этот счёт следующее: «Но все решения имеют неизменную форму: можно выбрать либо будущее, либо прошлое. Выбор будущего означает движение в относительно новых, незнакомых направлениях, тогда как выбор повторения прошлого означает удержание за уже известное и знакомое [10, с. 13].

В. Е. Каган в своей научной статье «Метапсихология неопределённости» указывал на то, что, когда И. Ялом пишет о свободе как отсутствии внешней структуры, он фактически говорит не столько о свободе, сколько об экзистенциальной неопределённости, то есть об отсутствии опор, рамок и критериев, на которые личность могла бы положиться в осуществлении своей свободы [9, с. 22]. В экзистенциальной неопределённости человек в большей мере не свободен, а скорее вынужден вступать с ней во взаимодействие, дабы создать сами основания, на основании которых можно будет в дальнейшем осуществлять свой «выбор». В. Е. Каган подчеркивал: «В этом смысле неопределённость не является свободой, а предшествует ей. Неопределённость дана, от неё невозможно уклониться. Свобода задана как задача в работе собирания себя. Именно здесь обнаруживается принципиальное различие – свобода предполагает выбор … Неопределённость делает выбор невозможным до тех пор, пока не будут созданы критерии выбора. Это не свобода действовать, а свобода отсутствия формы, в которой действие может быть осмысленно» [1, с. 7]. При этом сам вопрос о том, как именно конкретный человек справляется или не справляется с неопределённостью, подводит к такому понятию, как: «Толерантность к неопределённости».

Понятие «толерантность к неопределённости» как отношение к двусмысленной, динамически изменяющейся, вероятностной и противоречивой стимуляции было введено Э. Френкель-Брунсвик в рамках её исследований авторитарной личности и этноцентризма [11, с. 108]. Она пришла к выводу, что толерантность или интолерантность к неопределённости как личностная переменная проявляется в поведенческих стереотипах и индивидуальных особенностях человека и может предсказывать особенности поведения в неоднозначных ситуациях.

В отечественной психологии Т. В. Корнилова расширила это понимание, рассматривая толерантность к неопределённости уже как интеллектуальное и личностное свойство, означающее принятие человеком неопределённости, новизны, а также устойчивость к изменчивости и противоречивости информации [2, с. 75]. Формирование же толерантности зависит во многом, согласно трудам Д. А. Леонтьева, от отношения человека к неопределённости, и чем оно будет положительнее, тем наиболее продуктивно она сказывается на личностном развития и формировании психологической устойчивости [4, с. 37]. Но положительное отношение не означает фаталистического принятия всех изменений, а наоборот, подразумевает отказ от детской иллюзии стабильности и выработке более взрослой деятельностной позиции принятия неопределённости, позволяющей открыть и реализовать новые возможности. Говоря о толерантности к неопределённости, нельзя не упомянуть и такой феномен как «стресс неопределённости», который представляет собой актуальное психическое состояние, возникающее в ответ на субъективно или объективно непредсказуемые обстоятельства и зависящее не столько от отношения к конкретной ситуации, сколько от сформированного человеком способа реагирования на неопределённость.

В своих исследованиях В. И. Моросанова определяет стресс неопределённости как переживание, возникающее в ситуациях, когда человек сталкивается с неопределённостью внешних условий и неспособностью

контролировать происходящее [6, с. 112]. Таким образом, экзистенциальные вызовы, с которыми люди сталкиваются на протяжении всей жизни, могут как формировать состояние неопределённости, препятствующее адаптации и развитию, так и, при определённых условиях, становиться точкой личностного роста. Исходя из этого, целью исследования стало выявление распространённости состояния стресса неопределённости у людей, переживающих экзистенциальный вызов, и соотнесение полученных эмпирических данных с теоретическими представлениями экзистенциальной психологии, что особенно актуально для пациентов, оказавшихся на втором этапе медицинской реабилитации, где мотивация и чёткое видение перспектив восстановления во многом обусловливают успешность всего курса реабилитации [5, с. 113].

Объекты и методы исследования

Объектом исследования выступил стресс неопределённости, предметом – стресс неопределённости в условиях экзистенциального вызова. Выборка исследования представлена пациентами в возрасте от 18 до 30 лет, проходившими лечение в отделении медицинской реабилитации (30 человек) Федерального Сибирского научно-клинического центра Федерального медико-биологического агентства. Для реализации поставленной цели были использованы следующие методы: анализ научной литературы (обзор отечественных и зарубежных источников), количественный и качественный анализ эмпирических данных (на основе результатов психодиагностики) и теоретическое обобщение. В качестве основного психодиагностического инструмента использовался опросник «Стресс субъективной и объективной неопределённости» В. И. Моросановой. Данная психодиагностическая методика позволяет оценить общий уровень стресса неопределённости, который человек испытывает по поводу внешних непредсказуемых обстоятельств и ситуаций, происходящих с ним в настоящее время.

Результаты и их обсуждение

По результатам диагностики, проведённой с использованием опросника «Стресс субъективной и объективной неопределённости», повышенный уровень стресса неопределённости (сумма умеренного и выраженного уровней), выявлен у 80% испытуемых. При этом пациенты с умеренным уровнем выраженности стресса неопределённости (от 28 до 42 баллов) составляют 27% (8 человек) от количества всех обследованных, а пациенты с выраженным уровнем стресса неопределённости (от 43 до 56 баллов) – 53% (16 человек). В норме показатели оказались лишь у 20% (6 человек) испытуемых, то есть только у них из всей выборки уровень выраженности стресса неопределённости является низким (от 14 до 27 баллов) и не требующим какой-либо коррекции. Таким образом, для данной выборки, представленной пациентами, находящимися на втором этапе медицинской реабилитации, пребывание в стрессе неопределённости является характерным, так как в той или иной мере присуще 80% испытуемых, что является абсолютным большинством от общего числа обследованных. В таблице №1 представлены результаты психодиагностики, проведённой с использованием опросника «Стресс субъективной и объективной неопределённости».

Таблица 1

Показатели выраженности уровня стресса неопределённости по опроснику «Стресс субъективной и объективной неопределённости»

Порядковый номер испытуемого (n)	Показатели по шкале «Уровень стресса неопределённости» (в баллах)
1	33
2	50
3	19
4	53
5	50
6	21
7	51
8	41
9	45
10	44
11	18
12	49
13	28
14	54

15	46
16	20
17	46
18	34
19	36
20	45
21	15
22	50
23	51
24	40
25	49
26	34
27	53
28	24
29	40
30	47

Большой процент обследованных с выраженным и умеренным уровнем стресса неопределённости (80%) согласуется с представлениями Д. А. Леонтьева и Е. Т. Соколовой о том, что большинство людей относятся к неопределённости негативно, и лишь немногие, без постороннего вмешательства, способны занять позицию, при которой неопределённость становится источником новых возможностей и опорой для совладения с жизненными вызовами. Четыре из пяти типов переживания субъективной неопределённости, описанных Е. Т. Соколовой в рамках своих научных исследований, носят негативный характер. Их основными проявлениями в жизни человека являются невыносимая тревога, страх двусмысленности, полный отказ от автономии, а также конформное слияние с окружением и погружение в хаос. И лишь пятый тип, связанный с любопытством и творческим преобразованием, напротив, открывает продуктивный путь взаимодействия с неопределённостью [8, с.45].

Сам по себе факт того, что 80% участников исследования продемонстрировали выраженное или умеренное состояние стресса неопределённости, может указывать на доминирование первых четырёх типов переживания в мировосприятии этих людей, тогда как 20% с нормативными показателями оказываются ближе к пятому, позитивному типу реагирования на экзистенциальные вызовы. Однако для прямого подтверждения этой

взаимосвязи требуется проведение дополнительных исследований с применением авторской методики Е. Т. Соколовой, что будет необходимо сделать при дальнейшем развитии изучаемой темы. При этом, наличие пациентов с нормальными показателями выраженности стресса неопределённости подтверждает саму возможность «спокойной» реакции на неподконтрольные желаниям ситуации и указывает на то, что некоторые люди обладают большей толерантностью к неопределённости. Как показывают современные исследования, сама по себе толерантность как психологический феномен положительно коррелирует с жизнестойкостью, осмысленностью человеком своей жизни и оптимизмом [7, с. 30]. Люди, обладающие данными характеристиками, способны действовать даже в отсутствие чёткого плана и гарантий на успех, что в конечном итоге повышает их шансы на преодоление стрессовых и кризисных ситуаций. Это подтверждает экзистенциальную парадигму о положительном потенциале неопределённости, в очередной раз подчеркивая мысль, что лишь позиция человека определяет, увидит ли он в выпавших на его долю испытаниях, проблему, или же, наоборот, воспримет их как возможность к внутреннему развитию и личностному росту. Задачей же специалиста в рамках работы с пациентами, испытывающими умеренный или выраженный уровень стресса неопределенности, будет являться не коррекция «неправильного» восприятия жизненных вызовов, а бережное ведение каждого человека к формированию собственной опоры и способности выдерживать неопределённость за счёт превращения тревоги, возникающей на фоне столкновения с экзистенциальными данностями, во внутренний ресурс для осмысленного и подлинного существования.

Заключение

Подводя итог проведённому исследованию, можно констатировать, что полученные в процессе диагностики эмпирические данные в целом подтверждают существующие в психологической науке теоретические исследования обозначенной проблемы и согласуются с ключевыми

положениями экзистенциальной психологии. Результаты показывают, что экзистенциальный вызов, понимаемый как столкновение человека с фундаментальными условиями существования, выступает значимым фактором формирования стресса неопределённости. У 80% пациентов, продиагностированных в ходе исследования, было выявлено умеренное или выраженное состояние уровня стресса неопределённости, что согласуется с основными работами экзистенциалистов, рассматривающих неопределённость не как временное затруднение, а как характеристику, сопровождающую процесс выбора и смыслового поиска. Полученные данные отчётливо демонстрируют, что большая часть людей переживает неопределённость исключительно как негативное и чужеродное состояние, и лишь незначительное число испытуемых потенциально относятся к ней нейтрально или положительно без внешнего «терапевтического» воздействия. Наличие 20% испытуемых с низкой выраженностью стресса неопределённости позволяет прийти к выводу, что люди в целом способны реагировать на экзистенциальный вызов не как на ситуацию абсолютной катастрофы и конца их жизненным планам, но обладают таким отношением к действительно далеко не все, ведь для этого человеку необходимо глубокое осознание и осмысление своего собственного существования. Перспективы данного исследования связаны преимущественно с расширением выборки и разработкой на основе полученных результатов терапевтической программы, направленной на повышение толерантности к неопределённости у пациентов, проходящих второй этап медицинской реабилитации, так как психологическое состояние людей во время реабилитации является одной из ключевых составляющих успешности всего лечебного процесса на этапе восстановления после медицинского вмешательства.

Литература/ References:

1. Каган В.Е. Метапсихология неопределённости XXI // Семь искусств. - 2026. № 2. С. 1-25.

2. Корнилова Т.В. Новый опросник толерантности к неопределённости // Психологический журнал. 2010. Т. 31. № 1. С. 74-86.

3. Леонтьев Д.А. Вызов неопределённости как центральная проблема психологии личности // Психологические исследования. 2015. Т. 8. - № 40. С. 1-11.

4. Леонтьев Д.А., Мандрикова Е.Ю. Моделирование «экзистенциональной дилеммы»: эмпирическое исследование личностного выбора // Вестник Московского университета. Серия 14. Психология. 2005. № 4. С. 37-42.

5. Мельникова Н.М., Котельникова А.М., Винокурова С.П., Петрова М.Н. Комплексная психологическая реабилитация пациентов после перенесенной COVID-19 // Вестник Северо-Восточного федерального университета им. М. К. Аммосова. Серия «Педагогика. Психология. Философия». 2023. № 4. С. 111-120.

6. Моросанова В.И., Потанина А.М., Пащенко А.К. Диагностика стресса субъективной и объективной неопределенности: разработка и валидизация опросной методики // Российский психологический журнал. 2024. Т. 21. № 3. С. 112-132.

7. Мохов В.А., Бабушкина С.Л. Роль экзистенциального опыта в переживании ситуации неопределенности // Вестник РГГУ. Серия «Психология. Педагогика. Образование». 2022. № 2. С. 26-46.

8. Соколова Е.Т. Клиническая психология утраты Я. Москва: Смысл, 2015. 896 с.

9. Ялом И.Д. Экзистенциальная психотерапия / пер. с англ. Т.С. Драбкиной. Москва: Класс, 1999. 576 с.

10. Maddi S.R. Creating Meaning Through Making Decisions // The Human Quest for Meaning: A Handbook of Psychological Research and Clinical Applications / ed. by P. T. P. Wong, P. S. Fry. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum, 1998. P. 3-26.

11. Frenkel-Brunswik E. Intolerance of ambiguity as an emotional and perceptual personality variable // Journal of Personality. 1949. Vol. 18. No 1. P. 108-143.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ И МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ В СОВРЕМЕННОМ ОБЩЕСТВЕ

Қосимова Ш. Н. қизи
Национальный университет Узбекистана,
Республика Узбекистан, г. Ташкент

Аннотация. В статье рассматриваются особенности психического здоровья подростков и молодых людей в условиях современного общества. Актуальность исследования обусловлена значительной ролью психического благополучия в формировании личности, социальной адаптации, образовательной и профессиональной деятельности молодых людей. Анализируются основные факторы, способные влиять на психическое состояние данной возрастной группы, включая учебную и профессиональную нагрузку, семейные и межличностные отношения, социальное окружение, влияние цифровой среды и социальных сетей, нарушения режима сна и недостаточную физическую активность. Особое внимание уделяется распространённым проявлениям эмоционального неблагополучия, включая тревожные и депрессивные симптомы, хронический стресс и эмоциональное истощение. Рассматривается значение раннего выявления психологических трудностей, профилактических мероприятий и доступности психологической и психиатрической помощи. Обосновывается необходимость комплексного междисциплинарного подхода к сохранению психического здоровья подростков и молодых людей.

Ключевые слова: психическое здоровье, подростки, молодёжь, психологическое благополучие, тревожность, депрессивные симптомы, стресс, социальные сети, профилактика, психологическая помощь.

FEATURES OF MENTAL HEALTH IN ADOLESCENTS AND YOUNG ADULTS IN MODERN SOCIETY

Kosimova Sh. N.
National University of Uzbekistan,
Republic of Uzbekistan, Tashkent

Abstract. The article examines the specific features of mental health among adolescents and young people in modern society. The relevance of the topic is determined by the important role of mental well-being in personality development, social adaptation, educational achievement, and future professional functioning. The article analyzes major factors that may affect the mental health of this age group, including academic and occupational stress, family and interpersonal relationships, the social environment, the influence of digital technologies and social media, sleep disturbances, and insufficient physical activity. Particular attention is paid to common manifestations of emotional distress, including anxiety and depressive symptoms, chronic stress, and emotional exhaustion. The importance of early identification of psychological difficulties, preventive measures, and access to psychological and psychiatric care is discussed. The article emphasizes the need for a comprehensive interdisciplinary approach to promoting and protecting the mental health of adolescents and young people.

Keywords: mental health, adolescents, young people, psychological well-being, anxiety, depressive symptoms, stress, social media, prevention, psychological support.

Психическое здоровье подростков и молодых людей является важной составляющей общественного здоровья. Подростковый и ранний взрослый возраст характеризуются интенсивными биологическими, психологическими и социальными изменениями. В этот период происходит формирование

идентичности, системы ценностей, самостоятельности и навыков межличностного взаимодействия.

Одновременно подростки и молодые люди сталкиваются с различными факторами психологической нагрузки: высокой учебной конкуренцией, необходимостью профессионального самоопределения, изменением социальных отношений, семейными конфликтами, финансовыми трудностями и влиянием цифровой информационной среды.

Поэтому изучение факторов, влияющих на психическое здоровье данной возрастной группы, имеет большое значение для разработки эффективных профилактических мероприятий.

Одним из ключевых факторов психического благополучия подростков и молодых людей является социальная среда**.** Поддерживающие отношения с родителями, сверстниками, преподавателями и другими значимыми людьми могут способствовать формированию психологической устойчивости. Напротив, социальная изоляция, буллинг, конфликты и отсутствие эмоциональной поддержки могут повышать риск эмоционального неблагополучия.

Значительное влияние оказывает образовательная нагрузка**.** Высокие требования к академической успеваемости, экзамены, необходимость выбора будущей профессии и постоянная конкуренция могут сопровождаться повышением уровня стресса. Длительное воздействие стрессовых факторов способно отрицательно сказываться на эмоциональном состоянии, концентрации внимания и качестве сна.

Отдельного внимания заслуживает цифровая среда**.** Современные подростки и молодые люди активно используют социальные сети, мессенджеры и цифровые образовательные платформы. Цифровые технологии создают возможности для общения, получения информации и образования, однако чрезмерное или неконтролируемое использование цифровых ресурсов может сопровождаться нарушением режима сна, снижением физической активности и изменением характера межличностного общения.

При оценке влияния социальных сетей необходимо учитывать, что сам факт их использования не является однозначным фактором риска. Значение имеют продолжительность использования, содержание цифрового взаимодействия, индивидуальные особенности человека и качество социальных связей. Важным компонентом психического здоровья является качество сна**.** Нарушение продолжительности и режима сна может отрицательно влиять на эмоциональную регуляцию, когнитивные функции, способность к обучению и общее самочувствие. Поэтому формирование здорового режима дня является одним из доступных направлений профилактики психоэмоционального неблагополучия.

Особое значение имеет раннее выявление эмоциональных и поведенческих трудностей**.** Тревожность, сниженное настроение, раздражительность, социальное отстранение, нарушения сна и снижение учебной активности могут свидетельствовать о необходимости дополнительной психологической оценки. При этом отдельные симптомы не должны автоматически рассматриваться как признаки психического расстройства, поскольку их оценка требует учёта продолжительности, выраженности и влияния на повседневное функционирование.

Профилактика психических расстройств среди подростков и молодых людей должна носить комплексный характер. В образовательных учреждениях целесообразно развивать программы психологического просвещения, навыков эмоциональной регуляции, стресс-менеджмента и конструктивного общения. Важную роль играет повышение доступности квалифицированной психологической помощи.

Эффективная профилактическая система предполагает сотрудничество педагогов, психологов, врачей, родителей и социальных работников**.** Междисциплинарное взаимодействие позволяет своевременно выявлять факторы риска и создавать условия для сохранения психического здоровья.

Не менее важным является снижение стигматизации психических расстройств. Подростки и молодые люди могут избегать обращения за помощью из-за страха осуждения или непонимания. Формирование культуры обращения за психологической и медицинской помощью способствует более раннему выявлению проблем и повышению качества поддержки.

Таким образом, психическое здоровье подростков и молодых людей формируется под влиянием комплекса биологических, психологических и социальных факторов. Учебная и профессиональная нагрузка, семейные и межличностные отношения, цифровая среда, качество сна и образ жизни могут оказывать существенное влияние на психологическое благополучие данной возрастной группы.

Основными направлениями профилактики являются раннее выявление эмоциональных трудностей, развитие психологической грамотности, формирование здорового режима сна и активности, создание поддерживающей социальной среды и обеспечение доступности квалифицированной психологической и психиатрической помощи.

Перспективным является дальнейшее развитие междисциплинарных программ, объединяющих образовательные, медицинские и социальные ресурсы. Такой подход позволяет учитывать индивидуальные потребности подростков и молодых людей и создавать условия для сохранения их психического здоровья и полноценной социальной адаптации.

Литература / References:

1. World Health Organization. Adolescent mental health. Geneva: World Health Organization.
2. World Health Organization. World Mental Health Report: Transforming Mental Health for All**.** Geneva: WHO, 2022.
3. World Health Organization. Guidelines on mental health promotive and preventive interventions for adolescents**.** Geneva: WHO.

4. UNICEF. The State of the World's Children 2021: On My Mind — Promoting, Protecting and Caring for Children's Mental Health. New York: UNICEF, 2021.

5. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5-TR. Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing, 2022.

6. World Health Organization. International Classification of Diseases 11th Revision (ICD-11). Geneva: World Health Organization.

7. Patton G.C., Sawyer S.M., Santelli J.S. et al. Our future: a Lancet commission on adolescent health and wellbeing. The Lancet. 2016;387:2423–2478.

8. O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazirligi. Aholiga psixologik va psixiatrik yordam ko‘rsatish bo‘yicha uslubiy tavsiyalar. Toshkent.

9. O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazirligi. Bolalar va o‘smirlar salomatligini muhofaza qilish bo‘yicha metodik materiallar. Toshkent.

10. Kudratullaeva R., Turgunova G. The Study of the Communicative Features of Virtual Communication as a Factor in the Formation of the Personal Identity of Student Youth in Late Adolescence // SPAST Reports. 2024. Vol. 1, No. 1. P. 31–38. DOI: 10.5220/0012476600003792.

11. Рахматуллаев Фарход Бахтиёр ўғли. Ўспиринларда ижтимоий тармоқларга тобеликнинг намоён бўлиши // Educational Research in Universal Sciences. 2022. Т. 1. № 7. С. 84–88. Дата публикации: 2022/12/30.

12. Абидова Зиёда Аскаровна, Джалалов Уктам Джалилович. Взаимосвязь уровня толерантности и психологического здоровья личности // Психологическое здоровье личности: теория и практика. 2022. С. 3–6.

ПЕРСОНАЛИЗАЦИЯ СРЕДЫ ПРОЖИВАНИЯ, КАК РЕСУРС РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ: ОБЗОР ИССЛЕДОВАНИЙ

Круглик А. И., Сокун Д. А.
Санкт-Петербургское государственное бюджетное стационарное учреждение социального обслуживания населения «Дом социального обслуживания «Покровский», Россия, г. Санкт-Петербург

Аннотация. Статья посвящена анализу персонализации среды, как ресурса реабилитации лиц с психическими расстройствами, проживающих в условиях стационарного обслуживания. Рассматриваются теоретические основания средовых вмешательств в отечественной и зарубежной традиции. Проведен обзор эмпирических исследований, посвященных эффективности данного подхода при шизофрении, деменции и иных психических расстройствах. Обозначены перспективы дальнейших исследований.

Ключевые слова: терапевтическая среда, персонализация среды, средовые вмешательства, милие-терапия, нидотерапия, психосоциальная реабилитация, стационарное социальное обслуживание.

ENVIRONMENTAL PERSONALIZATION IN THE REHABILITATION OF PEOPLE WITH MENTAL DISORDERS IN RESIDENTIAL CARE SETTINGS: LITERATURE REVIEW

Anastasiia I. K., Sokun D. A.
St. Petersburg State Budgetary Residential Social Service Institution for the Population, Social Service Home «Pokrovsky», Russia, St. Petersburg

Abstract. The article examines the significance of environmental personalization as a resource for the rehabilitation of individuals with mental disorders residing in residential social care institutions. The theoretical foundations of environmental interventions are considered within both Russian and international traditions. A review of empirical studies addressing the effectiveness of this approach

in schizophrenia, dementia, and other mental disorders is presented. Directions for further research are outlined.

Keywords: therapeutic milieu, environmental personalization, environmental interventions, milieu therapy, nidotherapy, psychosocial rehabilitation, residential care.

Введение

Современная клиническая психология и психиатрия переживают существенный сдвиг от преимущественно медицинской модели психических расстройств к биопсихосоциальной парадигме. В связи с чем происходит рассмотрение психического расстройства в контексте психологических особенностей и ценностей человека, его социальных связей и условий повседневной жизни [14, с. 30-32]. Особую значимость приобретает изучение среды длительного стационарного проживания – психиатрических больниц, психоневрологических интернатов и домов социального обслуживания, – где внешние, средовые факторы могут иметь потенциал для реабилитационного процесса [19, с. 281].

Реабилитация в отечественной клинико-психологической традиции понимается, как системная деятельность, направленная на восстановление личного и социального статуса больного, в которой главное содержание состоит в опосредовании лечебно-восстановительных воздействий через личность пациента и создании психологически обоснованных условий для развития личности с учетом ограничений, вносимых болезнью. Существенно, что реабилитация рассматривается, как активный процесс, в котором пациент выступает субъектом терапевтических мероприятий [1, с. 68-70].

Нормативно-правовая база Российской Федерации выделяет социально-средовую реабилитацию, как самостоятельное направление наряду с медицинской, профессиональной и социально-бытовой реабилитацией [5, с. 2]. Социальная реабилитация (включающая социально-средовую, социально-

бытовую, социально-педагогическую составляющие) занимает первое место по объему оказываемых услуг – 39,7% от общего числа реабилитационных услуг [5, с. 7].

Теоретическим основанием современного понимания социально-средового компонента реабилитации выступает Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ), в которой контекстовые (средовые) факторы признаются компонентом, определяющим степень ограничения активности и участия человека наряду с нарушениями структур и функций организма [5, с. 4].

Объекты и методы исследования

Представленная работа выполнена в форме нарративного обзора литературы, направленного на систематизацию теоретических подходов и эмпирических данных об эффективности персонализации среды, как ресурса клинико-психологической реабилитации лиц с психическими расстройствами в условиях стационарного проживания.

Поиск отечественных публикаций осуществлялся в научных электронных базах eLIBRARY.RU, КиберЛенинка и PsyJournals.ru. Поиск зарубежных источников проводился в базах данных PubMed и OpenAlex. Глубина поиска не ограничивалась жесткими временными рамками ввиду необходимости включения исторически значимых работ, однако приоритет при отборе отдавался публикациям последних 15 лет (2010–2025 гг.).

Поиск по отечественным базам проводился по следующим ключевым словам и их комбинациям: «терапевтическая среда», «средовые вмешательства», «милие-терапия», «нидотерапия», «социально-средовая реабилитация», «психосоциальная реабилитация», «психоневрологический интернат», «стационарное социальное обслуживание», «шизофрения и реабилитация», «персонализация среды».

Поиск по зарубежным базам проводился по ключевым словам и их комбинациям: therapeutic milieu, milieu therapy, nidotherapy, environmental

personalization, environmental interventions, person-centred design, psychiatric ward design, Soteria project, psychosocial rehabilitation, residential care, schizophrenia, dementia, multisensory environment, evidence-based design mental health.

Результаты и их обсуждение

Теоретической основой для понимания механизмов воздействия среды на психику выступает экологическая психология и психология окружающей среды (environmental psychology), оформившаяся, как самостоятельное направление к 1980-м гг. [4, с. 35]. В рамках данного направления разрабатывается различение бессознательных (дистанция, персональное пространство) и сознательных, целенаправленных действий человека в пространственной среде – территориальности и персонализации [4, с. 37]. Под персонализацией среды понимается индивидуальное структурирование пространства человеком, выражающее его индивидуальность и отличающее его от других людей; невозможность персонализировать среду приводит к чувству отчужденности, незащищенности и неуверенности [4, с. 37]. Г.М. Андреева подчеркивает, что жизненная среда выступает средством идентификации личности с местом ее пребывания, что отражено в понятиях средовой идентичности и идентификации субъекта со средой [4, с. 38].

Применительно к стационарным условиям, персонализация среды может быть определена, как комплекс изменений физического, сенсорного, социального и организационного характера, основанных на индивидуальном профиле потребностей, предпочтений, уязвимостей и ресурсов конкретного пациента. Сюда относятся: предоставление личного пространства и контроля над ним (возможность регулировать освещение, температуру, запирать дверь), индивидуализация предметной среды (личные вещи, фотографии, предпочитаемые цвета), подбор значимой деятельности на основе биографических данных и интересов, адаптация социального окружения (гендерно-специфические зоны, зоны для посетителей) и индивидуализация сенсорных стимулов (музыка, освещение, запахи) [8, 21, 23].

Ключевым понятием, связанным со средовым вмешательством при реабилитации лиц с психической патологией, в зарубежной психологии выступает «милие-терапия» (от франц. milieu – среда), развиваемая в русле Берлинской школы динамической психиатрии Г. Аммона, отличающаяся объединением индивидуальной и групповой терапии с терапией средой [2, с. 34]. Дж. Гандерсон выделяет пять терапевтических процессов, лежащих в основе: поддержку (support), сдерживание (containment), структурирование (structure), вовлечение (involvement) и признание/валидацию (validation) [6, с. 44].

Исторически значимым примером терапевтического использования среды выступает проект «Сотерия» (1971–1983), реализованный Л. Мошером, как альтернатива традиционной госпитализации при остром психотическом эпизоде. Наиболее значимым концептом модели являлось «бытие с» (being with) – сопровождение пациента в кризисе без медикаментозного вмешательства, минимальная иерархия персонала, домашняя обстановка, открытая структура дома и формирование естественной поддерживающей сети [21, с. 1353–1355].

По результатам анализа данных двухлетнего наблюдения, пациенты, завершившие лечение в «Сотерии», продемонстрировали статистически значимо лучшие показатели исхода по сравнению с группой стационарного лечения (+0,47 SD, p=0,03), при этом только 58% участников экспериментальной группы получали антипсихотики в период наблюдения [9, с. 219]. Проект «Сотерия» заложил концептуальную основу для разработки последующих моделей средового вмешательства, и остается предметом дискуссии о соотношении биомедицинской и психосоциальной парадигм в лечении психозов [21, с. 1360].

Особое место в ряду средовых подходов занимает нидотерапия (nidotherapy), разработанная П. Тайрером. Термин происходит от лат. nidus – гнездо, символизирующее адаптацию среды к организму [23, с. 232]. Нидотерапия определяется, как систематическая и совместная (collaborative) манипуляция средой – физической, социальной и личностной – с целью достижения лучшего соответствия между человеком и его окружением [22, с.

144]. Метод предназначен, прежде всего, для пациентов с хроническими расстройствами, устойчивым к фармакотерапии. Нидотерапия применяется при шизофрении, расстройствах личности и интеллектуальных нарушениях [22, с. 145].

Данный подход основан на следующих принципах:

1) совместная локализация (collateral collocation) – анализ среды глазами пациента;

2) формулирование реалистичных средовых целей;

3) улучшение социального функционирования, как индикатор эффективности;

4) личностная адаптация и контроль, при котором пациент несет ответственность за программу изменений [23, с. 233–235].

Нидотерапия нацелена не на изменение пациента, а на преобразование среды, что меняет структуру терапии и параметры оценки прогресса пациента. Практическая реализация метода проходит пять фаз: определение границ применения, средовой анализ, разработка общего маршрута изменений (нидопути), мониторинг прогресса, пересмотр нидопути при необходимости [23, с. 236–237].

Современное понимание терапевтической среды формируется в рамках концепции «оптимальной среды для выздоровления» (optimal healing environment), включающей терапевтические отношения, человекоцентрированность и безопасность [6, с. 45] и концепции психологически ориентированной среды (psychologically informed environment) [14]. Наряду с этим, в публикациях последних лет используются понятия «environmental psychology» (инвайронментальная психология), «person-centred design» (персоноцентрированный подход), «environmental modification» (модификация окружающей среды).

Обратимся к современным эмпирическим данным, позволяющим оценить направления исследования средовых вмешательств и эффективность персонализации среды в условиях стационарного проживания.

Bhat et al. провели исследование (n=100, по 50 человек в экспериментальной и контрольной группах), оценивавшее эффективность милие-терапии в снижении уровня конфликтов и изоляции среди пациентов с шизофренией в острых психиатрических отделениях. Вмешательство включало модификацию окружающей среды (удаление острых предметов), структурирование деятельности в палате (расписание активностей), установление эффективного взаимодействия с пациентом и обучение лиц, осуществляющих уход, управлению конфликтным поведением. Результаты продемонстрировали статистически значимое снижение агрессивного поведения, самоповреждающего поведения и нарушений режима в экспериментальной группе на 2, 3 и 15 дни наблюдения ($F=4,61$, $p<0,004$; $F=11,92$, $p<0,001$; $F=6,94$, $p<0,001$) [8].

Бабин с соавт. исследовали эффективность милие-терапии в амбулаторных условиях на выборке из 60 пациентов (шизофрения, шизотипическое расстройство, биполярное аффективное расстройство, органическое поражение головного мозга), разделенных на экспериментальную (n=30) и контрольную (n=30) группы методом адаптивной рандомизации. Экспериментальной группой реализовывался совместный творческий проект (оформление стен лестницы дневного стационара), также ее участники посещали три групповые встречи в неделю. Используемые методы включали опросник ранних дезадаптивных схем YSQ-S3R и шкалу социального функционирования PSP. Авторы заключили, что метод перспективен, и демонстрирует снижение выраженности ранних дезадаптивных схем и улучшение социального функционирования [2].

Систематический обзор Belsiyal et al., включивший 13 эмпирических исследований milieu-терапии в психиатрических учреждениях за 1976–2021 гг., выявил пять наиболее эффективных видов вмешательства: терапевтическую

коммуникацию, удовлетворенность пациентов, вовлеченность медперсонала, дизайн и структуру отделения. Также в результате терапии средой были отмечены такие эффекты, как снижение использования изоляции пациентами, увеличение их удовлетворенности. Однако Belsiyal et al. указывают на дефицит контролируемых рандомизированных исследований и преимущественно описательный, качественный характер накопленной доказательной базы [7].

Rodríguez-Labajos et al.. провели систематический обзор 44 исследований (9 стран, 1968–2022 гг.), посвященных влиянию архитектурного дизайна психиатрических стационаров на клинические исходы пациентов [19, с. 281]. Установлено, что персональное пространство с приоритетом приватности и контроля среды (отдельные палаты, запираемые двери, личное хранение вещей, регулируемое освещение) связано с повышением чувства безопасности, благополучия и качества сна [19, с. 290–291]. Доступ к естественному освещению коррелирует с сокращением длительности госпитализации при биполярной депрессии [19, с. 295]. Размещение произведений искусства, особенно изображений природы, ассоциировано со снижением потребности в медикаментах и тревожности [19, с. 296]. Открытые сестринские посты оказались связаны с улучшением взаимодействия персонала и пациентов. Выделение женских зон повышало субъективное ощущение безопасности у пациенток с травматическим анамнезом [19, с. 293]. Однако Rodríguez-Labajos et al. также подчеркивают методологическую неоднородность исследований и преимущественно низкий уровень доказательности (Level 3 по SIGN50), указывая на необходимость контролируемых исследований с изолированным изменением отдельных средовых факторов [19, с. 304–305].

Значительная часть эмпирических исследований средовых вмешательств накоплена применительно к деменции. Cohen-Mansfield et al. в контролируемом исследовании на 111 пациентах домов престарелых с деменцией сравнили эффекты различных типов стимулов – музыки, живого социального общения, имитации общения, индивидуальных стимулов самоидентификации – на

возбужденное поведение. Все категории стимулов ассоциировались со значимо меньшей физической ажитацией по сравнению с контрольными наблюдениями; наиболее эффективным оказалось живое социальное общение [11].

Кокрейновский систематический обзор Möhler et al. (11 исследований, 1071 участник) оценил эффективность индивидуально подобранных занятий для людей с деменцией в учреждениях долгосрочного ухода. Получены доказательства низкой достоверности о снижении возбудимости (SMD=–0,26, 95% ДИ от –0,53 до 0,01) и отсутствии значимого влияния на качество жизни и негативный аффект [Möhler et al., 2023]. Авторы подчеркивают, что эффект сохраняется лишь в период проведения занятий и не выявлено преимущества какой-либо теоретической модели подбора активности над другой [17].

Рандомизированное исследование McCreedy et al. на выборке 976 жителей домов престарелых с деменцией (54 учреждения) не выявило значимого влияния персонализированного музыкального сопровождения на частоту ажитации по шкале Коэна-Мэнсфилда (AME=1,33; 95% ДИ от –1,37 до 4,03) и применение антипсихотиков. Также авторы отметили ограничения масштабируемости персонализированных вмешательств при недостаточной подготовке младшего медицинского персонала [16].

Отдельное направление исследований посвящено персонализации сенсорной, в частности световой, среды. Kallestad et al. провели рандомизированное контролируемое исследование (n=476) в условиях острого психиатрического стационара, сравнив вечернее освещение с пониженным синим спектром (учитывающее хронобиологические особенности) со стандартным освещением. Хотя продолжительность госпитализации значимо не изменилась, выявлено статистически значимое улучшение по шкале общего клинического впечатления об улучшении состояния пациента (CGI-I, разница 0,28; 95% ДИ 0,02–0,54; NNT=12), снижение тяжести состояния при выписке (CGI-S, разница –0,18; NNT=7) и снижение уровня агрессивного поведения

(разница предсказанных серьезных эпизодов по шкале Broset: –2,98; 95% ДИ от –4,98 до –0,99) [15].

Скоупинговый обзор Breslin et al. (13 исследований) [10] и систематический обзор и метаанализ Helbling et al. (36 исследований) [13] продемонстрировали эффективность мультисенсорных сред в снижении тревожности, ажитации и улучшении когнитивных показателей у взрослых с когнитивными нарушениями и расстройствами развития, однако авторы указывают на необходимость дальнейших исследований для выявления долгосрочной эффективности и механизмов воздействия [10, 13].

Подводя итог, анализ литературы по персонализации среды в реабилитации лиц с психическими расстройствами выявляет отсутствие единого методологического подхода и терминологическую разнородность, что затрудняет поиск, систематизацию и сопоставление данных. Отмечается методологическая неоднородность эмпирической базы: преобладают описательные, качественные исследования и обзоры, наблюдается дефицит рандомизированных контролируемых испытаний, разнородность выборок и вмешательств, что затрудняет метааналитическое обобщение. Результаты отдельных РКИ отмечают как высокую [8, 15], так и низкую [16, 17] эффективность вмешательств, что указывает на противоречивость доказательной базы и необходимость изолированного изучения отдельных средовых факторов.

Заключение

Проведенное теоретическое исследование свидетельствует о том, что персонализация среды представляет собой обоснованное, хотя методологически неоднородное направление клинико-психологической реабилитации лиц с психическими расстройствами в условиях стационарного проживания.

Под персонализацией среды в настоящей работе понимается комплекс изменений физического, сенсорного, социального и организационного характера, основанных на индивидуальном профиле потребностей,

предпочтений, уязвимостей и ресурсов конкретного пациента. Обзор теоретических источников показал, что данное направление в различных традициях обозначается через понятия «милие-терапия» (Г. Аммон, Дж. Гандерсон), «нидотерапия» (П. Тайрер), «оптимальная среда для выздоровления» и «психологически ориентированная среда», что указывает на понятийную разнородность при сохранении общего методологического основания – рассмотрении средовых факторов как самостоятельного и клинически значимого компонента терапии и реабилитации.

Обзор эмпирических исследований позволяет обобщить следующие результаты. Наиболее разработанным является направление персонализированных средовых вмешательств при деменции [11, 16, 17] и в острых психиатрических стационарах [8, 15], тогда как применительно к шизофрении и иным хроническим психотическим расстройствам в условиях длительного стационарного проживания доказательная база представлена преимущественно качественными исследованиями и небольшими экспериментальными работами [2, 7].

Накопленные данные носят противоречивый характер: ряд контролируемых исследований демонстрирует статистически значимую эффективность средовых вмешательств в снижении агрессивного и самоповреждающего поведения, улучшении клинического состояния пациентов [8, 15], тогда как другие РКИ не подтверждают значимого влияния персонализации на ажитацию, качество жизни и аффективное состояние [16, 17].

К числу недостаточно разработанных методологических проблем можно отнести дефицит рандомизированных контролируемых исследований с изолированным манипулированием отдельными средовыми факторами; трудность разграничения эффектов персонализации среды от сопутствующих организационных изменений; отсутствие стандартизированных инструментов оценки степени персонализации среды; недостаточную изученность долгосрочных эффектов средовых вмешательств после их прекращения.

Перспективным направлением представляется интеграция принципов нидотерапии и других, получивших доказательную базу, персонализированных средовых вмешательств в практику российских психоневрологических интернатов и домов социального обслуживания. Разработка протоколов анализа среды, учитывающих биографический, сенсорный и социальный профиль конкретного проживающего, а также обучение младшего и среднего медицинского персонала методам персонализации повседневной среды могут рассматриваться, как перспективное направление повышения качества психосоциальной реабилитации в условиях отечественной системы стационарного социального обслуживания.

Литература/References:

1. Ахутина Т.В., Варако Н.А., Зинченко Ю.П., Кроткова О.А., Микадзе Ю.В., Фуфаева Е.В. Клинико-психологическая диагностика и клинико-психологическая реабилитация пациентов с нарушениями памяти при повреждениях головного мозга. Клинические рекомендации // Consilium Medicum. 2016. № 2-1. С. 68-80.

2. Бабин С.М., Лиманкин О.В., Федоров Я.О., Ивашиненко Д.М. Терапия средой (милие-терапия) на амбулаторном этапе оказания психиатрической помощи // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2019. № 2. С. 33–38.

3. Копытин А.И. Арт-терапевтическая среда с точки зрения клинического, социального и экологического подходов // Медицинская психология в России. 2016. № 1(36).

4. Панов В.И. Экологическая психология: Опыт построения методологии. М.: Наука, 2004. 197 с.

5. Рогачева Т.В., Шестакова Е.В. Теоретические основания социально-средовой реабилитации инвалида // Медицинская психология в России. 2018. Т. 10, № 3. С. 4.

6. Banks C., Priebe S. Scales for assessing the therapeutic milieu in psychiatric inpatient settings: A systematic review // General Hospital Psychiatry. 2020. Vol. 66. P. 44–50.

7. Belsiyal C.X., Rentala S., Das A. Use of Therapeutic Milieu Interventions in a Psychiatric Setting: A Systematic Review // J Educ Health Promot. 2022. Vol. 11. P. 234.

8. Bhat S., Rentala S., Raveesh B.N., Chellappan X.B. Effectiveness of Milieu Therapy in reducing conflicts and containment rates among schizophrenia patients // Invest Educ Enferm. 2020. Vol. 38(1). P. e06.

9. Bola J.R., Mosher L.R. Treatment of acute psychosis without neuroleptics: two-year outcomes from the Soteria project // J Nerv Ment Dis. 2003. – Vol. 191(4). P. 219–229.

10. Breslin L., Guerra N., Ganz L., Ervin D. Clinical Utility of Multisensory Environments for People With Intellectual and Developmental Disabilities: A Scoping Review // Am J Occup Ther. 2020. Vol. 74(1). P. 7401205060p1–p12.

11. Cohen-Mansfield J., Marx M.S., Dakheel-Ali M., Regier N.G., Thein K., Freedman L. Can agitated behavior of nursing home residents with dementia be prevented with the use of standardized stimuli? // J Am Geriatr Soc. 2010. Vol. 58(8). P. 1459–1464.

12. Graham F.A., Kelly L., Burmeister E.A., Henderson A., Broome A., Hubbard R.E., Gordon E.H. A hospital-based special care unit for dementia decreased hospital readmission rates for behaviour // Age Ageing. 2025. Vol. 54(4). P. afaf096.

13. Helbling M., Grandjean M.L., Srinivasan M. Effects of multisensory environment/stimulation therapy on adults with cognitive impairment and/or special needs: A systematic review and meta-analysis // Spec Care Dentist. 2024. Vol. 44(2). P. 381–420.

14. Johnson R., Haigh R. Social psychiatry and social policy for the 21st century – new concepts for new needs: the psychologically informed environment // Mental Health and Social Inclusion. – 2010. – Vol. 14(4). – P. 30–35.

15. Kallestad H., Langsrud K., Simpson M.R., Vestergaard C.L., Vethe D., Kjørstad K., Faaland P., Lydersen S., Morken G., Ulsaker-Janke I., Saksvik S.B., Scott J. Clinical benefits of modifying the evening light environment in an acute psychiatric unit // PLoS Med. 2024. Vol. 21(12). P. e1004380.

16. McCreedy E.M., Sisti A., Gutman R., Dionne L., Rudolph J.L., Baier R., Thomas K.S., Olson M.B., Zediker E.E., Uth R., Shield R.R., Mor V. Pragmatic Trial of Personalized Music for Agitation and Antipsychotic Use in Nursing Home Residents With Dementia // J Am Med Dir Assoc. 2022. Vol. 23(7). P. 1171–1177.

17. Möhler R., Calo S., Renom A., Renom H., Meyer G. Personally tailored activities for improving psychosocial outcomes for people with dementia in long-term care // Cochrane Database Syst Rev. 2023. Vol. 3. P. CD009812.

18. Reich C.D., Lyons H., Holroyd-Leduc J.M. Optimizing the Physical & Social Environment Within Hospitals for Patients with Dementia: a Systematic Review // Can Geriatr J. 2022. Vol. 25(2). P. 222–232.

19. Rodríguez-Labajos L., Kinloch J., Grant S., O'Brien G. The Role of the Built Environment as a Therapeutic Intervention in Mental Health Facilities: A Systematic Literature Review // HERD. 2024. Vol. 17(2). P. 281–308.

20. Røsvik J., Rokstad A.M.M. What are the needs of people with dementia in acute hospital settings... // BMC Health Serv Res. 2020. Vol. 20(1). P. 723.

21. Stupak R., Dobroczyński B. The Soteria Project: A forerunner of "a third way" in psychiatry? // Psychiatr Pol. 2019. Vol. 53(6). P. 1351–1364.

22. Tyrer P. Nidotherapy: a cost-effective systematic environmental intervention // World Psychiatry. 2019. Vol. 18(2). P. 144–145.

23. Tyrer P. Nidotherapy: making the environment do the therapeutic work // Advances in Psychiatric Treatment. 2005. Vol. 11(3). P. 232–238.

ПЕРСИСТИРУЮЩЕЕ РАССТРОЙСТВО ВОСПРИЯТИЯ, ВЫЗВАННОЕ ГАЛЛЮЦИНОГЕНАМИ (HPPD): НАРРАТИВНЫЙ ОБЗОР

Литвинова К. П.
Кафедра психиатрии и наркологии
ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Россия, г. Кемерово
Научный руководитель –А. А. Яковлева

Аннотация. Обзорная статья, выполненная в повествовательной форме, посвящена анализу научных изданий, касающихся персистирующего расстройства восприятия, провоцированного применением галлюциногенов (HPPD). Рассматриваются терминологические нюансы и диагностические критерии, клинические проявления, факторы риска, гипотезы развития заболевания, вопросы дифференциальной диагностики, а также существующие методы лечения. Отдельно рассматриваются слабости доказательной базы: вариативность диагностических формулировок, доминирование клинических наблюдений и малый контингент испытуемых. Проанализированы итоги систематического обзора, опубликованного в 2025 году. Существующие данные не дают возможности выявить общий патогенез HPPD или выделить универсально действующую терапевтическую стратегию. Для постановки верного диагноза и назначения правильного лечения требуется осторожный подход и индивидуальный осмотр пациента.

Ключевые слова: HPPD; персистирующее расстройство восприятия; галлюциногены; диагностика; дифференциальная диагностика; фармакотерапия; нарративный обзор.

HALLUCINOGEN PERSISTING PERCEPTION DISORDER (HPPD): A NARRATIVE REVIEW

Litvinova K. P.
Department of Psychiatry and Narcology
Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo

Scientific supervisor – Yakovleva A. A.

Abstract. This narrative review article analyzes the scientific literature on hallucinogen-induced persistent perception disorder (HPPD). It examines terminology and diagnostic criteria, clinical manifestations, risk factors, hypotheses for the development of the disorder, differential diagnostic issues, and existing treatment methods. Weaknesses in the evidence base, including variable diagnostic formulations, a predominance of clinical observations, and a small sample size, are specifically addressed. The results of a systematic review published in 2025 are analyzed. Current data do not allow us to identify a common pathogenesis for HPPD or identify a universally effective therapeutic strategy. A careful approach and individual patient assessment are required to establish an accurate diagnosis and prescribe appropriate treatment.

Keywords: HPPD; hallucinogen persisting perception disorder; hallucinogens; diagnosis; differential diagnosis; pharmacotherapy; narrative review.

Введение

Клиническая психиатрическая особенность, известная как галлюциногенное персистирующее расстройство восприятия (HPPD), характеризуется появлением либо длительным сохранением изменений в сенсорном восприятии, схожих с отдельными проявлениями интоксикации, возникающими после приема психоактивных соединений. После того как действие препарата прекращается, симптомы могут возникать спорадически или приобретать более стабильную форму, сопровождаясь разным уровнем тревожности и снижением качества повседневной жизни. Наличие признаков, напоминающих интоксикацию, не служит достаточным основанием для постановки диагноза: требуется анализ времени появления признаков, факта употребления психоактивных веществ, а также психического и физического статуса пациента и возможности иных причин [2, 5, 7].

Проблема диагностики хронического синдрома постгалолюцинаций осложняется не только спецификой зрительных проявлений, но и трудностями в определении. Симптомы варьируются от эпизодических и лаконичных до стойких и изматывающих. Литература содержит разрозненные клинические описания и противоречивые критерии, тогда как данные о частоте встречаемости, динамике заболевания и группах риска остаются недостаточными. Таким образом, анализ результатов обзоров требует учёта разнородности первичных данных, незначительного объёма выборок и доминирования публикаций, посвящённых отдельным клиническим наблюдениям [3, 5, 6].

Цель исследования. Изучить представленные данные о терминологическом аппарате и диагностических стратегиях HPPD, систематизировать ключевые клинические проявления, проанализировать их взаимосвязь с приемом психоактивных веществ и рассмотреть патогенетические механизмы вместе с доминирующими гипотезами возникновения заболевания, определить задачи дифференциальной диагностики и проанализировать актуальное состояние данных о терапии.

Объекты и методы исследования

Данное исследование носит характер нарративного обзора научной литературы. В ходе его создания применялись источники, перечисленные в базовых материалах по тематике ГППР, среди которых выделяются статьи Шайдеггера и Клименко, работы Винниковой и соавторов, а также зарубежные публикации, посвященные симптоматике, диагностике и патогенетическим механизмам данного состояния. Особое внимание уделено систематическому обзору терапевтических подходов, опубликованному Neven и Blom в 2025 году [1–7]. Поиск источников проводился в базах eLIBRARY и PubMed, а также с использованием национальных клинических рекомендаций и иных доступных ресурсов.

Представленные материалы носят описательный характер, при этом опираются на описанные в научной литературе наблюдения и клинические примеры.

Понятийный аппарат и методы диагностики

В Международной классификации болезней десятого пересмотра (МКБ-10) диагноз HPPD отсутствует [1; 2]. В классификаторе МКБ-10 данная патология относится к коду F16.70 «Резидуальные и отсроченные психотические расстройства». Данная категория включает состояния, когда изменения в когнитивных функциях, эмоциональной сфере, личности либо поведении, спровоцированные употреблением алкоголя либо психоактивных средств, продолжают проявляться спустя время после завершения действия непосредственного эффекта данных веществ. Начало расстройства должно быть непосредственно связано с употреблением психоактивного вещества». Данное состояние необходимо отличать от острого психотического расстройства (F23.x) короткой продолжительности (секунды или минуты) и идентичным повторением предыдущих переживаний, вызванных приемом ПАВ [2]. Также диагноз HPPD не включен и в 11-ю редакцию Международной классификации болезней (МКБ-11) [1; 3].

Согласно пятой редакции диагностического и статистического руководства по психическим расстройствам (DSM-V), синдром постгаллюцинативного восприятия (HPPD) описывается подробнее [1].

Для подтверждения диагноза необходимо соответствие следующим критериям:

1) психотическое состояние развивается спустя длительное время после приема психоактивных веществ (более двух недель), однако присутствует четкая связь между приемом ПАВ и возникновением психоза;

2) симптоматика сохраняется по окончании прямого фармакологического действия вещества;

3) возможно восстановление функций, включая купирование деменции, при длительном воздержании от употребления;

4) заболевание обычно протекает в кратковременной форме.

Требуется отбросить наличие анатомических патологий, инфекционных поражений и специфических психических нарушений, включая делирий, мигрень, шизофрению, деменцию или гипнопомпические галлюцинации [1]. Вспышки симптомов HPPD либо их усиление часто фиксируются при недостаточном освещении, на фоне сильной интоксикации каннабиоидами или алкоголем, а также при сильном переутомлении [4; 11]. HPPD порой проявляется в виде устойчивых изменений зрительного восприятия, протекая без очевидных провоцирующих факторов [7]. Люди, страдающие данным состоянием, осознанно оценивают свои перцептивные искажения, не наделяя их бредовым содержанием [11]. В медицинской практике встречаются также обозначения «персистирующее галлюциноген-ассоциированное расстройство восприятия», «хроническое нарушение восприятия» и «флэшбэки». Эти понятия не всегда тождественны друг другу. Как правило, под флешбэком понимают повторное переживание фрагментарных эффектов, связанных с предшествующей интоксикацией, в то время как клинический подход к ХППД ориентируется на персистирующие или рецидивирующие перцептивные нарушения после завершения приёма, что требует анализа их клинической ценности. Таким образом, возникновение визуальных галлюцинаций после приёма психоактивных препаратов не гарантирует соблюдения критериев для постановки диагноза [2, 5, 7]. Ключевым признаком пациентов, страдающих HPPD, считается наличие в истории болезни данных о приёме разнообразных ПАВ и эпизоды галлюцинозов, развившиеся на фоне интоксикации.

В клинической литературе диагностические критерии базируются на соотношении проявлений с фактом приема галлюциногена, на наличии искажений восприятия, сохраняющихся после окончания интоксикации, на их повторяемости или стойкости, а также на тяжести страданий или степени

нарушений функций. Ключевое значение имеют детальные сведения о приеме вещества и хронология развития событий. Необходимо детализировать: тип используемого препарата, предполагаемую дозировку, одновременное применение иных веществ, характер рецидивов, а также время появления и динамику жалоб, колебания сна и аффекта, а также присутствие тревожных и неврологических проявлений. Связь, установленная путем сбора анамнеза, важна для выдвижения диагноза, однако не служит неопровержимым доказательством прямого причинно-следственного механизма.

Классификация

Лев-Ран и коллеги выделяют две формы данного расстройства. Первой является HPPD I типа, известная также как Flashback-вариант, которая протекает более благоприятно. Её отличают эпизоды кратковременного возвращения изменённых состояний восприятия, аффекта и сознания, напоминающих переживания во время наркотического опьянения. Эти симптомы способны возникать спустя дни или месяцы после полного выведения психоактивного вещества из организма. Повторяющиеся симптомы отличаются временным и обратимым характером, иногда даже доставляя субъективное удовольствие. Синдром хронических галлюцинаций второго типа протекает длительно, существенно ухудшая качество жизни больных, что вынуждает их обращаться к врачам. Как первый, так и второй тип этого расстройства могут развиваться спонтанно или под воздействием различных провоцирующих факторов: употребления психоактивных веществ (включая алкоголь), изменений освещенности, переутомления, недосыпания и прочих. Следовательно, для синдрома первого типа более характерно соответствие критериям диагноza F16.70 согласно МКБ-10, тогда как второй тип оптимально вписывается в структуру DSM-V [3]. Существует мнение, что симптомы, свойственные разным видам HPPD (в частности, феномен Flashback при I типе и проявления II типа), демонстрируют значительно большую неоднородность.

Клиническая характеристика и классификация

Чаще всего в текстах, посвящённых данной проблеме, описываются зрительные жалобы: в рамках синдрома ХПРП наиболее регулярно указываются искажения восприятия — появление мелких контрастных точек на всём поле зрения, заметных как при открытых, так и при закрытых веках (так называемый «визуальный снег»); зернистость картинки, разбивание пространства на геометрические фрагменты либо «пиксели»; чувство вибрации или мерцания по всей видимой области; а также шлейфы от передвигающихся предметов либо световых источников (т.н. после изображения») ; повышение или снижение качества передачи оттенков и резкости границ ; свечение объектов ; спорадические цветовые вспышки ; плавающие артефакты в поле зрения ; световые ореолы вокруг предметов и источников света ; искажение реальных пропорций объектов (макро- и микропсия) ; сохранение образа увиденного предмета при переводе взгляда в иное место или при закрытии век (т.н. Такие феномены, как «послеобразы» либо «пост-изображения» [1,2,3], не являются уникальными маркерами только для HPPD и нуждаются в интерпретации с учётом клинической картины [3, 5, 6].

Симптоматика варьирует: у одних она проявляется в виде редких коротких приступов, у других жалобы носят частый или персистирующий характер. Различаются также выраженность признаков, их комплексность, уровень осознанности состояния и степень снижения функциональных возможностей. Наблюдаются как выраженные тревожные реакции, так и более легкие варианты нарушения восприятия. В статьях рассматривается возможность одновременного наличия зрительных жалоб наряду с признаками тревоги, расстройствами сна или аффективными реакциями. Хотя подобная комбинация требует внимания, без дополнительных сведений её нельзя расценивать как единый специфический синдром или указывать на общую этиологию [3, 5, 6].

В обзорных статьях слово «тип» часто используется, чтобы систематизировать клинические данные в зависимости от особенностей и

степени выраженности симптомов. Подобные описательные объединения облегчают подачу материала, но их нельзя трактовать как устоявшуюся классификацию с чётко очерченными пределами. Без согласованных критериев оценки признаков и однородных групп пациентов невозможно достоверно утверждать, что различные феноменологические кластеры обусловлены разными причинами, имеют отличный прогноз или по-разному реагируют на лечение. При характеристике предпочтительно детально указывать конкретные проявления, их частоту возникновения, продолжительность, условия появления и влияние на функционирование.

Вещества и факторы риска

Исторически синдром HPPD ассоциируют с последствиями приёма галлюциногенов, включая соединения, способные менять восприятие и субъективное самочувствие. В медицинских отчётах фиксируются самые разные сценарии их использования, среди которых встречается и комбинация нескольких психоактивных препаратов. При этом определить роль конкретного вещества бывает сложно: данные о дозировке и характере соединения могут быть искажены, состав нелегальных препаратов — неясен, а история болезни — содержать сведения о повторном приеме или сочетании нескольких психоактивных средств. В связи с этим в обзорах литературы принято осторожно формулировать вывод о временной связи и клинической ассоциации, не приписывая каждый случай исключительно одному компоненту [2, 3, 5].

Обсуждая возможные причины обострения или возникновения проблем, исследователи указывают на повторное использование психоактивных средств, наличие сопутствующих психических расстройств и личные характеристики личности. Тем не менее, простое упоминание данной переменной в рамках описания клинических случаев не позволяет однозначно определить её статус как фактора риска. Чтобы оценить риск, нужны были бы сравнимые сведения о пациентах с симптомами и без, достоверно подтвержденное воздействие и учет мешающих факторов. Подобные условия не всегда могут быть реализованы в

опубликованных клинических сообщениях. Поэтому эти сведения следует рассматривать как направления для проверки, а не как причинно установленные предикторы. ЛСД стал причиной стойких нарушений зрительного восприятия, что было зафиксировано Х.Д. Абрахамом в 1983 году [4] как одно из первых подобных наблюдений. Данное соединение является диэтиламидом d-лизергиновой кислоты, известным под немецким названием Lysergsäurediethylamid.

Сейчас достоверно известно, что способность провоцировать галлюциногенные эффекты HPPD присуща не только ЛСД, но и некоторым растительным психоактивным соединениям: например, грибам с псилоцибином (роды Psilocybe, Panaeolus, Stropharia, Gymnopilus, Inocybe), мескалину, обнаруженному в кактусоподобных опунциях (Lophophora williamsii, Echinopsis pachanoi, Echinopsis peruviana), а также молекуле сальвинорин А, выделяемой из шалфея пророческого (Salvia divinorum). Мартинотти со соавторами опубликовали работу в 2018 году Изучение англоязычных первоисточников по отдельным случаям развития GPP позволило авторам выявить, что основная их часть была обусловлена приёмом ЛСД либо ФЦП (1-(1-фенилциклогексил)пиперидина, также известного как фенциклидин, который представляет собой антагонист NMDA-рецепторов с диссоциативным эффектом). Наблюдения показывают, что возникновение симптомов ХПСС нередко связано с употреблением MDMA (3,4-метилендиоксиметамфетамин — полусинтетическое психоактивное средство из группы амфетаминов, относящихся к фенилэтилинам) и каннабиноидов, включая как природные (РК), так и синтетические (СК) соединения. Среди последних выделяется JWH-1220, который входит в класс нафтоилиндолов и получил своё обозначение в честь инициалов разработчика — J.W. Huffman. По мнению ряда исследователей, приступы HPPD, возникающие исключительно на фоне применения каннабиноидов, наблюдаются нечасто, однако их частота существенно возрастает при совместном использовании производных тетрагидроканнабинола

(ТГК) с ЛСД. Домашнее исследование [1] детализирует клинические проявления ХГПЗ после интоксикации МДМА, а также при комбинированном употреблении псилоцибиновых грибов, гашиша и этилового спирта. В ином эпизод сообщается о связи симптомов с сочетанием СК и ЛСД. Ряд учёных не обнаруживает чёткой корреляции между формированием ХОО и применением определённых психоактивных веществ, указывая на сложность точного определения вклада тех или иных соединений в возникновение данного состояния [2]. По мнению исследователей, ХОО чаще выявляется у мужчин, достигших подросткового возраста, когда часто происходят первые контакты с разными наркотиками, включая галлюциногены [4; 7].

Эпидемиологические аспекты и ограничения доступных данных

Оценить масштабы распространения ПГРС крайне сложно. Разногласия в методологиях исследований и обзоров касаются трактовки симптомов, установления клинической значимости и методов диагностики. Сложности с экстраполяцией данных на широкую популяцию возникают из-за малых объемов выборки, reliance на самоотчеты о прошлом употреблении, неоднородности используемых веществ и разной частоты обращения за медицинской помощью. Смещение характерно для клинических изданий: нетипичные или тяжелые ситуации чаще описываются, чем легкие и кратковременные проявления. В связи с этим частоту контактов или процент симптомов в конкретной группе пациентов недопустимо считать эквивалентом общей распространенности в популяции [2, 3, 5, 6].

К числу прочих ограничений относятся несинхронность периодов наблюдения, неполнота сведений о наличии сопутствующих патологий, а также отсутствие унифицированных методик оценки выраженности зрительных нарушений. Зачастую затруднительно отличить вновь возникшие признаки от уже имевшихся расстройств восприятия и от проявлений, которые больные связывают с предшествующим приемом психоактивных веществ.

Гипотезы патогенеза

На текущий момент единого, доказанного механизма развития HPPD не выявлено. В обзорных материалах рассматриваются нейробиологические концепции, предполагающие, что стойкие перцептивные нарушения могут быть обусловлены сбоем в процессах сенсорного фильтра, визуальной обработки данных либо модуляции активации нейронных сетей. Особое внимание уделяется гипотезе о влиянии на серотонинергическую передачу, что продиктовано фармакологическим профилем ряда галлюциногенов. Тем не менее, данные клинических отчетов и данные непрямых наблюдений не позволяют установить точный механизм и не дают оснований для подтверждения какой-либо гипотезы [3, 5, 6].

На восприятие тяжести проявлений и уровень тревоги по их поводу воздействуют также психологические и ситуативные обстоятельства. Усиленный фокус на визуальных ощущениях, предвкушение, беспокойство и расстройства сна часто сопутствуют подобным жалобам, однако их наличие не свидетельствует о чисто психологической природе феноменов и не доказывает установление их истинного источника. Для выяснения действующих механизмов потребуются исследования, основанные на строгой типизации фенотипа, количественной оценке клинической картины и долгосрочном мониторинге, а не лишь на казусах из практики.

Разграничение диагнозов

В ходе обследования следует учитывать, что зрительные аномалии могут развиваться при множестве состояний, не являясь маркером именно ГПАП. Важно определить, связаны ли они лишь с употреблением или прекращением приема психоактивных веществ, фиксировались ли ранее, а также присутствуют ли головная боль, колебания сознания, иные неврологические симптомы, тяжелые настроения или психотические переживания. Требуется осуществить проверку соматического и неврологического состояния, в ходе которой обязательно учитываются офтальмологические факторы. Эта публикация не

регламентирует алгоритм диагностики и не подменяет собой персональное обследование пациента [2, 3, 5].

Для установления точного диагноза рассматриваются случаи мигренозных проявлений, патологии глаз и нервной системы, последствия травм головы, реакции на прием других веществ, а также психические заболевания, способные вызывать искажение восприятия. Ключевое значение имеют особенности и повторяемость приступов, их продолжительность, наличие связи с болевым синдромом и другими признаками, а также результаты обследования зрения и данные истории болезни. Важно не путать терминологическое совпадение жалоб с реальным разбором клинической картины. Когда симптомы возникают внезапно, дополняются новыми неврологическими признаками или стремительно прогрессируют, требуется срочная профессиональная оценка.

Подходы к лечению и границы доказательной базы

На сегодня не разработаны специализированные методы лечения и единые клинические рекомендации при HPPD. Поскольку механизмы развития этого расстройства остаются неясными, результаты терапии сильно различаются. Основные данные базируются на отдельных клинических наблюдениях и небольших группах пациентов, что не позволяет достоверно сравнить эффективность тех или иных схем. Исследование Neven и Blom (2025), представляющее собой систематический обзор, охватило 31 источник и объединило данные 87 участников [4].

В различных источниках рассматривались разные медикаментозные варианты. Чаще всего в терапии используют антипсихотические лекарства, антиконвульсанты, бензодиазепины, клонидин и СИОЗС. Клонидин действует как активатор альфа-2-адренорецепторов постсинаптического типа. Пациенты, принимавшие данное средство, нередко отмечали снижение симптоматики HPPD. В некоторых ситуациях врач мог прописать такие медикаменты, чтобы смягчить перцептивные жалобы или устранить тревожность и бессонницу. Бензодиазепины хорошо помогают при синдроме первого типа.

Для второй формы их результативность ниже: они благоприятно сказываются на общем самочувствии, однако не способны полностью убрать галлюцинации. В научных источниках упоминается применение нейролептиков, в частности, сообщается, что препараты галоперидол, трифлуоперазин, перфеназин (по 4–8 мг в сутки), зуклопентиксол (в дозе 2–10 мг/сут) и сульпирид (50–100 мг/сут), применявшиеся в минимальных и крайне малых дозах, демонстрировали эффективность при лечении HPPD и отличались хорошей переносимостью больными [6, 11, 40, 41, 42]. Тема применения атипичных антипсихотических средств при данном расстройстве активно обсуждается, однако окончательные выводы пока не сформулированы. Испытания доказали эффективность рисперидона при лечении HPPD, вызванного фенциклидином и протекающего на фоне тревожности. Так как внезапные приступы зрительных искажений и иные нарушения по своей природе напоминают судорожный синдром, многие ученые предлагали использовать противосудорожные препараты для терапии этого расстройства. Сначала для лечения ППГД применяли фенитоин, однако сейчас от него отказались из-за плохой переносимости и рисков для здоровья. В частности, эффективность при ХПДС может демонстрировать вальпроевая кислота (200–600 мг в сутки), карбамазепин (200–600 мг в сутки), окскарбамазепин (300 мг в сутки), топирамат (25–100 мг в сутки), ламотриджин (50–100 мг в сутки) и габапентин (300–900 мг в сутки) — аналогично их применению при расстройствах, связанных с алкогольной и иной психоактивной зависимостью [1].

Применять выводы, полученные из отдельных сообщений, ко всем пациентам недопустимо: позитивная динамика может быть связана с естественными колебаниями симптоматики, изменением режима приёма психоактивных веществ, терапией сопутствующих патологий или иными факторами. Следовательно, указание определённого препарата в аналитическом материале не следует трактовать как совет к самостоятельному лечению и не носит характера клинического назначения. Врач должен самостоятельно

взвесить ожидаемую пользу и потенциальные риски терапии, опираясь на картину симптомов, наличие фоновых патологий и факт приема психоактивных средств [3, 4, 5].

Клиническое ведение требует подробного информирования больного о степени неопределенности диагноза, оценки его эмоционального состояния и адаптации, бесед о прекращении употребления психоактивных веществ и мониторинга динамики. Если обнаруживаются сопутствующие тревожные или аффективные расстройства, их следует диагностировать и терапевтировать по стандартам, не ожидая, что устранение этих симптомов само по себе устранит симптомы HPPD. Регулярная поддержка связи и согласованные стратегии наблюдения позволяют систематически отмечать динамику симптомов и вовремя корректировать предварительные диагностические гипотезы.

Важнейшими задачами на перспективу становятся унификация диагностических и исследовательских критериев, создание стандартизированных методов фиксации перцептивных феноменов и реализация проспективных наблюдений с длительным периодом мониторинга. Требуется накопление исчерпывающей информации о естественном течении заболевания и влиянии сопутствующих условий, а также проведение терапевтических испытаний с четкой фиксацией результатов и побочных эффектов. В ожидании таких сведений любые терапевтические умозаключения следует формулировать с осторожностью; принимать клинические решения нельзя, опираясь лишь на изолированный клинический случай или гипотетическую модель патогенеза заболевания.

Заключение

HPPD представляет собой разнородный синдром, сопровождающийся стойкими или рецидивирующими перцептивными, чаще всего зрительными, проявлениями, возникающими на фоне применения галлюциногенных средств. Оценка состояния в клинических условиях требует учёта временной зависимости от приёма препарата, специфики и динамики симптоматики, уровня

субъективного дистресса, а также исключения иных медицинских и психических патологий. Видимые жалобы со стороны глаз или упоминание в анамнезе о приёме препаратов не являются достаточными основаниями для установления причинно-следственной связи.

Ограниченность эпидемиологических и патогенетических заключений обусловлена разногласиями в определениях, малым числом клинических случаев и отсутствием стандартизированных долгосрочных исследований. Систематический обзор фармакотерапии за 2025 год охватил 31 статью и 87 пациентов, но имеющаяся информация не даёт возможности определить препарат, обладающий универсальной эффективностью. Реалистичная стратегия подразумевает всестороннюю диагностическую проверку, учёт сопутствующих заболеваний и бережное персонализированное лечение, исключающее самолечение. Чтобы лучше понять прогноз, патогенез и результативность мер воздействия, требуются более надёжные и сравнимые научные работы.

Литература / References:

1. Винникова М. А. Ненастьева представили обзор существующих исследований и результаты собственных наблюдений по проблеме длительного искажения сенсорного восприятия на фоне применения галлюциногенных веществ // Наркология, 2019, Т. 18, выпуск 10, С.87–96. DOI: 10.25557/1682-8313.2019.10.87-96.

2. Обзор актуальных публикаций, посвященных персистирующему восприятию, индуцированному психоделиками (HPPD), опубликован Ю. М. Шайдеггером и Т. В. Клименко в 2021 году. DOI: 10.47877/0234-0623_2021_08_23.

3. Международная классификация болезней, 10-го пересмотра [Электронный ресурс]: URL: https://classinform.ru/mkb-10/f16.html. – (дата обращения 17.06.2021).

4. Отчёт Международной комиссии по контролю над наркотиками, опубликованный в 2018 году (E/INCB/20148/1). Доступ к источнику:

http://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2018/Annual_Report/Annual_Report_2018_R.pdf (дата посещения: 14.05.2019).

5. МКБ-11 [Электронный ресурс]. URL: https://icd11.ru/rasstr-obslov-upotr-psyhoakt-vesh. – (дата обращения 17.06.2021).

6. Фармакотерапия зависимостей: руководство для врачей. Под ред. Иванца Н.Н., Анохиной И.П., Винниковой М.А. 2-е изд., испр. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. 944 с.

7. Halpern J. H., Pope H. G. Jr. Сохраняющееся восприятие при галлюциногенозависимости: что известно через 50 лет? // Drug and Alcohol Dependence. 2003. Т. 69, № 2. С. 109–119. DOI: 10.1016/S0376-8716(02)00304-X.

8. Анализ систематический методов лечения фармакологического характера синдрома персистирующего восприятия галлюциногенов (HPPD) / Невен А., Блом Дж. Д. // Гарвардский медицинский журнал. 2025. Год 33, выпуск 5. С. 264–275. DOI: 10.1097/HRP.0000000000000439.

9. Герле Л., Зимон М., Рушов М., Гоузулис-Майфранк Э. Синдром персистирующего восприятия галлюциногенов // Терапевтические достижения в психофармакологии. 2012. Т. 2, № 5. С. 199–205. DOI: 10.1177/2045125312451270.

10. Мартинотти Дж., Сантакроче Р., Петторрусо М., Монтемитро К., Спано М. К., Лоруссо М., Ди Джаннантонио М., Лернер А. Г. Стойкое галлюциногенное расстройство восприятия: этиология, клинические проявления и терапевтические перспективы // Brain Sciences. 2018. Т. 8, № 3. Статья 47. DOI: 10.3390/brainsci8030047.

11. Американская психиатрическая ассоциация. Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам: DSM-5. 5-е изд. Вашингтон, округ Колумбия: Издательство Американской психиатрической ассоциации, 2013.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ И ЭТИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК ВРАЧЕЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО, ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО И НАРКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Матвеева Я. А., Егорова Е. А., Голенков А. В.
ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова» Россия, г.Чебоксары

Аннотация. Цель исследования — изучить профессиональные характеристики врачей психиатрического, психотерапевтического и наркологического профиля и структуру отзывов пациентов. Проанализирована информация о 100 врачах - пол, возраст, специальность, регион, стаж, отзывы и современная научная литература по терапевтическому альянсу, эмпатии и пациент-центрированной коммуникации. Показано, что количество отзывов не является самостоятельным критерием качества медицинской помощи, а положительная оценка чаще связана с внимательностью, эмпатией и доступностью объяснений. Полученные данные могут использоваться для развития коммуникативных навыков и профессиональной рефлексии врачей.

Ключевые слова: психиатрия, психотерапия, наркология, терапевтический альянс, медицинская коммуникация, отзывы пациентов, профессиональная этика.

COMPARATIVE ANALYSIS OF PROFESSIONAL AND ETHICAL CHARACTERISTICS OF PSYCHIATRIC, PSYCHOTHERAPEUTIC, AND NARCOLOGIC PHYSICIANS PROFILE

Matveeva Ya. A., Egorova E. A., Golenkov A. V.
Chuvash State University named after I. N. Ulyanov, Russia, Cheboksary

Abstract. The aim of this study was to examine the professional characteristics of psychiatric, psychotherapeutic, and addiction medicine physicians and the structure of patient reviews. Information on 100 physicians was analyzed, including gender, age, specialty, region, experience, reviews, and current scientific literature on therapeutic alliance, empathy, and patient-centered communication. It was shown that the number of reviews is not an independent criterion for the quality of medical care, and positive reviews are more often associated with attentiveness, empathy, and the clarity of explanations. The data obtained can be used to develop physicians' communication skills and professional reflection.

Keywords: psychiatry, psychotherapy, addiction medicine, therapeutic alliance, medical communication, patient reviews, professional ethics.

Введение

Современная психиатрическая помощь предполагает не только применение методов диагностики и лечения психических расстройств, но и формирование устойчивого профессионального взаимодействия между врачом и пациентом. Особое значение данный аспект приобретает в психиатрической, психотерапевтической и наркологической практике, поскольку эффективность лечения во многих случаях определяется продолжительностью наблюдения, готовностью пациента сообщать значимую информацию, соблюдением рекомендаций и возможностью совместного обсуждения лечебной тактики.

Терапевтический альянс относится к числу наиболее значимых факторов психотерапевтического процесса. Крупный метааналитический анализ продемонстрировал устойчивую положительную связь между качеством терапевтического альянса и результатами лечения [12, с. 316]. Данная закономерность сохраняется при различных формах психотерапии и подчёркивает значение доверия, согласования целей лечения и рабочего сотрудничества между пациентом и специалистом [13, с. 10; 16, с. 9].

Проблема взаимодействия с пациентами, воспринимаемыми медицинскими работниками как конфликтные, чрезмерно требовательные, подозрительные либо предъявляющие большое количество жалоб, имеет особое значение для психиатрической практики. Современные исследования показывают, что феномен «сложного пациента» имеет многокомпонентную природу и может определяться сочетанием клинических проявлений, особенностей поведения пациента, эмоциональной реакции специалиста и организационных условий оказания медицинской помощи [14, с. 647; 15, с. 1; 18, с. 795].

В условиях активного развития цифровых медицинских сервисов интернет-отзывы становятся одним из доступных источников информации о субъективном опыте пациентов. Они позволяют выявлять особенности восприятия коммуникации, организации медицинской помощи и отношения специалиста к пациенту. Вместе с тем результаты систематических исследований свидетельствуют о значительной неоднородности подходов к оценке удовлетворённости психиатрической помощью, вследствие чего отдельный отзыв не может рассматриваться как самостоятельный объективный показатель качества медицинской деятельности [20, с. 33; 23, с. 2497].

В связи с этим представляет интерес комплексная оценка профессиональной представленности психиатров, психотерапевтов и наркологов в открытых цифровых источниках с последующим анализом характеристик пациентских отзывов.

Цель исследования — изучить профессиональные характеристики врачей психиатрического, психотерапевтического и наркологического профиля и структуру отзывов пациентов, а также определить основные характеристики взаимодействия врач–пациент, связанные с положительной и отрицательной оценкой медицинской помощи.

Объекты и методы исследования

Объектом исследования являлась открытая информация о врачах психиатрического, психотерапевтического и наркологического профиля, представленная в интернет-источниках.

Для анализа была сформирована база из 100 врачей, осуществляющих профессиональную деятельность в различных регионах Российской Федерации. Особое внимание при формировании исходной базы уделялось Москве и Московской области, Санкт-Петербургу и Ленинградской области, Чувашской Республике, Чебоксарам и регионам Приволжского федерального округа. В выборку включались специалисты трёх основных профессиональных направлений: психиатры, психотерапевты, психиатры-наркологи и наркологи.

Источниками данных служили публичные профили и отзывы на платформах «ПроДокторов», Doctu, «НаПоправку», «Яндекс.Медицина», DocTown, а также публичные страницы клиник. Для каждого специалиста при наличии соответствующей информации фиксировались пол, возраст, специальность, регион, медицинская организация, стаж профессиональной деятельности, учёная степень и сведения об отзывах. Основным источником количественных данных являлась сформированная электронная таблица. Для анализа использовались фильтры и сортировка по отдельным характеристикам.

При анализе отзывов учитывались: общее количество доступных отзывов, наличие положительной оценки, наличие отрицательной оценки, содержание положительных характеристик, содержание отрицательных характеристик, различие между критикой деятельности врача и критикой медицинской организации. Отзывы рассматривались как субъективные пользовательские оценки, не доказывающие клиническую эффективность лечения или факт нарушения медицинской этики.

Результаты и обсуждение

В исследуемую выборку вошли 100 врачей. Среди них женщины составили 57% (n = 57), мужчины — 43% (n = 43). Возраст врачей — от 26 до 86 лет. Стаж

профессиональной деятельности был указан у 92 врачей. Минимальный зарегистрированный стаж составил 2 года, максимальный — 62 года. Медианное значение — 28,5 года, среднее — около 26,6 года.

Полученный диапазон демонстрирует широкий разброс профессионального стажа в выборке. При этом продолжительность врачебного стажа сама по себе не может интерпретироваться как показатель качества коммуникации или удовлетворённости пациента. Профессиональная компетентность определяется совокупностью факторов, включая клинический опыт, последипломное обучение, актуальность знаний, коммуникативные навыки и способность к профессиональной рефлексии.

Анализ отзывов пациентов

В общем доступе зафиксировано не менее 2264 отзывов. Для части врачей приводилось конкретное количество отзывов, тогда как в отношении других специалистов указывались только качественные характеристики. Точное количество отрицательных отзывов по всей выборке определить невозможно вследствие неодинакового формата исходных данных.

Содержание отзывов позволило выделить основные характеристики, связанные с положительной и отрицательной оценкой врача.

К положительным характеристикам наиболее часто относились: внимательное отношение, способность выслушать пациента, корректность общения, доступное объяснение диагноза и лечения, ощущение индивидуального подхода, компетентность, спокойная и доброжелательная манера общения, готовность отвечать на вопросы пациента.

Отрицательные оценки чаще были связаны с: недостаточной продолжительностью консультации, ощущением недостаточного внимания, отсутствием подробного объяснения назначения лекарственных препаратов, несоответствием ожидаемого и полученного результата, организационными трудностями, стоимостью медицинской помощи, особенностями общения.

При интерпретации последней группы необходимо разделять оценку врача и оценку медицинской организации. Например, негативное мнение пациента о работе администратора, времени ожидания или стоимости приёма не является доказательством нарушения профессиональных обязанностей непосредственно врачом.

Врачи с наибольшей представленностью отзывов

Наибольшее документированное количество отзывов в исследуемой базе зарегистрировано у следующих специалистов.

Таблица 1

Врачи с наибольшим документированным количеством отзывов

Врач	**Количество отзывов**
Г. В. Шишов	170
А. Б. Грабежев	163
В. В. Кондря	109
М. С. Вербицкая	98
Н. Ю. Молоткова	93

Абсолютное количество отзывов не следует использовать как самостоятельный показатель профессионального качества. Высокое количество отзывов может быть обусловлено числом пациентов, длительностью присутствия специалиста на конкретной платформе, активностью пациентов, особенностями частной практики и цифровой узнаваемостью врача. Таким образом, врач, имеющий 170 отзывов, не может автоматически считаться более компетентным, чем специалист, имеющий 15 отзывов.

Обсуждение

Полученные результаты необходимо интерпретировать с учётом особенностей формирования исходной выборки. Анализировались специалисты, информация о которых представлена в открытых цифровых источниках. Поэтому результаты характеризуют прежде всего цифровую представленность врачей, а не структуру всей совокупности психиатров, психотерапевтов и наркологов Российской Федерации.

Это ограничение особенно важно при анализе количества отзывов. Систематический анализ инструментов оценки удовлетворённости психиатрической помощью выявил значительное разнообразие используемых методик и оцениваемых компонентов [20, с. 33]. Пациентская оценка может включать восприятие качества коммуникации, доступности информации, отношения медицинского персонала, организации помощи и субъективной эффективности лечения [20, с. 40; 23, с. 2500]. Терапевтический альянс и качество взаимодействия Терапевтический альянс представляет собой один из центральных компонентов психотерапевтического и психиатрического взаимодействия. Метааналитические исследования подтверждают устойчивую связь между качеством альянса и результатами лечения при различных формах психотерапии [12, с. 320; 13, с. 12; 16, с. 11]. Данная закономерность сохраняется и в отношении пациентов с психическими расстройствами, что подчёркивает необходимость целенаправленного формирования доверия и согласования целей лечения [10, с. 329].

Эмпатия является одним из значимых компонентов взаимодействия врач–пациент. Современные исследования свидетельствуют о существенной роли врачебной эмпатии в формировании положительного опыта медицинской помощи. Эмпатичное взаимодействие связано с удовлетворённостью пациентов, качеством коммуникации и восприятием профессиональной компетентности специалиста [25, с. 1027]. Важным компонентом такого взаимодействия является

способность врача распознавать эмоциональные и коммуникативные сигналы пациента и учитывать их при построении консультации [8, с. 100377].

Таким образом, эмпатия в профессиональной деятельности не должна пониматься как исключительно эмоциональная характеристика врача. Она включает способность распознавать эмоциональное состояние пациента, правильно реагировать на него и интегрировать полученную информацию в клинический процесс. Современная пациент-центрированная модель медицинской помощи предполагает предоставление пациенту понятной информации о состоянии здоровья, вариантах лечения и предполагаемых результатах, а также возможность участия в обсуждении лечебной тактики [17, с. 1090]. Такой подход особенно значим в психиатрии, где лечение во многих случаях имеет длительный характер и требует устойчивого сотрудничества между пациентом и врачом.

Понятие «сложного пациента» целесообразно рассматривать не как устойчивую характеристику личности, а как описание ситуации, в которой взаимодействие между пациентом и медицинским специалистом сопровождается повышенной коммуникативной или организационной нагрузкой [18, с. 795]. Возникновение подобных трудностей может быть связано с клиническими проявлениями заболевания, особенностями поведения пациента, эмоциональной реакцией врача и условиями оказания медицинской помощи.

Исследования отношений врач–пациент демонстрируют неоднородность ситуаций, которые медицинские работники воспринимают как сложные [14, с. 647; 15, с. 1]. Поэтому спорное поведение, повторное предъявление одних и тех же жалоб, выраженное недоверие или несогласие с рекомендациями не следует автоматически рассматривать как проявление сознательной оппозиции пациента. В психиатрической практике подобные особенности поведения могут быть связаны с психопатологической симптоматикой, тревогой, предшествующим негативным опытом лечения, особенностями личности или недостаточным пониманием медицинской информации.

Пациенты с многочисленными жалобами могут представлять сложность для организации медицинской помощи. Однако количество жалоб не должно использоваться как самостоятельный диагностический критерий.

Совместное принятие решений является одним из компонентов современной пациент-центрированной модели психиатрической помощи. Систематический анализ соответствующих интервенций у лиц с тяжёлыми психическими расстройствами демонстрирует перспективность данного подхода для повышения вовлечённости пациентов в лечебный процесс [24, с. 1288]. При этом совместное принятие решений не предполагает отказа врача от профессиональной ответственности, а предусматривает предоставление пациенту доступной информации и обсуждение возможных вариантов медицинской помощи с учётом клинической ситуации [11, с. 307].

Профессиональная деятельность врача должна сохранять этические стандарты независимо от особенностей поведения пациента. Недопустимыми являются: уничижительные характеристики пациента, демонстративное пренебрежение, обсуждение пациента в присутствии посторонних, нарушение конфиденциальности, использование диагноза как основания для неуважительного обращения, давление, не связанное с клинической необходимостью, необоснованное прекращение коммуникации. При этом наличие отрицательного отзыва не позволяет автоматически сделать вывод о нарушении медицинской этики. Для объективной оценки необходимы дополнительные данные: медицинская документация, обстоятельства приёма, сведения о предшествующем взаимодействии.

Стигматизация пациентовПроблема стигматизации является особенно значимой для психиатрии. В работах А.В. Голенкова и соавторов показано, что самостигматизация и дискриминация психически больных зависят от пола, возраста, образования и длительности болезни, а негативное отношение медицинских работников дополнительно усиливает самостигматизацию [1, с. 51; 2, с. 7]. Систематические исследования также демонстрируют наличие

стигматизирующих установок в отношении психических расстройств даже среди медицинских работников [19, с. 669; 22, с. 317]. Это создаёт риск того, что определённые особенности поведения пациента будут интерпретироваться как личностные недостатки вместо клинических проявлений. Для врача принципиально важно различать: описание поведения — «пациент неоднократно возвращается к одному и тому же вопросу», и оценочное описание — «пациент конфликтный и неадекватный». Первый вариант является клинически нейтральным и позволяет продолжить анализ ситуации. Второй создаёт риск стигматизации.

Национальная принадлежность не может рассматриваться как самостоятельный критерий качества взаимодействия или «сложности» пациента. Культурные различия могут влиять на представления о болезни, отношении к психиатрической помощи, роли семьи и ожиданиях от врача. Однако перенос этих особенностей на всех представителей определённой национальной группы является методологически необоснованным. В связи с этим в дальнейшем исследовании целесообразно оценивать не национальность как таковую, а конкретные социально-культурные факторы, которые непосредственно влияют на коммуникацию.

Заключение

Анализ отзывов показал, что положительная оценка врача чаще связана с внимательностью, эмпатией, доступностью объяснений, корректностью общения и ощущением индивидуального подхода. Отрицательная оценка чаще затрагивает недостаток внимания, особенности коммуникации, организационные трудности и несоответствие ожидаемого результата.

Современные научные данные подтверждают значимость терапевтического альянса, эмпатии, пациент-центрированной коммуникации и совместного принятия решений [12, с. 316; 17, с. 1090; 24, с. 1288; 25, с. 1027].

С этической точки зрения принципиально важными остаются: недопустимость стигматизации пациентов, различение клинически

нейтрального описания поведения и оценочных характеристик, а также разграничение оценки деятельности врача и оценки работы медицинской организации. Пациенты, воспринимаемые как конфликтные, подозрительные или предъявляющие многочисленные жалобы, требуют не упрощённой негативной характеристики, а комплексной оценки клинических, психологических и организационных факторов.

Количество интернет-отзывов и наличие отдельных отрицательных оценок не могут рассматриваться как самостоятельные показатели качества профессиональной деятельности врача.

Литература/ References:

1. Голенков, А.В. Стигматизация психически больных как этическая проблема современной психиатрии / А.В. Голенков // Правовые и этические проблемы психиатрической помощи : материалы научно-практической конференции, 30 ноября 2009 г. / под ред. В.С. Ястребова. Москва : Юстицинформ, 2009. С. 51–53.

2. Голенков, А.В. Самостигматизация и дискриминация психически больных / А.В. Голенков, А.А. Ронжин // Медицинская сестра. 2009. № 4. С. 7–10.

3. Голенков, А.В. Роль медицинского персонала в коррекции самостигматизации психически больных / А.В. Голенков, А.В. Аверин, В.В. Матюшкин // Главная медицинская сестра. 2009. № 8. С. 99–108.

4. Голенков, А.В. Постгомицидные самоубийства: описание 5 случаев / А.В. Голенков // Российский психиатрический журнал. 2017. № 2. С. 12–16.

5. Голенков, А.В. Распространенность и особенности постгомицидных суицидов на примере одного из регионов России / А.В. Голенков // Психическое здоровье. 2018. Т. 16, № 2. С. 9–13.

6. Голенков, А.В. Постгомицидные самоубийства в России / А.В. Голенков, Ф.В. Орлов, И.Е. Булыгина, Е.С. Деомидов // Суицидология. 2019. Т. 10, № 2. С. 32–41.

7. Сапожников, С.П. Биосоциальный и хронологический риск совершения самоубийств. Влияние алкоголя / С.П. Сапожников, В.А. Козлов, А.В. Голенков [и др.] // Наркология. 2016. Т. 15, № 1. С. 33–38.

8. Confort Campos, C.F. Physicians' attention to patients' communication cues can improve patient satisfaction with care and perception of physicians' empathy / C.F. Confort Campos, C.R. Olivo, M.A. Martins, P.Z. Tempski // Clinics. 2024. Vol. 79. — Art. 100377. DOI: 10.1016/j.clinsp.2024.100377.

9. da Costa, H. Determinants of therapeutic alliance with people with psychotic disorders: a systematic literature review / H. da Costa, B. Martin, N. Franck // The Journal of Nervous and Mental Disease. 2020. Vol. 208, № 4. P. 329–339. DOI: 10.1097/NMD.0000000000001125.

10. Fisher, A. Shared decision-making among people with problematic alcohol/other drug use and co-occurring mental health conditions: a systematic review / A. Fisher, K. Mills, M. Teesson, C. Marel // Drug and Alcohol Review. 2021. Vol. 40, № 2. P. 307–324. DOI: 10.1111/dar.13149.

11. Flückiger, C. The alliance in adult psychotherapy: a meta-analytic synthesis / C. Flückiger, A.C. Del Re, B.E. Wampold, A.O. Horvath // Psychotherapy. 2018. Vol. 55, № 4. P. 316–340. DOI: 10.1037/pst0000172.

12. Flückiger, C. How central is the alliance in psychotherapy? A multilevel longitudinal meta-analysis / C. Flückiger, A.C. Del Re, B.E. Wampold, D. Symonds, A.O. Horvath // Journal of Counseling Psychology. 2012. Vol. 59, № 1. P. 10–17. DOI: 10.1037/a0025749.

13. Hahn, S.R. The difficult doctor-patient relationship: somatization, personality and psychopathology / S.R. Hahn, K.S. Thompson, T.A. Wills, V. Stern, N.S. Budner // Journal of Clinical Epidemiology. — 1994. — Vol. 47, № 6. — P. 647–657. DOI: 10.1016/0895-4356(94)90212-7.

14. Hahn, S.R. The difficult patient: prevalence, psychopathology, and functional impairment / S.R. Hahn, K. Kroenke, R.L. Spitzer, D. Brody, J.B.W.

Williams, M. Linzer, F.V. deGruy // Journal of General Internal Medicine. 1996. Vol. 11, № 1. P. 1–8. DOI: 10.1007/BF02603477.

15. Horvath, A.O. Alliance in individual psychotherapy / A.O. Horvath, A.C. Del Re, C. Flückiger, D. Symonds // Psychotherapy. 2011. Vol. 48, № 1. P. 9–16. DOI: 10.1037/a0022186.

16. Kim, E.-J. Patients and healthcare providers' perspectives on patient experience factors and a model of patient-centered care communication: a systematic review / E.-J. Kim, Y.-R. Koo, I.-C. Nam // Healthcare. 2024. Vol. 12, № 11. Art. 1090. DOI: 10.3390/healthcare12111090.

17. Koekkoek, B. "Difficult patients" in mental health care: a review / B. Koekkoek, B. van Meijel, G. Hutschemaekers // Psychiatric Services. 2006. Vol. 57, № 6. — P. 795–802. DOI: 10.1176/ps.2006.57.6.795.

18. Lien, Y.-Y. Challenging mental illness stigma in healthcare professionals and students: a systematic review and network meta-analysis / Y.-Y. Lien, H.-S. Lin, Y.-J. Lien, C.-H. Tsai, T.-T. Wu, H. Li, Y.-K. Tu // Psychology & Health. 2021. Vol. 36, № 6. — P. 669–684. DOI: 10.1080/08870446.2020.1828413.

19. Miglietta, E. Scales for assessing patient satisfaction with mental health care: a systematic review / E. Miglietta, C. Belessiotis-Richards, M. Ruggeri, S. Priebe // Journal of Psychiatric Research. 2018. Vol. 100. P. 33–46. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2018.02.014.

20. Rojas Vistorte, A.O. Stigmatizing attitudes of primary care professionals towards people with mental disorders: a systematic review / A.O. Rojas Vistorte, W.S. Ribeiro, D. Jaen [et al.] // International Journal of Psychiatry in Medicine. 2018. Vol. 53, № 4. — P. 317–338. DOI: 10.1177/0091217418778620.

21. Sanchez-Balcells, S. Psychometric properties of instruments measuring quality and satisfaction in mental health: a systematic review / S. Sanchez-Balcells, M. Callarisa Roca, N. Rodriguez-Zunino, M. Puig-Llobet, M.T. Lluch-Canut, J.F. Roldan-Merino // Journal of Advanced Nursing. 2018. Vol. 74, № 11. P. 2497–2510. DOI: 10.1111/jan.13813.

22. Thomas, E.C. A systematic review of shared decision-making interventions for service users with serious mental illnesses: state of the science and future directions / E.C. Thomas, S. Ben-David, E. Treichler [et al.] // Psychiatric Services. 2021. Vol. 72, № 11. P. 1288–1300. DOI: 10.1176/appi.ps.202000429.

23. Zhang, X. Physician empathy in doctor-patient communication: a systematic review / X. Zhang, L. Li, Q. Zhang, L.H. Le, Y. Wu // Health Communication. 2024. Vol. 39, № 5. P. 1027–1037. DOI: 10.1080/10410236.2023.2201735.

ВЛИЯНИЕ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ НА ЧЕЛОВЕЧЕСКИЙ ОРГАНИЗМ: АКТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ АССОЦИИРОВАННЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Михайлова И. А.
Кафедра психиатрии и наркологии
ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Россия, г. Кемерово
Научный руководитель –А. А. Яковлева

Аннотация. В обзоре систематизированы современные данные о психических и поведенческих расстройствах, возникающих вследствие употребления различных групп психоактивных веществ (ПАВ). Проанализированы нейробиологические механизмы формирования зависимости, клинические особенности интоксикационных и абстинентных состояний, а также психотических расстройств, ассоциированных с традиционными и новыми психоактивными веществами (НПВ). Рассмотрены факторы риска, включая генетическую предрасположенность, коморбидные психические расстройства и социальные детерминанты. Акцент сделан на передовых методах терапевтического воздействия, включая инновационные медикаментозные схемы и такие дискуссионные направления, как применение ибогаина и психоделических субстанций. Доказана целесообразность внедрения

интегративных индивидуализированных протоколов ведения пациентов с аддиктивной патологией.

Ключевые слова: психоактивные вещества, новые психоактивные вещества, психические расстройства, зависимость, нейромедиаторы, психоз, терапия, профилактика.

THE IMPACT OF PSYCHOACTIVE SUBSTANCES ON THE HUMAN BODY: CURRENT ASPECTS OF DIAGNOSIS AND THERAPY OF ASSOCIATED MENTAL DISORDERS

Mikhailova I.A.
Department of Psychiatry and Narcology
Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo
Scientific supervisor –A. A. Yakovleva

Abstract. The review systematizes current data on mental and behavioral disorders resulting from the use of various groups of psychoactive substances (PAS). The neurobiological mechanisms of addiction formation, clinical features of intoxication and withdrawal states, as well as psychotic disorders associated with traditional and novel psychoactive substances (NPS) are analyzed. Risk factors, including genetic predisposition, comorbid mental disorders, and social determinants, are considered. The focus is placed on advanced therapeutic interventions**,** including innovative medication regimens and controversial approaches such as the use of ibogaine and psychedelic substances. The feasibility of implementing integrative, individualized management protocols for patients with addictive pathology has been demonstrated.

Keywords: psychoactive substances, novel psychoactive substances, mental disorders, addiction, neurotransmitters, psychosis, therapy, prevention.

Введение

Проблема употребления психоактивных веществ (ПАВ) является одной из наиболее острых медико-социальных проблем современности. Всемирная

организация здравоохранения констатирует, что миллионы людей в мире подвержены расстройствам вследствие употребления ПАВ. Данный фактор является триггером для существенного ухудшения здоровья, утраты социальных функций и раннего летального исхода. Традиционно к ПАВ относят алкоголь, опиоиды, каннабиноиды, психостимуляторы, галлюциногены и седативно-снотворные средства. При этом за последние два десятилетия зафиксирован интенсивный рост сегмента новых психоактивных веществ (НПВ). Данные соединения разрабатываются с целью воспроизведения эффектов традиционных наркотических средств при одновременном обходе правовых ограничений [1].

Актуальность изучения данной темы обусловлена несколькими факторами. Во-первых, наблюдается постоянное изменение «дизайна» НПВ, что затрудняет их своевременное выявление и правовое регулирование. Во-вторых, клиническая картина расстройств, вызванных НПВ, часто отличается от таковой при употреблении традиционных веществ, что требует пересмотра диагностических и терапевтических подходов [2]. Третьим фактором выступает высокая коморбидность: сочетание расстройств, вызванных употреблением ПАВ, с иными психическими патологиями (в частности, аффективного, тревожного и личностного спектра) существенно затрудняет терапевтический процесс [3].

Целью настоящего обзора является систематизация современных данных о психических и поведенческих расстройствах, обусловленных употреблением различных групп ПАВ, с акцентом на нейробиологические механизмы, клинические проявления и терапевтические стратегии.

Объекты и методы исследования

В работе использован метод аналитического обзора научной литературы. Поиск релевантных публикаций охватывал ключевые международные агрегаторы PubMed, Scopus и Web of Science, наряду с ведущими российскими электронными ресурсами (CyberLeninka и eLibrary). Ключевые слова для поиска: «психоактивные вещества», «новые психоактивные вещества», «психические

расстройства», «зависимость», «нейромедиаторы», «психоз», «терапия», «psychoactive substances», «novel psychoactive substances», «substance use disorder», «neurotransmitters», «psychosis», «addiction treatment». Ретроспективный анализ литературы фокусировался преимущественно на актуальных материалах за последние 5–10 лет, но не исключал обращение к классическим фундаментальным трудам более раннего периода. Всего проанализировано 29 источников, включая обзоры, мета-анализы, клинические исследования и клинические рекомендации.

Результаты и их обсуждение

1. Классификация психоактивных веществ

Систематизация психоактивных веществ осуществляется на основе различных критериев: источника получения (естественные, полусинтетические и искусственные), характера воздействия на ЦНС (стимулирующие, депрессивные, галлюциногенные), а также правового статуса (легальные и запрещенные). При этом для клинической медицины первостепенную роль играет классификация ПАВ по их фармакологическим свойствам и специфике провоцируемых ими патологий.

Среди традиционных ПАВ выделяют:

- **алкоголь** — наиболее распространённое ПАВ, оказывающее депрессантное действие на ЦНС;
- **опиоиды** (героин, морфин, синтетические опиоиды) — мощные анальгетики, вызывающие выраженную физическую зависимость;
- **каннабиноиды** (марихуана, гашиш) — психоактивные вещества с психотомиметическим и седативным действием;
- **психостимуляторы** (кокаин, амфетамины, метамфетамин) — повышающие активность ЦНС;
- **галлюциногены** (ЛСД, псилоцибин, мескалин) — изменяющие восприятие;

- **седативно-снотворные средства** (барбитураты, бензодиазепины) — угнетающие ЦНС.

В последние годы особую тревогу вызывает распространение **новых психоактивных веществ (НПВ)**, которые часто обозначают как «дизайнерские наркотики» или «легальные спайсы». НПВ включают синтетические каннабиноиды, синтетические катиноны, дизайнерские бензодиазепины, пиперазины, синтетические опиоиды (например, фентанил и его аналоги) и другие соединения [4]. Характерной особенностью НПВ является их высокая эффективность и способность вызывать тяжёлые интоксикации и психозы даже при однократном употреблении [5].

2. Нейробиологические механизмы действия ПАВ

В основе формирования зависимости и психотических расстройств лежит дисрегуляция нейромедиаторных систем мозга. Ключевую роль играют следующие системы:

Дофаминовая система. Дофамин является основным медиатором «системы вознаграждения». Общим свойством всех способных вызывать зависимость ПАВ признано их прямое либо косвенное влияние на рост концентрации дофамина в прилежащем ядре головного мозга. Данный нейрохимический процесс субъективно воспринимается потребителем как состояние эйфории. Хроническое употребление приводит к снижению чувствительности дофаминовых рецепторов (D2) и компенсаторному снижению синтеза дофамина, что лежит в основе абстинентного синдрома и ангедонии [6].

Серотониновая система. Серотонин (5-НТ) модулирует настроение, тревогу, импульсивность и агрессию. Психоделики (ЛСД, псилоцибин) действуют преимущественно как агонисты 5-НТ2А-рецепторов, вызывая глубокие перцептивные и когнитивные изменения [7]. Дисфункция серотониновой системы ассоциирована с депрессией, тревогой и суицидальным поведением, часто коморбидными с расстройствами, связанными с употреблением ПАВ.

ГАМК-ергическая система. ГАМК — основной тормозной нейромедиатор ЦНС. Алкоголь, бензодиазепины и барбитураты усиливают ГАМК-ергическое торможение, что объясняет их седативное, анксиолитическое и противосудорожное действие. Хроническое употребление этих веществ вызывает снижение плотности ГАМК А-рецепторов и нарушение их субъединичного состава, что проявляется гипервозбудимостью и тревогой в период абстиненции [8].

Глутаматергическая система. Глутамат — основной возбуждающий нейромедиатор. Дисбаланс между глутаматергической и ГАМК-ергической передачей лежит в основе многих психопатологических состояний. Кетамин, антагонист NMDA-рецепторов, оказывает быстрое антидепрессивное действие, что открывает новые перспективы в терапии резистентной депрессии [9].

Эндоканнабиноидная система. Эндоканнабиноиды (анандамид, 2-арахидоноилглицерол) модулируют синаптическую пластичность, эмоции, аппетит и боль. Синтетические каннабиноиды, входящие в состав НПВ, являются мощными агонистами каннабиноидных рецепторов CB1 и CB2, что объясняет их выраженное психотомиметическое действие и высокий риск психоза [10].

Опиоидная система. Эндогенные опиоиды (эндорфины, энкефалины) регулируют боль, настроение и стресс. Опиоидные рецепторы (μ, κ, δ) являются мишенями для героина и синтетических опиоидов. Активация μ-рецепторов вызывает эйфорию и анальгезию, но также формирует быстрое привыкание и физическую зависимость [11].

3. Клинические проявления расстройств, связанных с употреблением ПАВ

3.1. Интоксикационные состояния

Характер и выраженность симптомов острой интоксикации детерминированы спецификой конкретного ПАВ, его дозировкой, способом наркотизации, а также индивидуальной реактивностью организма пациента.

Общими признаками являются изменения сознания, настроения, восприятия, мышления и поведения.

- **Алкогольная интоксикация** характеризуется эйфорией, снижением критики, нарушением координации, дизартрией. В тяжёлых случаях развивается кома с угнетением дыхания.
- **Опиоидная интоксикация** проявляется миозом, угнетением дыхания, брадикардией, гипотермией, эйфорией, сменяющейся сонливостью.
- **Психостимуляторная интоксикация** сопровождается гипервозбуждением, тахикардией, гипертермией, расширением зрачков, тревогой, параноидными идеями.
- **Каннабиноидная интоксикация** проявляется эйфорией, расторможенностью, нарушением восприятия времени, гиперемией склер, повышением аппетита.
- **Галлюциногенная интоксикация** характеризуется зрительными и слуховыми галлюцинациями, синестезиями, изменением схемы тела, паническими реакциями.

Особую опасность представляют НПВ, которые могут вызывать **«spiceophrenia»** — психотическое состояние, напоминающее шизофрению, с преобладанием зрительных галлюцинаций (73–84%), ажитации (79–91%) и тревоги (62–76%) [12]. Вероятность развития психотических расстройств на фоне приема синтетических каннабиноидов превышает аналогичный показатель для традиционного каннабиса в 4,4–5,2 раза [13].

3.2. Абстинентные состояния

Абстинентный синдром (синдром отмены) развивается при прекращении или резком снижении употребления ПАВ у лиц с сформированной физической зависимостью. Выраженность и длительность абстиненции зависят от типа вещества и длительности употребления.

- **Алкогольный абстинентный синдром** проявляется тремором, гипергидрозом, тахикардией, гипертензией, тревогой, бессонницей, тошнотой, судорогами. В тяжёлых случаях развивается делирий («белая горячка»).
- **Опиоидный абстинентный синдром** характеризуется мидриазом, слезотечением, насморком, чиханием, мышечными болями («ломкой»), диареей, рвотой, бессонницей. Хотя абстиненция при опиоидной зависимости редко угрожает жизни, она крайне тяжело переносится пациентами.
- **Бензодиазепиновый абстинентный синдром** может быть опасен для жизни, проявляясь тревогой, бессонницей, тремором, судорогами, делирием.
- **Психостимуляторный абстинентный синдром** («crash») проявляется депрессией, апатией, гиперсомнией, гиперфагией, ангедонией [14].

3.3. Психотические расстройства

Психозы, связанные с употреблением ПАВ, могут быть острыми (интоксикационными) и хроническими. Острые психозы часто развиваются на фоне интоксикации или абстиненции и характеризуются галлюцинациями, бредом, психомоторным возбуждением. Хронические психозы могут формироваться при длительном употреблении каннабиноидов, психостимуляторов и НПВ [15].

Синтетические катиноны (например, «соли для ванн») вызывают психозы с экстремальной ажитацией (81–94%) и стереотипным поведением (47–63%) [16]. Дизайнерские бензодиазепины, часто используемые в сочетании с опиоидами, увеличивают риск передозировки и смерти [17].

4. Факторы риска и коморбидность

Формирование расстройств, связанных с употреблением ПАВ, определяется взаимодействием биологических, психологических и социальных факторов.

Генетическая предрасположенность. Исследования близнецов и семейные исследования свидетельствуют о наследуемости зависимости от ПАВ (коэффициент наследуемости 40–70%). Полиморфизмы генов, кодирующих

дофаминовые, серотониновые и опиоидные рецепторы, а также ферменты метаболизма (например, ALDH2, CYP2D6), модулируют индивидуальную чувствительность к ПАВ [18].

Коморбидные психические расстройства. Синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) является значимым фактором риска начала употребления и развития зависимости. Распространённость СДВГ среди лиц с зависимостью от ПАВ составляет 38.1% [19]. Также высока коморбидность с аффективными (депрессия, биполярное расстройство), тревожными и личностными расстройствами.

Социальные факторы. Доступность ПАВ, социально-экономическое неблагополучие, семейная дисфункция, влияние сверстников, травматический опыт (особенно в детстве) повышают риск злоупотребления [20].

5. Современные подходы к терапии

Лечение расстройств, связанных с употреблением ПАВ, должно быть комплексным и персонализированным, включая фармакотерапию, психотерапию и социальную реабилитацию.

5.1. Фармакотерапия

- **Детоксикация и купирование абстиненции.** При опиоидной абстиненции используются агонисты α2-адренорецепторов (клонидин, лофексидин), а также симптоматические средства. При алкогольной абстиненции — бензодиазепины (диазепам, лоразепам), тиамин, магнезия.
- **Противорецидивная терапия.** Для лечения опиоидной зависимости применяются метадон, бупренорфин, налтрексон. Для алкогольной зависимости — налтрексон, акампросат, дисульфирам.
- **Антипсихотики.** При психотических расстройствах, вызванных ПАВ, используются атипичные антипсихотики (рисперидон, оланзапин, кветиапин, арипипразол). Арипипразол показал эффективность при психотических симптомах и коморбидных расстройствах, связанных с

употреблением ПАВ [21]. Клозапин эффективен для профилактики рецидивов, но требует мониторинга лейкоцитарной формулы.

- **Антидепрессанты.** При коморбидной депрессии назначаются СИОЗС, СИОЗСН, миртазапин, миансерин.
- **Нормотимики.** Соли лития, вальпроаты, ламотриджин используются при аффективных колебаниях и импульсивности.

5.2. Психотерапия

Наибольшую доказательную базу имеют когнитивно-поведенческая терапия (КПТ), мотивационное интервьюирование, диалектическая поведенческая терапия, семейная терапия. КПТ показала наибольшую эффективность при бензодиазепиновой зависимости [22].

5.3. Перспективные направления

- **Ибогаин.** Систематический обзор показал, что ибогаин может снижать симптомы отмены и влечение при опиоидной зависимости, а также уменьшать депрессивные и травма-связанные симптомы. Однако сообщается о серьёзных кардио- и нейротоксических осложнениях, включая летальные исходы [23].
- **Психоделики.** ЛСД, псилоцибин, MDMA демонстрируют терапевтический потенциал при депрессии, тревожных расстройствах и ПТСР. MDMA эффективен при посттравматическом стрессовом расстройстве. Кетамин быстро облегчает депрессивные симптомы при резистентной депрессии [24].
- **Каннабидиол (КБД).** Эффективен для улучшения позитивных симптомов и общей психопатологии при психотических расстройствах [25].
- **Модафинил.** Показал эффективность при когнитивных симптомах, моторном и эмоциональном функционировании при психозах [26].

6. Профилактика и правовые аспекты

Профилактика расстройств, связанных с ПАВ, включает первичную (предотвращение начала употребления), вторичную (раннее выявление и лечение) и третичную (реабилитация и предотвращение рецидивов).

Эффективные программы профилактики должны быть основаны на научно обоснованных подходах и учитывать возрастные, культурные и социальные особенности целевых групп.

Правовое регулирование ПАВ остаётся дискуссионным. Доминировавший почти 70 лет курс на жесткие запреты сегодня все чаще критикуют. Опыт показал, что эта стратегия не работает и лишь усугубляет ситуацию: от нее страдают права человека, общественное здоровье и социальные связи в обществе [27]. Предлагается парадигма «умного регулирования», которая принимает немедицинское использование психоактивных веществ, регулирует доступность в зависимости от вредности, защищает несовершеннолетних и использует экономические инструменты [28]. Опыт Ирландии, где закрытие «head shops» привело к снижению вреда здоровью, сокращению связанных с НПВ случаев лечения зависимости и снижению госпитализаций, подтверждает эффективность ограничительных мер [29].

Заключение

Психические и поведенческие расстройства, обусловленные употреблением ПАВ, представляют собой гетерогенную группу состояний, в патогенезе которых ключевую роль играет дисрегуляция нейромедиаторных систем мозга. Современные исследования подтверждают необходимость комплексного, персонализированного подхода к диагностике и лечению, учитывающего тип употребляемого вещества, клиническую картину, коморбидные расстройства и индивидуальные особенности пациента. Приоритеты будущих исследований лежат в плоскости разработки инновационных схем медикаментозного лечения. В их число входит внедрение средств, модулирующих глутаматергическую систему, противовоспалительных агентов и психоделиков. Параллельно необходимо развивать подходы к индивидуализации терапии на основе валидированных биомаркеров. Профилактические программы должны сочетать научно обоснованные меры с учётом социальных и культурных контекстов.

Литература/ References:

1. Peacock A, Bruno R, Gisev N, et al. New psychoactive substances: challenges for drug surveillance, control, and public health responses. Lancet. 2019;394(10209):1668-1684. DOI: 10.1016/S0140-6736(19)32231-7.

2. Tracy DK, Wood DM, Baumeister D. Novel psychoactive substances: identifying and managing acute and chronic harms. BJPsych Advances. 2017;23(3):161-171. DOI: 10.1192/apt.bp.116.015974.

3. Hunt GE, Malhi GS, Cleary M, et al. Comorbidity of bipolar and substance use disorders in national surveys of general populations, 1990-2015: systematic review and meta-analysis. Journal of Affective Disorders. 2016;206:321-330. DOI: 10.1016/j.jad.2016.08.019.

4. United Nations Office on Drugs and Crime. World Drug Report 2023. Vienna: UNODC; 2023.

5. Zawilska JB, Wojcieszak J. Novel psychoactive substances: classification, pharmacology and toxicology. Pharmacological Reports. 2017;69(1):1-12. DOI: 10.1016/j.pharep.2016.08.005.

6. Volkow ND, Morales M. The brain on drugs: from reward to addiction. Cell. 2015;162(4):712-725. DOI: 10.1016/j.cell.2015.07.046.

7. Nichols DE. Psychedelics. Pharmacological Reviews. 2016;68(2):264-355. DOI: 10.1124/pr.115.011478.

8. Kumar S, Porcu P, Werner DF, et al. The role of GABA_A receptors in the acute and chronic effects of ethanol: a decade of progress. Psychopharmacology. 2009;205(4):529-564. DOI: 10.1007/s00213-009-1562-z.

9. Berman RM, Cappiello A, Anand A, et al. Antidepressant effects of ketamine in depressed patients. Biological Psychiatry. 2000;47(4):351-354. DOI: 10.1016/S0006-3223(99)00230-9.

10. Pertwee RG. The pharmacology of cannabinoid receptors and their ligands. International Journal of Obesity. 2006;30(Suppl 1):S13-S18. DOI: 10.1038/sj.ijo.0803272.

11. Pasternak GW. Pharmacological mechanisms of opioid analgesics. Clinical Neuropharmacology. 1993;16(1):1-18. DOI: 10.1097/00002826-199302000-00001.

12. Hobbs M, Kalk NJ, Morrison C, et al. Novel psychoactive substances: a review of the literature on the clinical presentation and management of acute toxicity. Journal of Psychopharmacology. 2018;32(5):485-497. DOI: 10.1177/0269881118760665.

13. Petrilli K, Ofori S, Hines L, et al. Association of cannabis potency with mental ill health and addiction: a systematic review. Lancet Psychiatry. 2022;9(9):736-750. DOI: 10.1016/S2215-0366(22)00161-4.

14. McGregor C, Srisurapanont M, Jittiwutikarn J, et al. The nature, time course and severity of methamphetamine withdrawal. Addiction. 2005;100(9):1320-1329. DOI: 10.1111/j.1360-0443.2005.01160.x.

15. Curran HV, Morgan CJA, Campbell J, et al. Cannabis and psychosis: a review of the evidence. Drug Science, Policy and Law. 2016;2:1-12. DOI: 10.1177/2050324516638960.

16. Penders TM, Gestring RE, Vilensky DA. Intoxication delirium following use of synthetic cathinone derivatives. American Journal of Drug and Alcohol Abuse. 2012;38(6):616-617. DOI: 10.3109/00952990.2012.694535.

17. Høiseth G, Berg T, Aamo TO, et al. Designer benzodiazepines: a review of the literature. Journal of Analytical Toxicology. 2019;43(2):87-95. DOI: 10.1093/jat/bky058.

18. Goldman D, Oroszi G, Ducci F. The genetics of addictions: uncovering the genes. Nature Reviews Genetics. 2005;6(7):521-532. DOI: 10.1038/nrg1635.

19. van Emmerik-van Oortmerssen K, van de Glind G, van den Brink W, et al. Prevalence of attention-deficit hyperactivity disorder in substance use disorder

patients: a meta-analysis and meta-regression analysis. Drug and Alcohol Dependence. 2012;122(1-2):11-19. DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2011.12.007.

20. Dube SR, Felitti VJ, Dong M, et al. Childhood abuse, neglect, and household dysfunction and the risk of illicit drug use: the Adverse Childhood Experiences Study. Pediatrics. 2003;111(3):564-572. DOI: 10.1542/peds.111.3.564.

21. Rubio G, Jiménez-Arriero MA, Ponce G, et al. Aripiprazole versus placebo in the treatment of cocaine dependence: a randomized clinical trial. Journal of Clinical Psychiatry. 2016;77(2):e164-e170. DOI: 10.4088/JCP.14m09478.

22. Denis C, Fatséas M, Lavie E, Auriacombe M. Pharmacological interventions for benzodiazepine mono-dependence management in outpatient settings. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2006;(3):CD005194. DOI: 10.1002/14651858.CD005194.pub2.

23. Köck P, Froelich K, Walter M, et al. A systematic review of ibogaine in the treatment of substance dependence. Journal of Psychoactive Drugs. 2020;52(2):117-129. DOI: 10.1080/02791072.2020.1723786.

24. Mithoefer MC, Feduccia AA, Jerome L, et al. MDMA-assisted psychotherapy for treatment of PTSD: study design and rationale for phase 3 trials based on pooled analysis of six phase 2 randomized controlled trials. Psychopharmacology. 2019;236(9):2735-2745. DOI: 10.1007/s00213-019-05249-5.

25. McGuire P, Robson P, Cubala WJ, et al. Cannabidiol (CBD) as an adjunctive therapy in schizophrenia: a multicenter randomized controlled trial. American Journal of Psychiatry. 2018;175(3):225-231. DOI: 10.1176/appi.ajp.2017.17030325.

26. Turner DC, Clark L, Dowson J, et al. Modafinil improves cognition and response inhibition in adult attention-deficit/hyperactivity disorder. Biological Psychiatry. 2004;55(10):1031-1040. DOI: 10.1016/j.biopsych.2004.02.009.

27. Csete J, Kamarulzaman A, Kazatchkine M, et al. Public health and international drug policy. Lancet. 2016;387(10026):1427-1480. DOI: 10.1016/S0140-6736(16)00619-X.

28. Caulkins JP, Kilmer B, Kleiman MAR. Marijuana Legalization: What Everyone Needs to Know. 2nd ed. New York: Oxford University Press; 2016.

29. Smyth BP, Lyons S, Cullen W. Decline in new psychoactive substance use in Ireland following legislative changes. Irish Journal of Medical Science. 2017;186(4):871-875. DOI: 10.1007/s11845-017-1592-1.

КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ И НЕАДАПТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ВЗРОСЛЫХ ДЕТЕЙ АЛКОГОЛИКОВ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Наймушина А. Г., Семенец Е. С.
Кафедра медицинской профилактики и реабилитации
ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Россия, г. Тюмень

Аннотация. Рассмотрен клинический случай тревожно-депрессивного состоянии с выраженной соматизацией на фоне взросления в дисфункциональной семье у женщины 46 лет, находящейся в длительной терапии (психологический феномен «взрослые дети алкоголиков»). Стратификация факторов риска (ФР) позволила определить ассоциации класса I для ФР депрессивных расстройств: сексуальная дисфункция, физическое насилие в детстве, напряжение на рабочем месте.

Ключевые слова: Взрослые дети алкоголиков, стратификация факторов риска, депрессивные расстройства.

CLINICAL ASSESSMENT OF RISK FACTORS FOR THE DEVELOPMENT OF MENTAL DISORDERS AND MALADAPTIVE BEHAVIOR IN ADULT CHILDREN OF ALCOHOLICS (CLINICAL CASE)

Naimushina A. G., Semenets E. S.

Department of Medical Prevention and Rehabilitation
Tyumen State Medical University, Tyumen, Russian Federation

Abstract. A clinical case of an anxiety-depressive state with pronounced somatization, occurring against the background of growing up in a dysfunctional family, was examined in a 46-year-old woman undergoing long-term therapy (the psychological phenomenon of “adult children of alcoholics”). Stratification of risk factors (RFs) made it possible to identify class I associations for RFs of depressive disorders: sexual dysfunction, physical abuse in childhood, and workplace stress.

Keywords: Adult children of alcoholics, risk factor stratification, depressive disorders.

Клиническая оценка значимости модифицируемых факторов риска (ФР) развития заболеваний в глобальном популяционном исследовании PRISMA не дала ответа на вопрос: «Сколько было бы предотвращено психических и поведенческих расстройств (ПиПР), если бы мы смогли изменить или полностью убрать влияние этих ФР на жизнь и здоровье человека?» [6].

Хотя генетическая предрасположенность к возникновению ПиПР очевидна, она объясняет лишь небольшую часть фенотипической вариации этой связи у лиц с первой или второй степенью родства, в частности у пациентов с шизофренией [7].

Напротив, две ассоциации класса II, которые включали: употребление каннабиса (RR = 3,84, 95% CI 2,34-6,29) и детские невзгоды (RR = 2,57, 95% CI 1,94-3,40) оказались значимыми для предотвращения шизофрении с прогрессивным снижением риска развития заболевания при устранении этих ФР [5,10].

Пять ассоциаций класса I для пяти ФР депрессивных расстройств включали: сексуальную дисфункцию (RR = 2,49, 95% ДИ недоступно), четыре или пять метаболических ФР (RR = 1,98, 95% ДИ 1,56–2,53), физическое насилие

в детстве (RR = 1,89, 95% ДИ 1,70–2,09), напряжение на рабочем месте (RR = 1,73, 95% ДИ 1,44–2,06) и ожирение (RR = 1,33, 95% ДИ 1,20–1,47). Три ассоциации II класса включали: сексуальное насилие в детстве (RR = 2,31, 95% CI 1,72-3,10) и три метаболических ФР (RR = 1,93, 95% CI 1,57-2,37) в качестве ФР депрессивных расстройств и нарушения сна как ФР депрессивных расстройств в пожилом возрасте (RR = 1,92, 95% CI 1,59-2,33). PAF ассоциаций депрессивных расстройств составил 17,88% (95% ДИ = неисчислимо) с напряжением на рабочем месте, 13,40% (95% ДИ = 7,75–20,15) при сексуальном насилии в детстве, 10,0% (95% ДИ = 5,62–15,95) с тремя метаболическими факторами риска, 6,60% (95% ДИ = 5,30–8,01) при физическом насилии в детстве, 4,69% (95% ДИ = 2,26–9,24) с четырьмя или пятью факторами метаболического риска и 2,64% (95% ДИ = 1,63–3,74) при ожирении.

Анализ GIF показал, что напряжение на работе должно быть уменьшено на 56%, или сексуальное насилие в детстве на 75% или наличие трех метаболических ФР на 100% для предотвращения 10% депрессивных расстройств. Не ассоциированы с ФР класса I-II невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства, поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами, расстройства личности и поведения взрослого человека, умственная отсталость [10].

В отношении факторов риска развития психических расстройств и неадаптивного поведения у взрослых детей алкоголиков (ВДА) подобных исследований не проводилось, и, как нам показалось – все рассуждения были сведены к специфическим трудностям адаптации, созависимому поведению, риску формированию алкогольной зависимости и тревожно-депрессивных расстройств у ВДА [8].

Именно развитию созависимых отношений при различных вариантах неадаптивного поведения у ВДА и лиц с алкогольной зависимостью посвящены работы последнего десятилетия [1,3,4].

Как считают авторы большинства исследований феномена созависимого поведения основным фактором развития этого состояния является физическое и эмоциональное насилие в дисфункциональной семье, в том числе у лиц с алкогольной зависимостью и ВДА [1,9].

Цель нашего исследования состояла в оценке значимости факторов риска тревожно-депрессивного состояния у женщины, выросшей в дисфункциональной семье.

Результаты исследования

На интервизию представлен клинический случай психологического сопровождения в интегративном подходе женщины 46 лет с подтвержденным диагнозом «Генерализованное тревожное расстройство». В интерпретации психолога пребывает в тревожно-депрессивном состоянии с выраженной соматизацией на фоне взросления в дисфункциональной семье. Клиентка обратилась за помощью с симптомами: частые «панические состояния», нарушение сна, потеря аппетита, ломота в руках, утрата интереса к жизни. Суицидальных попыток не было, но высказывание «Я не хочу жить» звучало на сессиях 3 раза. Наблюдалась у терапевта, психиатра, невролога. Направлена на консультацию к психологу гинекологом в 2020 году и находится в терапии по настоящее время.

Семейный анамнез

1. Мать: артериальная гипертензия, аритмия, кардиостимулятор, гистероовариоэктомия, мастэктомия.
2. Отец: алкоголизм (выпивал с молодости, в браке пил с друзьями), инсульт 2011 году.
3. Сестра: возможно краниовертебральная аномалия развития.
4. Дед по отцовской линии: нет информации. Дед по линии матери: сердечная недостаточность.
5. Бабушка по отцовской линии: шизофрения, мания преследования. Бабушка по линии матери: ревматизм.

Биографический анамнез и значимые воспоминания. Родилась в семье, где мать забеременела для того, чтобы удержать мужчину. Воспоминания о раннем детстве: частые ангины, страх насекомых, в 4 года часто оставалась одна, любила раскрашивать рисунки, отец покупал пластилин и карандаши. Отец употреблял алкоголь, уходя «в запои», но при этом был на «хорошем счету» на работе. Помнит ежедневные скандалы и то, что мать изменяла отцу. Мать не занималась дочерью и периодически увозила её к бабушке. Из воспоминаний клиентки: «В 4 года ездили в Геленджик с маминым любовником, был сильный стресс от увиденного и мальчишки меня свесили с балкона вниз головой с 7 этажа, а мать была в соседней комнате с ним. Помню… как бабуля рвала фотки после этой поездки и орала на мать!». В 5 лет переехала к бабушке, с которой они играли в лото и домино, ездили в деревню. С бабушкой жила с 5 до 9 лет, и с 10 до 12 лет. В школу пошла раньше 6 лет по своему страстному желанию, быстро адаптировалась, была лидером, хотела стать учителем. Подростковый кризис: хотела уйти из дома, курила, провоцировалась ежедневные ссоры с матерью, часто вспоминает пьяного отца и свою заботу о сестре в отсутствие матери. Изначально хотела быть переводчиком или поступить в ФСБ, но родители были против такого решения. В 10 классе планировала поступить на экономический факультет, в 11 классе передумала и подала документы на юридической. Работала юристом в разных организациях, затем переучилась на закупщика, получила второе высшее образование по специальности «Нефтегазовое дело». По словам клиентки, на работе все настроены против неё и стараются «подложить ей свинью», своего непосредственного руководителя она ужасно боится и описывает этот страх так: «Он такой сильный, что всё тело холодеет, а руки становятся влажными». Кроме того, она также ощущает свою вину, думая, что, возможно, делает недостаточно, раз начальник так к ней относится. Также она испытывает постоянное чувство страха быть уволенной или услышать что-то негативное в свой адрес. В настоящее время говорит о том, что несмотря на

достижения в профессии хочет развивать свой бизнес, сожалеет о потраченном времени и жизни для других.

В браке родила дочь. Дочь спала с клиенткой в одной кровати до 11 лет, так как было трудно переселить её в отдельную комнату, поскольку женщина считала, что будет виновата, если сделает это, до 13 лет дочь боялась ездить на лифте и её сопровождали няня или бабушка. Клиентка начала строить карьеру, когда дочери исполнился год, часто задерживалась на работе до позднего вечера. Все хозяйственные дела лежали на ней, даже когда дочь подросла. Примечательно, что при её высоком доходе она могла бы позволить себе домработницу. Однако в её сознании существует интроект: «А что подумают мама и свекровь, если я найму помощницу?». Муж клиентки употребляет алкоголь, и она пытается всеми возможными способами повлиять на него, чтобы он согласился на кодирование. При этом клиентка винит себя, и постоянно говорит о том, что: «Значит, я сделала недостаточно или плохо старалась», «Он пьет из-за меня, значит, я его чем-то не устраиваю, и поэтому я плохая!».

Планы на 5–20 лет: путешествия, бизнес, счастливый брак, возможно забота о внуках и благотворительность.

Первичная клиническая гипотеза терапии – не сформулирована. К осени 2020 года (начало психологического вмешательства) диагноз не был установлен. Для клиентки это означало: постоянную неопределённость; отсутствие понятного прогноза; многократные повторения обследований и смену медикаментозного лечения; ощущение, что её не слышат и не могут помочь; усугубление её тревожного состояния и развитие панических атак; суицидальные мысли как реакции на хроническую боль и беспомощность.

Цели психологического сопровождения: восстановить целостность «Я» и повысить качество жизни со снижением тревожности и симптомов депрессивного расстройства в совместном ведении клиента с психиатром.

Психологическая концептуализация случая в интегративном подходе (гештальт-терапия, Арт-терапия, EMDR).

Этапы психологического консультирования построены на изменении культуры отношения к собственной жизни с восстановлением чувств клиента. При установлении первых контактов ощущения психолога-консультанта: «В кабинет зашла женщина, села в кресло. Мое первое ощущение было, что она глубоко несчастна. Она осторожно зашла, глазами проверяя реакцию, скромно разделась, села в кресло, скрестила руки между собой в области запястий, грудная клетка стала впалой, ноги подняты на пальцах и напряженны. Мне показалось, что ко мне пришла маленькая девочка, хотя визуально женщина выглядела на свой возраст, она была одета в пальто, классический костюм, волосы тщательно уложены, украшения известной марки. Примерно до середины 2024 года использована терапия, основанная на сострадании и принятии. «Об моё принятие она училась быть собой, знакомиться со своими чувствами и дифференцировать их» – рассказывает на интервизии психолог-консультант.

В начале терапии фокус был направлен на стабилизацию состояния и снижение острой тревожной и соматической симптоматики. Затем концентрация сместилась на осознавание телесных сигналов и их связь с эмоциональными триггерами. По мере укрепления терапевтического альянса акцент перешёл на работу с интроектами («будь идеальной», «не чувствуй», «не доверяй») и паттернами созависимости, лежащими в основе ВДА-синдрома. После этого фокус углубился в переработку ранней травмы привязанности с использованием EMDR-протоколов, что позволило нейтрализовать ключевые дезадаптивные убеждения. В последние годы концентрация сместилась на восстановление целостности «Я»: легализацию собственных чувств, выстраивание границ и формирование новой идентичности вне ролей «спасателя» и «жертвы». Таким образом, фокус терапии последовательно перемещался от симптома к личности, от внешнего контроля к внутреннему доверию, от прошлого к настоящему, что отражает интегративный характер работы и её глубинную направленность на устойчивую адаптацию.

По ходу работы складывалась более ясная картина о проявлениях и паттернах поведения клиента: нарушение привязанности; низкая самооценка; не дифференцированные чувства; размытые границы; выбор партнера, напоминающего отца; фантазии о счастливой семье; безжалостное осуждение себя;не умение веселиться; инфантильность; недоверие к людям и в целом к миру; большое желания получить одобрения. Клиентка до конца не осознает, что алкоголизм – это болезнь.

Несмотря на продолжающийся психологический стресс, клиентка продолжает учиться выдерживать свои переживания, и мы наблюдаем положительную динамику не только в отношении самооценки, но и в уменьшении соматических симптомов. Значительно уменьшились парастезии, приступы лицевой боли и мигрени возникают только при сильном эмоциональном напряжении. Суицидальные мысли не посещали женщину с 2024 года. За время терапии клиентка восстановила свою профессиональную продуктивность за счёт стабилизации цикла «сон-бодрствование» и налаживания коммуникации в коллективе. Обретая внутреннюю опору и создавая личное пространство, постепенно от сессии к сессии, клиентка научилась аргументировать свои отказы и отстаивать личные интересы как в отношениях с мамой и дочерью, так и с непосредственным руководителем.

Заключение по результатам интервизии

Оценка факторов риска: по генетическим ФР обращает внимание наличие шизофрении (шизотипического расстройства) у бабушки по линии отца и пограничное расстройство личности (уточню какое по МКБ-10) у матери. При изучении анамнеза определены ассоциации класса I для ФР депрессивных расстройств: сексуальная дисфункция (RR = 2,49, 95% ДИ недоступно), физическое насилие в детстве (RR = 1,89, 95% ДИ 1,70–2,09), напряжение на рабочем месте (RR = 1,73, 95% ДИ 1,44–2,06). Перспективным направлением реабилитации клиники и новыми терапевтическими мишенями должны стать: уменьшение напряжения на рабочем месте и сексуальная дисфункция.

Первичный диагноз может быть рассмотрен как комплексное ПТСР, а не нарушение адаптации ВДА.

Литература/ References:

1. Ермаков, П. Н. Ретроспективный анализ феномена «созависимое поведение» / П. Н. Ермаков, А. М. Кукуляр, А. С. Коленова // Мир науки. 2018. Т. 6, № 5. С. 19. EDN VRIPAS.

2. Ершова, Р. В. К проблеме концептуализации феномена созависимости в психологии / Р. В. Ершова, А. В. Соколова // Вестник Вятского государственного университета. 2023. № 1(147). С. 110-119. DOI 10.25730/VSU.7606.23.011. EDN IANRQO.

3. Стряпухина, Ю. В. Проблема созависимости в современных психологических исследованиях / Ю. В. Стряпухина, С. Т. Посохова // СибСкрипт. 2025. Т. 27, № 2(108). С. 247-266. DOI 10.21603/sibscript-2025-27-2-247-266. EDN BYYSKJ.

4. Чернобровкина, Т. В. Созависимость - реактивное состояние или заболевание? Краткий анализ современных воззрений на феномен созависимости / Т. В. Чернобровкина // Психическое здоровье. 2009. Т. 7, № 4(35). С. 57-73. EDN NTYCNX.

5. Childhood trauma and adult mental disorder: A systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies / M. T. McKay, M. Cannon, D. Chambers et al. // Acta Psychiatr Scand. 2021. Vol. 143(3). Pp.189-205. – doi: 10.1111/acps.13268.

6. Global population attributable fraction of potentially modifiable risk factors for mental disorders: a meta-umbrella systematic review / E. Dragioti, J. Radua, M. Solmi et al. // Mol Psychiatry. 2022. Vol. 27(8). Pp. 3510-3519. doi: 10.1038/s41380-022-01586-8.

7. Gottesman, I. I. Family and twin strategies as a head start in defining prodromes and endophenotypes for hypothetical early-interventions in schizophrenia /

I. I. Gottesman, L. Erlenmeyer-Kimling // Schizophr Res. 2001. Vol. 51(1). – Pp. 93-102. – doi: 10.1016/s0920-9964(01)00245-6.

8. Larsen, A.K.K. «If I Don't Take Care of Him Then Who Will?» Caregiving Through the Eyes of Adult Offspring of Patients Hospitalized with Alcohol-Related Liver Disease / A. K. K. Larsen, G. Askgaard, J. C. Grew // Nordisk Alkohol Nark. 2026. Vol. 43(2). – Pp. 181-197. – doi: 10.1177/14550725251412684. PMID: 41536649; PMCID: PMC12795726.

9. Molina, E. Co-Dependency Revisited: An Integrative Review of Conceptualisations and Mental Health Outcomes / E. Molina, A. Taiwo, B. Grey // Clin. Psychol. Psychother. 2026. Vol. 33(2):e70265. DOI: 10.1002/cpp.70265. PMID: 41958380; PMCID: PMC13067074.

10. Rosenfield, P. J. Childhood adversity and psychotic disorders: Epidemiological evidence, theoretical models and clinical considerations / P. J. Rosenfield, D. Jiang, L. Pauselli // Schizophr Res. 2022. Vol. 247. Pp. 55-66. doi: 10.1016/j.schres.2021.06.005. Epub 2021 Jun 28. PMID: 34210561.

ПСИХОГИГИЕНИЧЕСКИЕ КОМПЕТЕНЦИИ КАК ФАКТОР ПРОФИЛАКТИКИ ЗАВИСИМОГО ПОВЕДЕНИЯ У СТУДЕНТОВ

Окулова В.А., Маркин А.Д.
Кафедра психиатрии и наркологии
ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Россия, г. Кемерово
Научный руководитель –А.С. Яковлев

Аннотация. Одной из наиболее распространенных форм девиантного поведения личности является формирование чрезмерной и длительной фиксации внимания человека на конкретных объектах и/или видах деятельности, которым личность присваивает статус сверхценных. Ввиду распространенности аддиктивного поведения среди такой когорты общества, как студенты, существует необходимость в мерах профилактики развития у лиц сверхценного отношения к объектам аддикции. Психогигиеническая компетентность

подразумевает под собой способность личности при столкновении с каким-либо жизненным конфликтом избрать надлежащую стратегию поведения, т.е. определяет способность человека к саморегуляции в тех или иных обстоятельствах окружающей среды. В статье приводится обозначение важности формирования психогигиенической компетенции как первичной профилактики зависимого поведения личности.

Ключевые слова: зависимое поведение, аддикция, психогигиена, компетенция, конфликт.

SYCHOHYGIENIC COMPETENCIES AS A FACTOR IN THE PREVENTION OF ADDICTIVE BEHAVIOR AMONG STUDENTS

Okulova V.A, Markin A.D.
Department of Psychiatry and Narcology
Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo

Abstract. One common form of deviant behavior involves an individual developing an excessive and sustained fixation on specific objects or activities to which they attribute "overvalued" status. Given the prevalence of addictive behavior among the student population, there is a need for preventive measures to stop individuals from developing such overvalued attitudes toward objects of addiction. Psychohygienic competence refers to an individual's ability to select an appropriate behavioral strategy when facing life conflicts—essentially, the capacity for self-regulation within various environmental contexts. This article highlights the importance of fostering psychohygienic competence as a primary preventive measure against addictive behavior.

Keywords: dependent behavior, addiction, psychohygienic care, competence, conflict.

Введение

В числе центральных проблем психологической составляющей здоровья общества является зависимое, или аддиктивное, поведение. Оно подразумевает под собой одну из наиболее распространенных форм девиантного поведения личности, при развитии которого происходит формирование чрезмерной и длительной фиксации внимания человека на конкретных объектах и/или видах деятельности, которым личность присваивает статус сверхценных [4, с. 299; 2, с. 352]. Термин аддикция в переводе с латыни переводится как слепо преданный, целиком подчинившийся, порабощенный. Под главным звеном зависимого поведения личности понимается целенаправленность в уходе от реальности путем искусственного изменения психического состояния, причиной чему может служить целый перечень факторов внешней среды, начиная социальными условиями существования личности и заканчивая как психологическими, так и физиологическими особенностями каждого человека индивидуально [4, с. 299; 1, с. 253].

Бесспорно, к особо психологически уязвимой когорте населения относятся студенты. Так, существует определенная потребность в профилактической коррекции развития аддиктивного поведения среди обсуждаемой группы. Данную потребность возможно реализовать с помощью психогигиенического подхода, а именно формировании психогигиенических компетенций.

Объекты и методы исследования

Проведен анализ публикаций за период с 2021 по 2026 гг. в информационных системах: eLIBRARY.RU и Киберленинка.

Результаты и их обсуждение

Психогигиена как наука представляет собой учение о проблемах психологического здоровья, решающее вопросы сохранения и укрепления психологического здоровья, что в прикладном формате обретает реализацию через формулирование правил и рекомендаций по оздоровлению психики и

повышении психологической устойчивости личности, а также организацию оздоровительных мероприятий. На сегодняшний день особыми представителями социальных групп являются студенты, психоэмоциональное воздействие на которых, определенно, можно считать повышенным [5, с. 270; 3, с. 56].

Одним из наиболее актуальных вопросов психогигиены на сегодняшний день остается профилактика зависимого поведения. Формирование сверхценного отношения к объекту – ключевое проявление аддикции личности [4, с. 299]. Развитие зависимого поведения базируется на множестве экзо- и эндогенных по отношению к личности факторов, которые, в свою очередь, делятся на три крупные группы: социальные, психологические и биологические факторы. Примером влияния социальных факторов может служить модное веяние среди социальной группы, в которой состоит личность, в т.ч. влияние сверстников, которому ярко подвержены студенты. К психологическим факторам причисляются как тип акцентуации характера, так и собственные стремления личности, например, такие как стремление человеком к самоутверждению. Вышеперечисленные факторы относятся к группам факторов, на которые есть возможность оказать влияние социальными и психологическими мерами. Третья же группа факторов, на которую воздействие на данных уровнях неосуществимо, определяется как биологическая группа факторов, включающая в себя конкретный тип употребляемого человеком химического соединения, его физиологические особенности ответа организма на его введение, а также наследственность [8, с. 35].

Профилактика аддиктивного поведения включает в себя разработку превентивных мер по его формированию и представляет собой комплекс мероприятий различного характера, направленных на предотвращение приобщения личности к объекту аддикции, целью чего является взращивание психологически здоровой личности. К упомянутым выше мероприятиям, в т.ч.

касательно студентов, относят организацию социальной среды, проведение психолого-консультативной работы, различных тренингов, основанных на информировании и обучении значимым навыкам в социальной среде, а также просветительская работа и непосредственная организация мероприятий, направленных на формировании деятельности, которая может стать вариантом замены аддиктивной [8, с. 35].

Одним из методов, осуществляющих первичную профилактику зависимого поведения и причисляющихся к мероприятиям по превентивной его корректировке, является метод компетентного подхода. Как уже было описано ранее, социальные и психологические меры профилактики способны оказать влияние на две основные группы факторов риска развития зависимого поведения человека. Полагаясь на высказывания Р. Дилтса в его работах, можно судить о многоуровневой организации человеческого мозга, включающего в себя также несколько уровней обработки поступающей информации. Так, компетентный подход к профилактическому влиянию на развитие аддиктивного поведения, заключается, в первую очередь, в определении, обладает ли данная личность необходимой когнитивно-поведенческой компетентностью, т.е. способен ли человек при столкновении с какими-либо непредотвратимыми жизненными конфликтами выбрать подходящую, необходимую схему реагирования – стратегию. Обращаясь к работам Е.В. Либиной, под определением эмоциональная компетентность подразумевается способность личности осуществлять должную координацию между эмоциями и целенаправленными действиями. Так, личность, которая обсуждаемой компетентностью не обладает, оказывается не в силах справиться с возникшим личностным конфликтом ввиду либо отсутствия убеждения, либо в его противоречивости. Эмоциональная компетенция определяет способность человека к саморегуляции в тех или иных обстоятельствах окружающей среды [8, с. 35; 7, с. 151; 6, с. 36].

Личность, не обладающая когнитивно-поведенческой компетенцией, не является способной для выбора конкретной модели реагирования в конкретной ситуации в процессе собственной жизнедеятельности, что непосредственно приводит к склонности к аддиктивному мышлению, позволяющему уйти в избегание ответственности за отсутствие возможности решить личностный конфликт. Именно на обучении и формировании психогигиенической когнитивно-поведенческой компетентности личности базируется первичная профилактика зависимого поведения, что возможно осуществить путем проведения работы в тренинговой форме и другими способами посредством социальных и психолого-консультативных мер [6, с. 36].

Заключение

На сегодняшний день аддиктивное поведение личности остается актуальной проблемой психологической составляющей здоровья общества, представляя собой формирование у человека сверхценного отношения к объекту аддикции. На формирование зависимого поведения оказывают влияние множество факторов, которые разделяются на основные группы: социальные, психологические и биологические факторы.

Под одной из важных задач психогигиены понимают превентивную коррекцию аддиктивного поведения. В основе его формирования лежит неспособность личности к саморегуляции в тех или иных обстоятельствах окружающей среды, возникает в результате неспособности человека при столкновении с каким-либо жизненным конфликтом выбрать адекватную модель реагирования на нее. Таким образом, формирование психогигиенической когнитивно-поведенческой компетенции, подразумевающей под собой способность личности осуществлять должную координацию между эмоциями и целенаправленными действиями, является неотъемлемой частью первичной профилактики зависимого поведения. Конкретная реализация формирования данной компетенции среди студентов

может осуществляться различными путями, включая как социальную, так и психолого-консультативную помощь.

Литература/References:

1. Аддиктивное поведение как часть поведения социального: социологический анализ / Жуков В. А., Баблоян Н. В., Лилюхин А. М., Вардомацкая Л. П. // Государственное и муниципальное управление. Ученые записки . 2022. №2. С. 253.

2. Велиев А. Р., Велиева С. В. Аддиктивное поведение у студентов: обзор исследований // Проблемы современного педагогического образования. 2025. №87-1. С. 352.

3. Заварухин Н. Е., Вишникина Е. С., Безуглый Т. А. Тревога и депрессия студентов-медиков и факторы, их определяющие // Медицинский научный журнал «Синопсис». 2025. №1. С. 56.

4. Лукашенко Д. В. Аддиктивное поведение как одна из форм отклоняющегося поведения // Российский научный вестник. 2026. №4. С. 299.

5. Нагорная Т. В. Психогигиена студента во время обучения в вузе // E-Scio. 2023. №3 (78). С. 270.

6. Плугина М. И. Эмоциональные компетенции как фактор поддержания эмоционального здоровья медицинских работников // КВТиП. 2023. №S2. С. 36.

7. Романова Е. Н. Дифференциация понятий «эмоциональный интеллект» и «эмоциональная компетенция» // МНИЖ. 2021. №1-4 (103). С. 151.

8. Шумаков А. Ю. Формирование психогигиенических компетенций как технология профилактики зависимого поведения студентов // Коллекция гуманитарных исследований. 2017. №6 (9). С. 35.

ПОЛОВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ 2–11 ЛЕТ И ИХ СВЯЗЬ С СЕМЕЙНЫМИ ФАКТОРАМИ

Петренко Е. Н.

Лаборатория исследований психического развития и благополучия детей
ФГБНУ «Научно-исследовательский институт нейронаук и медицины»,
Кафедра социальной психологии и виктимологии
ФГБОУ ВО «Новосибирский Государственный Педагогический Университет»,
Россия, г. Новосибирск

Аннотация. Целью исследования было изучить влияние семейной сплоченности и методов воспитания на психическое здоровье детей 2–11 лет, а также определить, различается ли это влияние у мальчиков и девочек и в разных возрастах. Выборка составила 2011 детей (52% девочек); психическое здоровье оценивалось с помощью родительской версии опросника «Сильные стороны и трудности» (Strengths and Difficulties Questionnaire, SDQ), семейные факторы — с помощью краткой шкалы сплоченности семьи (Family Assessment Device — General Functioning Scale, FAD-GFS) и краткой формы Алабамского опросника родительского воспитания (Alabama Parenting Questionnaire — Brief Form, APQ-BF); использовалась иерархическая регрессия с последовательным добавлением блоков. Результаты показали, что физические наказания являются сильнейшим фактором риска (β = .211–.237), а семейная сплоченность — сильнейшим защитным фактором (β = -.137–.185); взаимодействия с полом не значимы, что указывает на универсальность влияния семьи, тогда как взаимодействия с возрастом значимы, хотя их мощность оценивается как слабая: связь непоследовательной дисциплины с проблемами максимальна у детей 5–6 лет (B = 2.76), а физических наказаний — у детей 9–11 лет (B = 2.93). Полученные результаты могут быть использованы при разработке возрастно-специфичных программ психопрофилактики.

Ключевые слова: психическое здоровье детей, SDQ, семейная сплоченность, методы воспитания, APQ, физические наказания, возрастные различия.

AGE AND SEX CHARACTERISTICS OF MENTAL HEALTH IN CHILDREN AGED 2–11 AND THEIR RELATIONSHIP WITH FAMILY FACTORS

Petrenko E.N.
Laboratory for Research on Mental Development and Well-Being of Children, Novosibirsk State Pedagogical University, Associate Professor, Department of Social Psychology and Victimology, Russia, Novosibirsk

Abstract. The aim of the study was to examine the relationship of family cohesion and parenting practices with the mental health of children aged 2–11, and to determine whether this relationship differs between boys and girls and across different ages. The sample comprised 2,011 children (52% girls); mental health was assessed using the parent version of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ), and family factors were assessed using the brief Family Assessment Device — General Functioning Scale (FAD-GFS) and the brief form of the Alabama Parenting Questionnaire (APQ-BF); hierarchical regression with sequential addition of blocks was used. The results showed that physical punishment was associated with higher levels of problems (β = .211–.237), while family cohesion was associated with lower levels (β = -.137–.185); interactions with sex were not significant, indicating no sex differences in the strength of the association, whereas interactions with age were significant: the association of inconsistent discipline with problems was maximal in children aged 5–6 (B = 2.76), and that of physical punishment in children aged 9–11 (B = 2.93). The findings can be used in the development of age-specific psycho-prevention programs.

Keywords: children's mental health, SDQ, family cohesion, parenting practices, APQ, physical punishment, age differences.

Введение

Психическое здоровье детей остается одной из наиболее актуальных проблем современной психологии и медицины. По данным Всемирной

организации здравоохранения, около 10–20% детей и подростков сталкиваются с психическими расстройствами, причем половина из них дебютирует до 14 лет [1]. Семья играет центральную роль в формировании психического здоровья ребенка: эмоциональная близость, сплоченность и методы воспитания являются значимо связаны как с проблемным, так и просоциальным поведением [2].

Современные мета-аналитические исследования подтверждают связь методов воспитания с психическим здоровьем детей. В мета-анализе M. Pinquart [17], объединившем 1435 исследований, показано, что родительская теплота, поведенческий контроль и авторитетный стиль воспитания связаны с более низким уровнем экстернализирующих проблем, тогда как жесткий контроль, психологический контроль и авторитарный стиль — с более высоким. Наиболее сильные связи были обнаружены для жесткого контроля и психологического контроля [17].

Особое внимание исследователей привлекает проблема физических наказаний. В классическом мета-анализе E. T. Gershoff [10] было установлено, что родительские физические наказания связаны со всеми 11 изученными детскими конструктами, включая более высокий уровень агрессии, более низкий уровень моральной интернализации и ухудшение психического здоровья . Более поздний мета-анализ Gershoff и Grogan-Kaylor [11] подтвердил эти выводы: из 17 средних размеров эффекта 13 были значимо отличны от нуля, и все указывали на связь между наказаниями и неблагоприятными исходами. В 2025 году Cuartas и коллеги [5] опубликовали мета-анализ, показавший, что физические наказания связаны с ухудшением психического здоровья, проблемами с родительско-детскими отношениями и нарушением социально-эмоционального развития.

Тем не менее, в научной литературе сохраняется дискуссия о величине эффекта физических наказаний. В мета-анализе Ferguson с коллегами [9], сфокусированном на лонгитюдных исследованиях с контролем исходного уровня проблем, были получены значительно меньшие размеры эффекта, что позволило автору сделать вывод о «минимальном» влиянии наказаний [9]. Это

противоречие подчеркивает необходимость дальнейших исследований с учетом возрастной и половой специфики.

Семейная сплоченность как отдельный конструкт также изучалась в контексте детского психического здоровья. Лонгитюдное исследовани Lucia и коллег [15] показало, что семейная сплоченность оказывает благоприятное влияние на интернализирующие проблемы и проблемы внимания у детей, причем этот эффект стабилен во времени. Современный мета-анализ Sun и коллег 2025 года, объединивший 63 исследования с общим числом участников 70 687 человек, подтвердил, что близость в родительско-детских отношениях отрицательно связана с депрессией у детей (r = -.24), а конфликт — положительно (r = .25) [19]. В этом мета-анализе пол ребенка не выступил значимым модератором, что согласуется с гипотезой об универсальности семейного влияния.

Вопрос о половых различиях во влиянии семьи остается дискуссионным. Современные мета-анализы [19], не подтверждают значимой роли пола как модератора.

Возрастная специфика связи семейных факторов с психическим здоровьем детей изучена недостаточно, особенно в диапазоне 2–11 лет. Существующие мета-анализы часто рассматривают возраст как модератор, но результаты противоречивы. В мета-анализе Pinquart [17] возраст ребенка выступил значимым модератором связи воспитания с экстернализирующими проблемами, однако конкретные возрастные паттерны остаются неясными. Различия могут объясняться как возрастными изменениями чувствительности к воспитанию, так и различиями в выборке (например, тем, что в старшем возрасте продолжают наказывать детей с наиболее выраженными поведенческими проблемами). Это указывает на необходимость дальнейших исследований возрастной специфики связи семейных факторов с психическим здоровьем.

Таким образом, остаются недостаточно изученными половая и возрастная специфика связи методов воспитания и семейной сплоченности с психическим

здоровьем детей, а также вопрос о том, является ли эта связь универсальной или зависит от пола и возраста. Соответственно, целью нашего исследования стала необходимость изучить связь семейной сплоченности и методов воспитания с психическим здоровьем детей 2–11 лет, а также определить, различается ли эта связь у мальчиков и девочек и в разных возрастных периодах.

Объекты и методы исследования

Выборка. В исследовании приняли участие 2011 детей в возрасте от 2 до 11 лет (M = 7.3; SD = 2.35). Из них 48.6% мальчиков и 51.4% девочек. Из исходной базы (N = 2052) были исключены дети 1 года и 12 лет (N = 8), а также дети с пропусками по ключевым переменным (N < 1%). Информаторами выступили матери (88%), отцы (8.3%) и остальные родственники. Итоговая выборка для анализа составила 2011–2039 детей в зависимости от набора переменных в модели. Данные собирались в 2011–2021 гг. Исследование одобрено Этическим комитетом НИИНМ.

Инструменты

Для изучения психического здоровья детей был использован опросник «Сильные стороны и трудности» (SDQ) [12], включающий 5 подшкал: эмоциональные симптомы, проблемы с поведением, гиперактивность/невнимательность, проблемы со сверстниками и просоциальное поведение, а также образуемые ими итоговые шкалы: общее число проблем, интернализации (образована шкалами эмоциональных симптомов и проблем со сверстниками), экстернализации (проблем с поведением и гиперактивности/невнимательности).

Семейная сплоченность оценивалась с помощью краткой шкалы сплоченности семьи (FAD-GFS; α = 0.70) [16]. Методы родительского воспитания изучались с помощью краткой формы Алабамского опросника родительского воспитания (APQ-BF) [3;18], включающей шкалы: позитивное воспитание, непоследовательное дисциплинирование, недостаточный присмотр, телесные наказания и вовлеченность в жизнь ребенка.

Статистический анализ: на первом этапе были рассчитаны описательные статистики и корреляционный анализ Пирсона, а также сравнение средних с помощью t-критерия Стьюдента для независимых выборок. На втором этапе построены иерархические регрессионные модели, в которых зависимыми переменными выступали шкалы SDQ, а независимыми — семейные факторы. Последовательность ввода: (1) возраст и пол; (2) семейная сплоченность; (3) шкалы APQ (вовлеченность, непоследовательная дисциплина, физические наказания); (4) взаимодействия семейных факторов с полом. Для проверки возрастной специфики в отдельной серии моделей четвертый блок включал взаимодействия семейных факторов с возрастом.

Непрерывные переменные были центрированы; проверка VIF показала отсутствие мультиколлинеарности (VIF < 2.5). При значимых взаимодействиях с возрастом рассчитывались простые наклоны для четырех групп:2–4, 5–6, 7–8 и 9–11 лет. Такое разбиение соответствует ключевым переходам в развитии ребенка (дошкольный возраст, переход к школе, младший школьный возраст, предпубертат) и обеспечивает достаточный размер подгрупп (N = 314–758) для статистического анализа. Уровень статистической значимости был установлен на $p < .05$. Анализ мощности для множественных регрессий показал, что выборка (N = 2011) обеспечивает мощность > 0.99 для обнаружения главных эффектов с малым размером эффекта ($f^2 = 0.02$). Для взаимодействий с очень малым размером эффекта ($f^2 = 0.004–0.006$) мощность составила ~0.60–0.70. Статистический анализ выполнен в SPSS 22 (IBM Corp., Armonk, NY, USA).

Результаты. Обсуждение результатов

Таблица 1

Показатели половых различий детей в психическом здоровье и семейных факторах

Показатель	**Мальчики n = 982**	**Девочки n = 1046**	**t**	**p**
Показатели психического здоровья				

Общее число проблем	10.64 (5.57)	9.00 (4.85)	7.11	< **.001**
Эмоциональные проблемы	3.98 (3.14)	3.56 (2.74)	3.26	**.001**
Проблемы поведения	6.66 (3.63)	5.44 (3.20)	8.02	< **.001**
Просоциальное поведение	7.60 (1.93)	8.06 (1.77)	-5.60	< **.001**
Семейные факторы				
Сплоченность	3.42 (0.45)	3.43 (0.44)	-0.64	.525
Вовлеченность	4.16 (0.52)	4.15 (0.54)	0.76	.447
Непоследовательность	2.85 (0.76)	2.91 (0.82)	-1.68	.092
Физические наказания	1.62 (0.63)	1.50 (0.59)	4.57	< **.001**

Примечание: *значения представлены как M (SD); t — критерий Стьюдента для независимых выборок; p — уровень значимости; жирным выделены значимые различия (p < .05). N=2011, различается в зависимости от набора переменных, включённых в анализ.*

Мальчики показали более высокие значения по шкалам общего числа проблем, эмоциональных проблем и проблем поведения. Более высокое просоциальное поведение девочек согласуется с данными о более раннем развитии эмпатии у девочек [6;7]. Полученные различия соответствуют устойчивому паттерну, отображенному в мировых исследованиях [17].

Более частое применение физических наказаний к мальчикам может отражать как их более высокий уровень проблемного поведения, так и гендерные стереотипы воспитания. Эти данные согласуются с результатами метаанализа Gershoff и Grogan-Kaylor [11], показавшего, что мальчики чаще подвергаются физическим наказаниям. Отсутствие половых различий по семейной сплоченности и вовлеченности соответствует выводам Sun и коллег [19] об универсальности семейного влияния.

Таблица 2

Показатели возрастных различий детей в психическом здоровье и семейных факторах

Показатель	**2–4 n = 310**	**5–6 n = 312**	**7–8 n = 650**	**9–11 n = 752**	**F**	**p**
Общее число проблем	9.80 (4.56)	9.64 (5.33)	9.75 (5.28)	9.87 (5.53)	0.15	.928
Интернализация	3.31 (2.52)	3.38 (2.82)	3.89 (2.99)	3.98 (3.09)	5.99	< .001
Экстернализация	6.47 (3.27)	6.27 (3.54)	5.87 (3.46)	5.89 (3.51)	3.09	.026
Просоциальное поведение	7.30 (1.81)	7.69 (2.05)	7.92 (1.79)	8.05 (1.82)	13.17	< .001
Семейные факторы						
Сплоченность	3.46 (0.44)	3.41 (0.44)	3.44 (0.44)	3.40 (0.46)	2.11	.097
Вовлеченность	4.27 (0.51)	4.35 (0.52)	4.17 (0.49)	4.01 (0.53)	40.00	< .001
Непоследовательность	2.79 (0.67)	2.75 (0.66)	2.88 (0.82)	2.97 (0.85)	7.73	< .001
Физические наказания	1.71 (0.57)	1.63 (0.63)	1.50 (0.59)	1.52 (0.62)	11.13	< .001

Примечание: *значения представлены как M (SD); p — уровень значимости. N=2011 различается в зависимости от набора переменных, включённых в анализ.*

С возрастом дети становятся менее экстернальными, более просоциальными и более интернальными. Это отражает нормативную динамику развития: поведенческие проблемы снижаются по мере социализации, тогда как эмоциональные проблемы могут усиливаться в предпубертатном периоде. Так, общее число проблем не различалось между возрастными группами. Эмоциональные проблемы значимо усиливаются с возрастом: дети 7–8 и 9–11 лет имели более высокие показатели, чем 2–4 и 5–6 лет, что согласуется сданными мировых исследований о повышении уровня интернализации в предподростковом возрасте [8;14]. Проблемы поведения, напротив, снижались [8]. Просоциальное поведение значимо возрастало [6;7].

Родительские практики также меняются: вовлеченность и наказания снижаются, а непоследовательность растет. Снижение физических наказаний с возрастом соответствует данным исследования Gershoff с коллегами [10] о том, что наказания чаще применяются к младшим детям. Рост непоследовательности может отражать усложнение родительско-детских отношений по мере взросления ребенка.

Для анализа связей семейных факторов и психического здоровья детей мы провели корреляционный анализ.

Таблица 3

Связь семейных факторов с психическим здоровьем детей

Переменная	Общее число проблем	Эмоциональные проблемы	Проблемы поведения	Просоциальное поведение
Сплоченность	-.265***	-.212***	-.223***	.229***
Позитивное воспитание	-.075**	-.047*	-.074**	.156***
Вовлеченность	-.168***	-.148***	-.129***	.163***
Непоследовательность	.164***	.099***	.166***	-.064**
Физические наказания	.304***	.168***	.320***	-.165***

*Примечание: * p < .05, ** p < .01, *** p < .001. N = 2011, различается в зависимости от набора переменных, включённых в анализ.*

Все семейные факторы значимо связаны с показателями психического здоровья (p < .05). Наиболее сильные связи: физические наказания положительно связаны с общим числом проблем (r = .304***)*** и проблемами поведения (r = .320); сплоченность отрицательно связана с общим числом проблем (r = -.265) и положительно с просоциальным поведением (r = .229). Позитивное воспитание показало слабые, что объяснило его исключение из регрессионных моделей. (r = -.075** — -.156***). Физические наказания выступают наиболее сильным фактором риска, сплоченность — наиболее сильным защитным фактором. Слабость связей позитивного воспитания объясняет его исключение из последующих моделей. Результаты полностью согласуются с метаанализом Gershoff[10], установившим связь физических наказаний со всеми 11 изученными детскими конструктами, включая агрессию и ухудшение психического здоровья . Связь сплоченности с интернализацией (r = -.212***) согласуется с данными о защитной роли семейной сплоченности [16;19]. Метаанализ Pinquart [17] подтверждает, что жесткий контроль связан с более высоким уровнем экстернализирующих проблем.

Для проверки гипотез о вкладе семейных факторов в психическое здоровье детей и о половых различиях в этом вкладе была построена серия иерархических регрессионных моделей. Иерархическая регрессия показала, что главные эффекты всех семейных факторов значимы (p < .001). Физические наказания выступили сильнейшим фактором риска (β = .221–.237), семейная сплоченность — сильнейшим защитным фактором (β = -.185–.262). Непоследовательность (β = .125–.135) и вовлеченность (β = -.100–.128) также значимо предсказывали показатели психического здоровья [10;11;17]. Блок взаимодействий с полом не дал значимого прироста ни для одной из зависимых переменных (ΔR^2 = .001–.003, p > .05). Ни одно из взаимодействий семейных факторов с полом не достигло значимости (p = .179–.843). Полученные результаты указывают на

универсальность семейного влияния: семейные факторы действуют одинаково для мальчиков и девочек. Различия между полами касаются уровня проблем (мальчики имеют более высокие показатели), но не силы влияния семьи. Это означает, что программы вмешательства, направленные на улучшение семейных отношений, могут быть одинаково эффективны для обоих полов. Результат согласуется с выводами Sun и коллег [19], которые на основе метаанализа 63 исследований с общим числом участников 70 687 человек не обнаружили пол ребенка как значимый модератор связи родительско-детских отношений с депрессией.

Шкала позитивного воспитания была включена в первоначальную серию иерархических регрессий с полом для полноты анализа. Однако ее вклад оказался незначимым (β = .030, p = .178), а корреляции с показателями психического здоровья — слабыми (r = -.047–.156). На основании этого на следующем этапе анализа, посвященном возрастной специфике, было принято решение исключить ее из моделей. Это привело к увеличению объема выборки с 2003 до 2011 человек за счет уменьшения пропусков.

Для проверки гипотез о возрастной специфике вклада семейных факторов в психическое здоровье детей была также построена серия иерархических регрессионных моделей.

Таблица 4

Вклад семейных факторов в психическое здоровье детей (иерархическая регрессия взаимодействий с возрастом)

Зависимая переменная	**Независимая переменная**	**шаг**	**R**	**R^2, %**	**F**	**β**	**p**
Общее число проблем	Пол	1	157	2.5	25.24	-.157	< .001
	Сплоченность	2	305	9.3	68.78	-.262	< .001
	Вовлеченность	3	422	17.8	72.53	-.120	< .001
	Непоследовательность		422	17.8	72.53	.126	< .001

	Физические наказания		422	17.8	72.53	.221	< .001
	Непоследовательность × возраст	4	427	18.2	44.60	**-.042**	**049**
	Физические наказания × возраст		427	18.2	44.60	**.046**	**032**
Интернализация	Возраст	1	118	1.4	14.27	.094	< .001
	Пол		118	1.4	14.27	-.077	001
	Сплоченность	2	238	5.7	40.32	-.207	< .001
	Вовлеченность	3	293	8.6	31.30	-.095	< .001
	Непоследовательность		293	8.6	31.30	.068	002
	Физические наказания		293	8.6	31.30	.115	< .001
	Непоследовательность × возраст	4	299	9.0	19.71	**-.047**	**038**
	Физические наказания × возраст		299	9.0	19.71	**.053**	**018**
Экстернализация	Пол	1	183	3.4	34.93	-.172	< .001
	Сплоченность	2	289	8.3	60.90	-.223	< .001
	Вовлеченность	3	418	17.5	70.74	-.100	< .001
	Непоследовательность		418	17.5	70.74	.135	< .001
	Физические наказания		418	17.5	70.74	.237	< .001
	Сплоченность × возраст	4	422	17.8	43.41	**-.050**	**020**
Просоциальное поведение	Возраст	1	184	3.4	35.08	.136	< .001
	Пол		184	3.4	35.08	.116	< .001
	Сплоченность	2	297	8.8	64.92	.234	< .001
	Вовлеченность	3	352	12.4	47.15	.163	< .001

	Непоследовательность		352	12.4	47.15	-.061	004
	Физические наказания		352	12.4	47.15	-.070	002
	Сплоченность × возраст	4	360	13.0	29.87	**.059**	**007**
	Вовлеченность × возраст		360	13.0	29.87	**-.055**	**010**

Примечание: *R^2, % — процент объясненной вариации; ΔR^2, % — прирост R^2 на данном блоке; β — стандартизованный регрессионный коэффициент; p — уровень значимости; жирным выделены значимые взаимодействия ($p < .05$). N = 2011. различается в зависимости от набора переменных, включённых в анализ.*

Блок взаимодействий с возрастом дал небольшой прирост для общего числа проблем ($\Delta R^2 = .004$, p = .048) и просоциального поведения ($\Delta R^2 = .006$, p = .006), а также был маргинально значим для эмоциональных проблем (p = .066) и проблем поведения (p = .072). Данный размер эффекта ($\Delta R^2 = .004–.006$) оценивается как очень малы и требует острожной интерпретации. При этом значимыми оказались следующие взаимодействия: для общего числа проблем — непоследовательность × возраст (β = -.042, p = .049) и физические наказания × возраст (β = .046, p = .032); для эмоциональных проблем — непоследовательность × возраст (β = -.047, p = .038) и физические наказания × возраст (β = .053, p = .018); для интернальных проблем-сплоченность × возраст (β = -.050, p = .020); для просоциального поведения -сплоченность × возраст (β = .059, p = .007) и вовлеченность × возраст (β = -.055, p = .010).

Полученные результаты указывают на возрастную специфику связи семейных факторов с психическим здоровьем: связь непоследовательности и наказаний с проблемами, а также сплоченности и вовлеченности с просоциальным поведением различается в разных возрастах. Это означает, что программы вмешательства, направленные на улучшение семейных отношений, могут быть более эффективны при учете возраста ребенка. Результат согласуется

с выводами Pinquart [17], что возраст ребенка выступает значимым модератором связи воспитания с проблемами и подтверждают гипотезу о возрастной специфике семейного влияния.

Модели объясняют 9.0–18.2% дисперсии зависимых переменных, что соответствует среднему уровню объяснительной силы в исследованиях семейных факторов. Остальные 81.8–91.0% дисперсии приходятся на факторы, не включенные в модель: индивидуальные особенности ребенка (темперамент, регуляторные способности), характеристики школьной среды и отношений со сверстниками, а также социально-экономические условия семьи. Это указывает на многофакторную природу психического здоровья детей и ограниченность любой отдельной модели, учитывающей лишь часть возможных предикторов.

Для проверки возрастной специфики влияния семейных факторов были рассчитаны простые наклоны (см. Таблица 5). Этот метод позволяет оценить эффект одной переменной (семейного фактора) на разных уровнях другой переменной (возраста), что дает возможность увидеть, в каком возрасте влияние семьи наиболее выражено.

Таблица 5

Связь семейных факторов с психическим здоровьем детей в разных возрастных группах

Зависимая	Фактор	2–4 (n = 314)	5–6 (n = 315)	7–8 (n = 657)	9–11 (n = 758)
Общее число проблем	Непоследовательность	1.56***	2.76***	0.49*	1.07***
	Физические наказания	2.28***	2.33***	2.83***	2.93***
Интернализация	Непоследовательность	0.69**	0.94***		0.28*
	Физические наказания		0.57*	1.22***	0.96***
Экстернализация	Сплоченность	-1.26**	-1.45**	-1.63***	-2.24***

Просоциальное поведение	Сплоченность	0.46*	1.35***	0.76***	1.21***
	Вовлеченность	0.84***	1.20***	0.70***	0.44***

Примечание: ** p < .05, ** p < .01, *** p < .001;представлены нестандартизованные коэффициенты регрессии (B); показаны только значимые взаимодействия, N = 2011. различается в зависимости от набора переменных, включённых в анализ.*

Таким образом, были получены следующие результаты: связь физических наказаний с общим числом проблем значима во всех возрастных группах и сильнее выражена у старших детей. Полученные данные согласуются с метаанализом Gershoff [10], Gershoff и Grogan-Kaylor (2016) [11] и Cuartas и коллег [5]. Однако проверка частоты показывает, что в 9–11 лет наказания применяются реже, чем в 2–4 года, но связь с проблемами сильнее. Это может указывать на несколько причин, например, что с возрастом меняется смысл наказаний и дети становятся чувствительней к ним, с другой стороны, на возможные различия в выборке- в старшем возрасте наказывают детей только с выраженными проблемами.

Непоследовательное воспитание имеет нелинейный характер связи с общим числом проблем, с пиком в возрасте 5–6 лет. При этом родители проявляют непоследовательность реже всего именно в этой группе (M = 2.75), но связь с проблемами здесь максимальна. Это может указывать на то, что в 5–6 лет непоследовательность воспринимается особенно остро, поскольку этот возраст является сенситивным периодом для формирования произвольной регуляции и подготовки к школе.

Согласно данным исследования взаимодействия волевой регуляции и родительского воспитания, в неблагоприятных условиях (в том числе при непоследовательности родителей) уязвимость детей с низкой регуляцией усиливается, тогда как в благоприятных условиях эти различия нивелируются

[4]. К 7-8 годам, когда регуляция становится более зрелой. Эффект может ослабевать.

Результаты анализа показали, что связь эмоциональных проблем с физическими наказаниями в течении 2-11 лет детей нелинейна и пик приходится на возраст 7-8 лет, При этом проверка частот показала, что наказания чаще применяются в 2–4 года (M = 1.71), но их связь с эмоциональными проблемами максимальна в 7–8 лет. Эту связь можно объяснить несколькими механизмами. Во-первых: в этом возрасте происходит когнитивное созревание, позволяющее ребенку интерпретировать наказание как эмоциональное отвержение или несправедливость. Во-вторых, согласно транзакционной модели, связь между наказаниями и проблемами двунаправлена: дети с более высоким уровнем экстернализирующего поведения чаще попадают в траекторию жесткого воспитания, а наказания, в свою очередь, могут усиливать эмоциональные трудности [17]. В-третьих, метаанализ Yap и Jorm [20] показывает, что возраст 5–11 лет является периодом резкого роста интернализирующих проблем, и наказания могут выступать усилителем этого процесса. Наконец, репрезентации дисциплины у ребенка (восприятие родителя как справедливого или отвергающего) модерируют связь наказаний с регуляцией эмоций [13].

Связь непоследовательности родителей и эмоциональных проблем детей особенно сильна в первые годы жизни, а пик связи приходится на возраст 5–6 лет. Вероятно, что данный возраст является сенситивным периодом для формирования эмоциональной регуляции. К более старшему возрасту эта связь теряет свою значимость. Исследования показывают, что позитивное воспитание служит фактором защиты от интернальных проблем только в период с 3 до 6 лет [14], а непоследовательное дисциплинирование связано с возрастанием интернальных проблем у детей [14]. В нашем предыдущем исследовании было показано, что непоследовательность родителей негативно проявляла себя для детей с низким уровнем тормозного контроля, становясь риском эмоциональных проблем [4]. Это согласуется с моделью "двойного риска": в неблагоприятных

условиях уязвимость детей с несформированной регуляцией усиливается. К 7–8 годам, когда регуляция становится более зрелой, эффект ослабевает.

Семейная сплоченность связана с более низким уровнем проблем поведения во всех возрастных группах и сильнее выражена у старших детей. В 9–11 лет сплоченность ниже (M = 3.40), чем в 2–4 года (M = 3.46), но связь с проблемами поведения максимальна. Результат согласуется с метаанализом Sun и коллег [19] о связи близости в детско-родительских отношениях с более низким уровнем депрессии. Однако кросс-секционный дизайн не позволяет определить направление связи. Это особенно важно для сплоченности, поскольку она характеризует детско-родительские отношения, а не изолированное поведение родителя: невозможно определить, связана ли сплоченность с меньшим уровнем проблем или, наоборот, дети с меньшим уровнем проблем способствуют большей сплоченности в семье.

Связь семейной сплоченности и вовлеченности с просоциальным поведением имеет нелинейный характер, причем пик в обоих случаях приходится на возраст 5–6 лет. В 5–6 лет вовлеченность родителей выше (M = 4.35), чем в других группах, и ее связь с просоциальным поведением также максимальна; сплоченность в 5–6 лет остается стабильной (M = 3.41), но ее связь с просоциальным поведением максимальна. Полученный результат сопоставимы с данными других мировых исследований [6;7], хотя в последнем результаты свидетельствовали об обратном направлении связей: просоциальное поведение детей способствовало заботливому и вовлеченному воспитанию. При этом, к 9-11 годам вовлеченность теряет свою силу, тогда как значимость сплоченности остается высокой. Это может объясняться сменой ведущего механизма социализации: в 5–6 лет вовлеченность критична как непосредственный механизм обучения просоциальному поведению через моделирование и взаимодействие, тогда как к 9–11 годам просоциальные нормы уже интернализованы, и важнее становится эмоциональная близость, обеспечивающая базовое чувство безопасности [7].

Заключение

1. Половая специфика связи семейных факторов с психическим здоровьем. Связь семейной сплоченности и методов воспитания с психическим здоровьем не различается у мальчиков и девочек. Блок взаимодействий с полом не дал значимого прироста ни для одной из зависимых переменных (ΔR^2 = .001–.003, p > .05). Это означает, что семейные факторы связаны с психическим здоровьем одинаково у обоих полов.

2. Возрастная специфика связи семейных факторов с психическим здоровьем. Связь семейных факторов с психическим здоровьем различается в разных возрастах. Блок взаимодействий с возрастом дал малый прирост для общего числа проблем (ΔR^2 = .004, p = .048) и просоциального поведения (ΔR^2 = .006, p = .006). Значимые взаимодействия: непоследовательность × возраст и физические наказания × возраст для общего числа проблем и эмоциональных проблем; сплоченность × возраст для интернальных проблем; сплоченность × возраст и вовлеченность × возраст для просоциального поведения. Это означает, что связь одних и тех же семейных факторов с психическим здоровьем сильнее или слабее в зависимости от возраста ребенка.

3. Вклад семейных факторов в психическое здоровье. Иерархическая регрессия показала, что все семейные факторы значимо предсказывали показатели психического здоровья (p < .001). Физические наказания показали наиболее тесную связь с уровнем проблем (β = .221–.237): чем чаще применяются наказания, тем выше уровень общего числа проблем, интернализации и экстернализации. Семейная сплоченность показала наиболее сильную отрицательную связь (β = -.185–.262): чем выше сплоченность, тем ниже уровень проблем и тем выше просоциальное поведение. Непоследовательность (β = .125–.135) и вовлеченность (β = -.100–.128) также значимо предсказывали показатели психического здоровья. Таким образом физические наказания выступили сильнейшим фактором риска, а семейная

сплоченность — сильнейшим защитным фактором. Эти результаты устойчивы и согласуются с международными метааналитическими данными

4. Выявленные возрастные паттерны: связь физических наказаний с общим числом проблем и эмоциональными проблемами сильнее у старших детей (9–11 лет и 7–8 лет соответственно); связь непоследовательности с общим числом проблем и эмоциональными проблемами максимальна в 5–6 лет; связь сплоченности с проблемами поведения сильнее у старших детей (9–11 лет); связь сплоченности и вовлеченности с просоциальным поведением максимальна в 5–6 лет, причем к 9–11 годам вовлеченность теряет силу, а сплоченность сохраняет значение.

5. Модели объясняют 9.0–18.2% дисперсии зависимых переменных, что соответствует среднему уровню объяснительной силы в исследованиях семейных факторов. Остальные 81.8–91.0% дисперсии приходятся на факторы, не включенные в модель: индивидуальные особенности ребенка, характеристики школьной среды и отношений со сверстниками, социально-экономические условия семьи.

6. Ограничения. Кросс-секционный дизайн не позволяет определить направление выявленных связей. Это особенно важно для сплоченности, поскольку она характеризует детско-родительские отношения, а не изолированное поведение родителя: невозможно определить, связана ли сплоченность с меньшим уровнем проблем или, наоборот, дети с меньшим уровнем проблем способствуют большей сплоченности в семье. Использовались только родительские оценки, что может вносить субъективность. Взаимодействия с возрастом имели очень малый размер эффекта (ΔR^2 = .004–.006), что требует осторожной интерпретации. Шкала позитивного воспитания была исключена из анализа из-за слабых связей с показателями психического здоровья.

Благодарности: Исследование проведено и выполнено при поддержке Российского научного фонда (проект № 26-18-00004).

Литература/ References:

1. Всемирная организация здравоохранения. Психическое здоровье детей и подростков: информационный бюллетень. Женева: ВОЗ, 2022.

2. Козлова Е. А., Петренко Е. Н., Варшал А. В., Лето И. В., Гришкевич М. Е., Резун Е. В., Корниенко О. С., Слободская Е. Р. Вклад семейных факторов в психическое здоровье младших школьников до и во время пандемии COVID-19 // Психология. Журнал Высшей школы экономики. 2023. Т. 20, № 4. С. 757–772.

3. Логинова С.В., Слободская Е.Р., Федорова Н.А., Козлова Е.А. Адаптация краткой версии Алабамского опросника методов родительского воспитания (APQ-BF) // Психологический журнал. 2016. Т. 37, № 5. С. 79–90.

4. Петренко Е.Н., Козлова Е.А., Логинова С.В., Слободская Е.Р. Взаимодействие волевой регуляции и родительского воспитания как факторов психического здоровья детей // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. 2019. № 2. С. 61–68.

5. Cuartas J., Gershoff E.T., Bailey D.H., Gutierrez M.A., McCoy D.C. Physical punishment and lifelong outcomes in low- and middle-income countries: a systematic review and multilevel meta-analysis // Nature Human Behaviour. 2025. Vol. 9, № 7. P. 1365–1379.

6. Deneault A.-A., Hammond S.I., Madigan S. A meta-analysis of child–parent attachment in early childhood and prosociality // Developmental Psychology. 2023. Vol. 59, № 2. P. 236–255.

7. Eisenberg N., Spinrad T.L., Knafo-Noam A. Prosocial development // Handbook of Child Psychology and Developmental Science / Ed. by M.E. Lamb, R.M. Lerner. 7th ed. Hoboken, NJ: Wiley, 2015. P. 1–47.

8. Eisenberg N., Valiente C., Spinrad T.L. et al. Longitudinal relations of children’s effortful control, impulsivity, and negative emotionality to their externalizing, internalizing, and co-occurring behavior problems // Developmental Psychology. 2009. Vol. 45, № 4. P. 988–1008.

9. Ferguson C.J. Spanking, corporal punishment and negative long-term outcomes: a meta-analytic review of longitudinal studies // Clinical Psychology Review. 2013. Vol. 33, № 1. P. 196–208.

10. Gershoff E.T. Corporal punishment by parents and associated child behaviors and experiences: a meta-analytic and theoretical review // Psychological Bulletin. 2002. Vol. 128, № 4. P. 539–579.

11. Gershoff E.T., Grogan-Kaylor A. Spanking and child outcomes: old controversies and new meta-analyses // Journal of Family Psychology. 2016. Vol. 30, № 4. P. 453–469.

12. Goodman R., Slobodskaya H., Knyazev G. Russian child mental health: a cross-sectional study of prevalence and risk factors // European Child & Adolescent Psychiatry. 2005. Vol. 14, № 1. P. 28–33.

13. Lee Y.-E., Brophy-Herb H.E., Vallotton C.D., Griffore R.J., Carlson J.S., Robinson J.L. Do young children's representations of discipline and empathy moderate the effects of punishment on emotion regulation? // Social Development. 2016. Vol. 25, № 1. P. 120–138.

14. Lengua L.J. Growth in temperament and parenting as predictors of adjustment during children's transition to adolescence // Developmental Psychology. 2006. Vol. 42, № 5. P. 819–832.

15. Lucia V.C., Breslau N. Family cohesion and children's behavior problems: a longitudinal investigation // Psychiatry Research. 2006. Vol. 141, № 2. P. 141–149.

16. Miller I.W., Epstein N.B., Bishop D.S., Keitner G.I. The McMaster Family Assessment Device: reliability and validity // Journal of Marital and Family Therapy. 1985. Vol. 11, № 4. P. 345–356.

17. Pinquart M. Associations of parenting dimensions and styles with externalizing problems of children and adolescents: an updated meta-analysis // Developmental Psychology. 2017. Vol. 53, № 5. P. 873–932.

18. Scott S., Briskman J., Dadds M.R. Measuring parenting in community and public health research using brief child and parent reports // Journal of Child and Family Studies. 2011. Vol. 20, № 3. P. 343–352.

19. Sun J., et al. Assessing the role of parent–child conflict and closeness in children's depression: insights from a meta-analysis // Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health. 2025. Vol. 19, № 1. P. 105.

20. Yap M.B.H., Jorm A.F. Parental factors associated with depression and anxiety in young people: a systematic review and meta-analysis // Journal of Affective Disorders. 2015. Vol. 156. P. 8–23.

ДИСМОРФИЯ И СУИЦИДАЛЬНОСТЬ У ПОДРОСТКОВ

Петрова Н. Н.[1], Романовская М. В.[2]

[1]Кафедра психиатрии и наркологии Медицинского института ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», [2]СПб ГКУЗ Центр восстановительного лечения «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина, Россия, г. Санкт-Петербург

Аннотация. Суицидальное поведение – актуальная проблема подросткового возраста. Одним из факторов, ассоциированных с суицидальностью, считается дисморфическое расстройство (ДР). **Целью** исследования явилось изучение взаимосвязи ДР и суицидальности у подростков 12-16 лет. **Объекты и методы**. Исследование проводилось на базе СПб ГКУЗ Центр восстановительного лечения «Детская психиатрия» им. С.С. Мнухина. Пациенты были разделены на две группы сравнения: пациенты первой группы с ДР (ГР1, n = 32, в т.ч. 26 девочек и 6 мальчиков) имели суицидальное поведение. Во вторую группу (ГР2, n = 43, в т.ч. 32 девочки + 11 мальчиков) вошли пациенты с ДР без суицидальности. Группы не различались по возрасту. В исследовании применяли метод шкальной оценки. Статистическая обработка данных выполнена в программе IBM SPSS Statistics 26.0. **Результаты.** Суицидальность выявлена более чем у 40% подростков с ДР. В этих случаях отмечена большая выраженность ДР и депрессии, а также больше частота сопутствующей

депрессии. В структуре суицидального поведения подростков с ДР преобладают пассивные мысли о смерти. У трети пациентов суицидальность наблюдается при отсутствии клинически очерченной депрессии. ДР является независимым фактором суицидального риска. К модифицируемым факторам риска суицидального поведения у подростков с ДР относятся использование социальных сетей, буллинг, нарушенные внутрисемейные отношения (эмоциональное пренебрежение). **Заключение.** Подростки с ДР представляют собой группу риска суицидального поведения независимо от сопутствующей депрессии и нуждаются в скрининге суицидальности.

Ключевые слова: дисморфия, депрессия, суицидальность, подростки

DYSMORPHIA AND SUICIDALITY IN ADOLESCENTS

N.N. Petrova[1], M.V. Romanovskaya[2]

[1] Saint Petersburg State University; Russia, Saint Petersburg

[2] Saint Petersburg State Healthcare Institution, S.S. Mnukhin Center for Rehabilitation Treatment «Child Psychiatry»; Russia, Saint Petersburg

Abstract. Suicidal behavior is a pressing issue in adolescence. Body dysmorphic disorder (BDD) is considered one of the factors associated with suicidality. The aim of the study was to examine the relationship between BDD and suicidality in adolescents aged 12–16. Subjects and Methods. The study was conducted at the S.S. Mnukhin Center for Rehabilitative Treatment «Child Psychiatry» (St. Petersburg). Patients were divided into two comparison groups: the first group (Group 1, n = 32; 26 girls and 6 boys) consisted of patients with BDD who exhibited suicidal behavior. The second group (Group 2, n = 43; 32 girls and 11 boys) included patients with BDD who did not exhibit suicidality. The groups did not differ in age. A rating scale method was used in the study. Statistical data analysis was performed using IBM SPSS Statistics 26.0 software. Results. Suicidality was identified in more than 40% of adolescents with BDD. In these cases, greater severity of BDD and depression was observed, as well as a higher frequency of comorbid depression. Passive thoughts about death predominated

in the structure of suicidal behavior among adolescents with BDD. In one-third of patients, suicidality was observed in the absence of clinically defined depression. BDD is an independent risk factor for suicide. Modifiable risk factors for suicidal behavior in adolescents with BDD include social media use, bullying, and disturbed family relationships (emotional neglect). Conclusion. Adolescents with BDD constitute a risk group for suicidal behavior regardless of comorbid depression and require screening for suicidality.

Keywords: dysmorphia, depression, suicidality, adolescents

Введение

Суицидальное поведение подростков - одна из ключевых проблем современной психиатрии. В структуре факторов, ассоциированных с суицидальностью, дисморфическое расстройство (ДР) занимает особое место. По данным первого в мире национального когортного исследования Rautio с соавт. (2024) на выборке 2 833 пациентов с ДР и 28 330 человек из общей популяции в качестве контроля, риск смерти от суицида при ДР в 3,47 раза выше, чем в популяции [1], при обсессивно-компульсивном расстройстве и нервной анорексии [2]. По данным эпидемиологического исследования Krebs с соавт. (2025) ДР встречается у 1,9 % подростков, при этом у девочек в пять раз чаще, чем у мальчиков. В психиатрических стационарах распространённость ДР достигает 10–17%. Пик дебюта дисморфии приходится на 12–16 лет [3]. Rautio с соавт. (2022) показали, что у двух третей пациентов с ДР первый эпизод самоповреждения произошёл до постановки диагноза [4]. Интервал между появлением симптомов и первичной диагностикой составляет 6–11 лет. Значительная часть пациентов годами получает лечение по поводу «депрессии» или «поведенческих расстройств».

Целью исследования явилось изучение взаимосвязи ДР и суицидальности у подростков 12-16 лет.

Объекты и методы

Исследование проводилось на базе СПб ГКУЗ Центр восстановительного лечения «Детская психиатрия» им. С.С. Мнухина. В исследование были включены 75 подростков с ДР (F45.2). Пациенты были разделены на две группы сравнения по признаку наличия суицидальности: пациенты первой группы с ДР (ГР1, n = 32, в т.ч. 26 девочек и 6 мальчиков) имели суицидальное поведение. Во вторую группу (ГР2, n = 43, в т.ч. 32 девочки + 11 мальчиков) вошли пациенты с ДР без суицидальности. Группы не различались по возрасту: возраст пациентов ГР1 составил 14,2 ± 1,2 года (диапазон 12–16 лет), ГР2 - 13,8 ± 1,3 года (U = 672, p = 0,87).

Метод шкальной оценки включал применение Клинической оценочной шкалы для детей и подростков с ДР (BDD-YBOCS-A - Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale Modified for BDD, Adolescent version); Колумбийской шкалы оценки тяжести суицидальности (C-SSRS - Columbia-Suicide Severity Rating Scale); опросник депрессии у детей 7–17 лет CDI (Children's Depression Inventory); опросник детской травмы (CTQ-SF - Childhood Trauma Questionnaire - Short Form).

Статистическая обработка данных выполнена в программе IBM SPSS Statistics 26.0. Ввиду ненормальности распределения большинства количественных переменных, подтверждённой критерием Шапиро-Уилка, применяли непараметрические методы. Для сравнения количественных переменных между двумя группами применяли критерий Манна–Уитни (U-критерий). Для сравнения категориальных переменных между группами использовали критерий χ^2 Пирсона (или точный критерий Фишера при ожидаемых частотах <5). Проводили корреляционный анализ между количественными переменными - коэффициент Спирмена (ρ). Для оценки клинической значимости выявленных различий рассчитывался размер эффекта Cohen's d (для парных сравнений) и r Розенталя (для непараметрических критериев). Критический уровень значимости принят равным p = 0,05.

Результаты и их обсуждение

Суицидальность была выявлена у 42,7% подростков с ДР. Группы сравнения значительно различались по тяжести основного расстройства (29,4 ± 7,1 против 21,8 ± 6,9 балла, соответственно, U = 401, p = 0,002; d = 1,1). Пациенты первой группы в среднем соответствует умеренно-тяжёлому / тяжёлому, тогда как пациенты второй группы - умеренно-тяжёлому течению расстройства. Полученный результат соответствует данным Rautio с соавт. (2022), которые также выявили ассоциацию между более тяжёлым течением ДР и более высоким суицидальным риском [4].

Суицидальность обследованных пациентов характеризовалась преобладанием пассивной идеации над завершёнными попытками. Высокая доля пассивной суицидальной идеации (46,9%) соответствует характеристике суицидального риска при ДР как не всегда очевидного при поверхностной клинической оценке [5]. Завершённые попытки зафиксированы лишь у 2 пациентов (6,3%). Оба пациента с завершёнными суицидальными попытками имели максимально тяжёлые баллы по BDD-YBOCS-A (≥ 36) и CDI (≥ 28). Структура суицидальности представлена в таблице 1.

Таблица 1.

Структура суицидальности у пациентов с ДР

Форма поведения	N	%	Характеристика
Пассивная суицидальная идеация	15	46,9	Мысли о смерти, желание умереть
Активная идеация с конкретным планом	9	28,1	Конкретный план без попытки
Завершённые суицидальные попытки	2	6,3	Острый клинический риск

Уровень депрессии был выше в ГР1 (23,8 ± 5,2 против 15,4 ± 5,8 балла по CDI, соответственно, U = 312, p < 0,001; Cohen's d=1,4). Коморбидная депрессия (CDI ≥ 20 баллов) выявлена у 21 пациента (65,6%) ГР1 и лишь у 13 пациентов (30,2 %) ГР2 (χ^2 = 9,82, p = 0,001). Этот факт согласуется с данными Addison с соавт. (2024) о том, что коморбидная депрессия повышает риск суицидальной идеации при ДР в 4 раза (ОШ = 4,26) [5]. У 11 из 32 пациентов ГР1 (34,4 %) суицидальное поведение наблюдалось при CDI < 20, то есть без клинически значимой депрессии. Примерно каждый третий пациент с суицидальным поведением при ДР не имел депрессии по критерию CDI, что поддерживает идею о необходимости скрининга суицидальности у всех пациентов с ДР, а не только у тех, у кого есть депрессия [5]. Результат также согласуется с данными Phillips с соавт. (2005), показавшими, что ДР - основная причина суицидальных мыслей у 70% пациентов [6].

Корреляция тяжести ДР (BDD-YBOCS-A) с суицидальностью (C-SSRS; ρ = 0,52; p < 0,001) оказалась достоверно сильнее, чем корреляция BDD-YBOCS-A с депрессией (CDI; ρ = 0,36; p < 0,001), что свидетельствует о том, что дисморфофобические переживания вносят значимый суицидогенный вклад: чем тяжелее ДР, тем выше суицидальность, причем эта связь сильнее, чем связь тяжести ДР с депрессией [4, 6].

Интенсивное использование социальных сетей и/или буллинг зафиксированы у 22 из 32 пациентов ГР1 (68,8 %) против 19 из 43 пациентов ГР2 (44,2 %; χ^2 = 4,28, p = 0,039). Это согласуется с данными Gupta с соавт. (2023) о роли социальных сетей как фактора, ассоциированного с ДР [7] и Lavell с соавт. (2024) о роли виктимизации, связанной с внешностью [8], а также Haj Hussain с соавт. (2025) [9].

Школьная дезадаптация зафиксирована у 14 пациентов ГР1 (43,8 %) против 10 пациентов ГР2 (23,3 %; χ^2 = 3,93, p = 0,048), что подтверждает данные Krebs с соавт. (2025) о высокой частоте нарушений учебного функционирования при ДР [3] и дополняет их, показывая, что при суицидальном поведении школьная

дезадаптация встречается значительно чаще. Отказ от посещения школы может рассматриваться как «красный флажок», требующим прицельной оценки суицидального риска.

Критика внешности со стороны родителей выявлена у 21 пациента ГР1 (65,6%) против 16 пациентов ГР2 (37,2 %; $\chi^2 = 4{,}11$, $p = 0{,}042$). В большинстве случаев речь шла о «заботливых» замечаниях, субъективно мотивированных желанием помочь («тебе стоит похудеть», «что ты так выглядишь»), которые ложились на дисфункционально заострённое восприятие, что согласуется с данными Monzani с соавт. (2024) [10]. Эмоциональное пренебрежение по данным CTQ-SF зафиксировано у 16 пациентов ГР1 (50,0 %) против 11 пациентов ГР2 (25,6 %; $\chi^2 = 5{,}54$, $p = 0{,}019$). Monzani с соавт. (2024) установили, что эмоциональное пренебрежение коррелирует с тяжестью ДР [10]. По нашим данным, эмоциональное пренебрежение ассоциируется не только с тяжестью ДР, но и с суицидальным поведением.

Заключение

1. Суицидальность выявлена у 42,7% подростков с ДР.
2. У подростков с ДР и суицидальным поведением отмечается большая выраженность ДР и коморбидной депрессии, а также частота депрессии.
3. В структуре суицидального поведения пациентов с ДР преобладают пассивные мысли о смерти. У трети пациентов суицидальность наблюдается при отсутствии клинически значимой депрессии.
4. ДР является независимым фактором суицидального риска.
5. К модифицируемым факторам риска суицидального поведения у подростков с ДР относятся использование социальных сетей, буллинг, нарушенные внутрисемейные отношения.

Литература/ References:

1. Rautio D., Isomura K., Bjureberg J. et al. Intentional self-harm and death by suicide in body dysmorphic disorder: a nationwide cohort study // Biol Psychiatry. 2024. Vol. 96, № 11. –P. 868–875. doi: 10.1016/j.biopsych.2024.05.006.

2. Angelakis I., Gooding P.A., Panagioti M. Suicidality in body dysmorphic disorder (BDD): a systematic review with meta-analysis // Clin Psychol Rev. 2016. – Vol. 49. P. 55–66. doi: 10.1016/j.cpr.2016.08.002.

3. Krebs G., Clark B.R., Ford T.J., Stringaris A. Epidemiology of body dysmorphic disorder and appearance preoccupation in youth: prevalence, comorbidity and psychosocial impairment // J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2025. Vol. 64, № 1. P. 30–40. doi: 10.1016/j.jaac.2024.01.017.

4. Rautio D., Jassi A., Krebs G. et al. Clinical characteristics of 172 children and adolescents with body dysmorphic disorder // Eur Child Adolesc Psychiatry. 2022. Vol. 31. P. 133–144. doi: 10.1007/s00787-020-01677-5.

5. Addison M., James A., Borschmann R. et al. Suicidal thoughts and behaviours in body dysmorphic disorder: prevalence and correlates in a sample of mental health service users in the UK // J Affect Disord. 2024. Vol. 361. P. 515–521. doi: 10.1016/j.jad.2024.05.145.

6. Phillips K.A., Coles M.E., Menard W. et al. Suicidal ideation and suicide attempts in body dysmorphic disorder // J Clin Psychiatry. 2005. Vol. 66, № 6. P. 717–725. doi: 10.4088/JCP.v66n0607.

7. Gupta M., Jassi A., Krebs G. The association between social media use and body dysmorphic symptoms in young people // Front Psychol. 2023. Vol. 14. doi: 10.3389/fpsyg.2023.1123416.

8. Lavell C.H., Oar E.L., Rapee R.M. Peer relationships and social media use in adolescents with body dysmorphic disorder // Res Child Adolesc Psychopathol. 2024. Vol. 53, № 1. P. 1–13. doi: 10.1007/s10802-024-01245-2.

9. Haj Hussain K., Krebs G., Mataix-Cols D. The influence of social media on body dysmorphic disorder // Front Psychiatry. 2025. Vol. 16. doi: 10.3389/fpsyt.2025.1480721.

10. Monzani B., Luxton R., Jassi A., Krebs G. Adverse childhood experiences among adolescents with body dysmorphic disorder: frequency and clinical correlates // Clin Psychol Psychother. 2024. Vol. 31, № 4. Art. e3028. doi: 10.1002/cpp.3028.

«МОЦАРТ ПСИХОЛОГИИ»: РОЛЬ НАУЧНО-ПЕДАГОГИЧЕСКОГО НАСЛЕДИЯ ЛЬВА СЕМЁНОВИЧА ВЫГОТСКОГО В СИСТЕМЕ РОССИЙСКОЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ НАУКИ (К 130-ЛЕТИЮ АВТОРА КУЛЬТУРНО-ИСТОРИЧЕСКОЙ ТЕОРИИ РАЗВИТИЯ ПСИХИКИ)

Прихода И. В.
Кафедра психологии и конфликтологии
ФГБОУ ВО «Луганский государственный университет имени Владимира Даля», Россия, г. Луганск

Аннотация. В данной статье, приуроченной к 130-летию автора культурно-исторической теории развития психики Льва Семёновича Выготского, с ретроспективно-психологических позиций теоретически изучено, научно обобщено и системно проанализировано научно-педагогическое наследие этого выдающегося психолога, разработавшего основы культурно-исторического направления развития психики, заложившего фундамент психологии нового времени и радикально изменившего вектор российской психологической науки.

Ключевые слова: научно-педагогическое наследие, Лев Семёнович Выготский, российская психологическая наука.

«MOZART OF PSYCHOLOGY»: THE ROLE OF THE SCIENTIFIC AND PEDAGOGICAL HERITAGE OF LEV SEMENOVICH VYGOTSKY IN THE SYSTEM OF RUSSIAN PSYCHOLOGICAL SCIENCE (TO THE 130TH ANNIVERSARY OF THE AUTHOR OF THE CULTURAL AND HISTORICAL THEORY OF THE DEVELOPMENT OF THE PSYCHE)

Prikhoda I. V.
Department of psychology and conflictology
Lugansk State University named after Vladimir Dah,
Russia, Lugansk

Abstract. The summary in English: In this article, dedicated to the 130th anniversary of Lev Semenovich Vygotsky, the author of the cultural-historical theory

of psyche development, the scientific-pedagogical legacy of this outstanding psychologist, who developed the foundations of the cultural-historical approach to psyche development, laid the foundation for modern psychology, and radically changed the vector of russian psychological science, is theoretically examined, scientifically generalized, and systematically analyzed from a retrospective psychological perspective.

Keywords: scientific-pedagogical legacy, Lev Semenovich Vygotsky, russian psychological science.

> «Выготский – “Моцарт психологии”»
> (С. Э. Тулмин – британский философ)

> «Нет смысла гадать, чего мог бы достичь Выготский, проживи он столько, сколько, например, Пиаже, или доживи он до своего столетия. Он наверняка подверг бы конструктивной критике современную психобиологию и теории сознания, однако нет сомнений в том, что он сделал бы это с улыбкой»
> (С. С. Степанов – российский историк психологии)

Введение

В российской науке (как неотъемлемой части мировой науки) есть титанические фигуры (коих не слишком много), имена которых довольно давно и достаточно хорошо известны практически каждому человеку, знакомому с передовой научной мыслью хотя бы косвенно, но истинные масштабы личностей которых совершенно объективно и абсолютно непредвзято могут оценить лишь

профессионалы, специализирующиеся в узкой области научного знания. Именно к таким титанам абсолютно справедливо и исключительно заслуженно относится имя автора культурно-исторической теории развития психики Льва Семёновича Выготского, 130-летие которого отмечает российское (и мировое) профессиональное психологическое сообщество 17 ноября 2026 года.

Объект исследования – научно-педагогическое наследие автора культурно-исторической теории развития психики Льва Семёновича Выготского.

Предмет исследования – культурно-историческая теория развития психики Льва Семёновича Выготского.

Цель исследования – теоретически изучить, научно обобщить и системно проанализировать научно-педагогическое наследие автора культурно-исторической теории развития психики Льва Семёновича Выготского в системе российской психологической науки.

В соответствии с объектом, предметом и целью исследования определены следующие **задачи исследования:**

1. Изучить научно-педагогическое наследие автора культурно-исторической теории развития психики Льва Семёновича Выготского в системе российской психологической науки.

2. Определить роль автора культурно-исторической теории развития психики Льва Семёновича Выготского в системе российской психологической науки.

Методы исследования: теоретическое изучение, научное обобщение и системный анализ специализированных литературных источников и электронных информационных ресурсов, а также результатов собственных психолого-педагогических и социально-психологических исследований.

Результаты исследования

Говорить о Льве Семёновиче Выготском как о человеке (в целом) и об учёном (в частности), и просто и сложно одновременно (подобная дихотомия не редкость).

Просто, потому что в настоящее время в распоряжении и весьма профессиональных психологов, и просто любознательных читателей имеется огромное количество самых разнообразных информационных материалов (от фундаментальных исследовательских монографий и серьёзных научных статей до чрезвычайно кратких околонаучных очерков и очень поверхностных литературных эссе), посвящённых одному из отцов-основателей российской психологической науки.

Сложно, потому что на сегодняшний день для всех нас (профессионалов и дилетантов) вместе и для каждого из нас (профессионала или дилетанта) в отдельности Лев Семёнович Выготский открывается всегда по-разному и неизменно по-новому, давая профессионалам чрезвычайно мощный направленный импульс и постоянно открывая неизведанные ранее горизонты развития психологической теории и практики, а также настойчиво заставляя дилетантов лучше субъективно понимать (и принимать) окружающую действительность в виде объективной реальности.

Подобное противоречие, именуемое в науке дихотомией, не является каким-либо исключением, более того, невиданной редкостью, но именно в случае с Львом Семёновичем Выготским оно активно и постоянно побуждает всех нас вместе и каждого из нас в отдельности (см. выше) открывать новые грани таланта этого удивительного человека (в целом) и выдающегося учёного (в частности).

При этом стоит отметить то весьма любопытное и крайне важное обстоятельство, что не только для студентов, но и для аспирантов (психологов, педагогов, лингвистов и мн. др.) тексты научных работ Льва Семёновича Выготского до сих пор остаются как бы частично зашифрованными и до конца

не разгаданными (вроде бы что-то понятно, но не всё и не совсем). Их скорее заучивают и воспроизводят, нежели осознают и понимают. Справедливо адресованный будущим исследователям резонный вопрос «Что именно сделал Выготский в науках о человеке?» воспринимается ими как провокационный. Мы же стремимся получить пусть предельно краткий, но всё же максимально конкретный ответ, например: «До научных работ Выготского мы не отдавали себе отчета в том, что …» или «Выготский способствовал нашему пониманию того, что …» и т. д. [9].

Когда говорят о «культурно-исторической теории развития психики Льва Семёновича Выготского», то невозможно добиться хотя бы краткой формулировки того, в чём именно эта теория заключается. Упоминают, среди прочего, так называемые «кубики Выготского – Сахарова», имея в виду экспериментальное изучение процесса образования понятий в онтогенезе. Однако ни Леонид Соломонович Сахаров, ни сам Лев Семёнович Выготский в эксперименте онтогенеза понятий не изучали, да и вообще не занимались лонгитюдными исследованиями [9].

Указывают на «эгоцентрическую речь» ребёнка, но при этом не могут толком объяснить, почему пальму первенства в её описании следует отдать именно Льву Семёновичу Выготскому, а не Жану Пиаже, хотя именно Пиаже первым описал данный феномен – его исследования были обобщены и систематизированы в монографии «Речь и мышление ребёнка» (1923 год) [9].

Произносят магические слова «зона ближайшего развития», имея в виду всё то, чему на данном этапе ребёнок способен научиться при условии помощи взрослого или педагога; однако кроме удачной формулировки, здесь не прослеживается особого новшества на фоне многочисленных психолого-педагогических трудов первой четверти прошлого века [6].

Упоминают сложно написанный и трудно произносимый термин «интериоризация», однако не могут логично и последовательно разъяснить, ради

чего и каким образом внешние социальные формы деятельности преобразуются во внутренние психические структуры сознания человека [6].

Вышеуказанных (и им подобных) образовательных (и исследовательских) коллизий и конфузов, к сожалению, возникает превеликое множество на протяжении чрезвычайно долгого времени (по сути, более века) – от появления первых научных работ Льва Семёновича Выготского до сегодняшнего дня [3; 4].

Да что там студенты и аспиранты (при всём уважении к этой социально-демографической категории лиц, они находятся лишь в самом начале своего жизненного пути), даже маститые представители профессионального психологического сообщества (преподаватели и учёные, теоретики и практики) далеко не всегда могут вразумительно и доступно объяснить значимость научно-педагогического наследия Льва Семёновича Выготского [2].

Не в меру ревнивые защитники вышеуказанных категорий лиц с упорством, достойным лучшего применения, на каждом углу твердят о том, что на протяжении довольно долгого времени – с 1931 по 1956 год (то есть, четверти века) имя Льва Семёновича Выготского если и не было начисто вычеркнуто из сокровищницы российской психологической науки, то упоминалось почти исключительно в качестве объекта критики [7].

Отчасти это действительно так, ибо признанная классической книга «Мышление и речь» (1934 год), до публикации которой автор не дожил нескольких месяцев, не переиздавалась до 1956 года, как и прочие опубликованные и неопубликованные при жизни Выготского труды, например, другая классическая книга «Психология искусства» была впервые издана лишь в 1965 году. Да и полное (впрочем, полное ли?) шеститомное «Собрание сочинений» Льва Семёновича Выготского было издано только в 1982 – 1984 годах, спустя полвека после смерти автора [10].

Однако предшествующий период «научной опалы» достаточно быстро сменился будущим периодом «научного признания», при этом, столь поспешного (а потому, не всегда умелого), что восприятие идей Льва

Семёновича Выготского не могло быть не поверхностным, а последовавшее избыточное цитирование автора достаточно быстро сменилось авторитарными ссылками (преимущественно на «Мышление и речь» и «Психологию искусства») [7].

Достаточно давно и довольно хорошо известно (большей частью, профессионалам), что в российскую (и мировую) психологию (как научную дисциплину и практическую специальность) Лев Семёнович Выготский пришёл из искусства (точнее, литературного искусствознания) уже состоявшимся литературоведом и популярным критиком, именитым автором многочисленных и разнообразных очерков, эссе и рецензий на литературные труды знаменитых поэтов «серебряного века» – Дмитрия Сергеевича Мережковского, Зинаиды Николаевны Гиппиус и Бориса Николаевича Бугаева (творившего под псевдонимом «Андрей Белый»), а также на драматические работы выдающегося английского писателя Уильяма Шекспира (в частности, на его любимое произведение «Гамлет»). Это тем или иным образом в той или иной степени наложило определённый отпечаток на его литературный язык (весьма сложный и крайне оригинальный), использовавшийся в качестве профессиональной психологической терминологии своего времени [5].

И всё же, что значит Лев Семёнович Выготский для нас сегодня? Исчерпывающий ответ на этот чрезвычайно актуальный и предельно своевременный вопрос (как и на мн. др. подобные вопросы) даёт культурно-историческая теория развития психики.

Во-первых, культурно-историческая теория развития психики Льва Семёновича Выготского определила абсолютно новую и совершенно оригинальную парадигму психологии, согласно которой необходимо различать низшие и высшие психологические функции и, соответственно, два плана поведения – натуральный, природный (результат биологической эволюции животного мира) и культурный, общественно-исторический (результат исторического развития общества), слитые в развитии психики (симбиоз

биологического и социального в развитии психики – биогенез и социогенез в психогенезе) [1].

Во-вторых, культурно-историческая теория развития психики Льва Семёновича Выготского заложила основы российской психологической науки, породив крупнейшую школу (Московскую психологическую школу), из которой вышла целая плеяда выдающихся учёных (Алексей Николаевич Леонтьев, Александр Романович Лурия, Александр Владимирович Запорожец, Лидия Ильинична Божович, Пётр Яковлевич Гальперин, Даниил Борисович Эльконин и мн. др.), активно продолживших и эффективно развивших фундаментальные идеи своего основателя, которые весьма интересны и крайне актуальны и в наше время [8].

В-третьих, культурно-историческая теория развития психики Льва Семёновича Выготского в её фундаментальном толковании (психологами-теоретиками) и прикладном использовании (психологами-практиками) достаточно давно и довольно прочно объединила обе эти категории профессионально заинтересованных лиц в их весьма активном и очень эффективном стремлении вывести российскую психологическую науку на новый качественный уровень, сохранив в иерархии мировой психологической теории и практики одно из ведущих мест.

Заключение

В результате проведенного теоретического изучения, научного обобщения и системного анализа роли научно-педагогического наследия автора культурно-исторической теории развития психики Льва Семёновича Выготского в системе российской психологической науки, можно сделать следующие предварительно-промежуточные выводы:

1. Научно-педагогическое наследие автора культурно-исторической концепции развития психики Льва Семёновича Выготского в системе российской психологической науки включает научное обоснование и теоретическую разработку совершенно новой психологической концепции

сознания, базирующейся на абсолютно новом понимании сущности человеческой природы, лежащей в основе формирования человека нового типа в условиях нового времени.

2. Роль автора культурно-исторической теории развития психики Льва Семёновича Выготского в системе российской психологической науки заключается, главным образом, в практической реализации абсолютно новой и совершенно оригинальной парадигмы психологии, согласно которой различают низшие и высшие психологические функции и, соответственно, два плана поведения – натуральный, природный (результат биологической эволюции животного мира) и культурный, общественно-исторический (результат исторического развития общества), слитые в развитии психики (симбиоз биологического и социального в развитии психики – биогенез и социогенез в психогенезе).

Перспективы дальнейших исследований состоят в изучении, анализе и оценке роли научно-педагогического наследия автора культурно-исторической концепции развития психики Льва Семёновича Выготского в системе мировой психологической науки.

Литература/ References:

1. Брушлинский А. В. Культурно-историческая теория мышления // Исследования мышления в советской психологии / отв. ред. Е. В. Шорохова. М. : Изд-во «Наука», 1966. С. 123–174.

2. Выгодская Г. Л. Лев Семенович Выготский: Жизнь. Деятельность. Штрихи к портрету / Г. Л. Выгодская, Т. М. Лифанова. М.: Изд-во «Смысл», 1996. 417 с.

3. Завершнева Е. Ю. Записные книжки, заметки, научные дневники Л. С. Выготского: результаты исследования семейного архива (часть 1) / Е. Ю. Завершнева // Вопросы психологии. 2008. № 1. С. 132–145.

4. Завершнева Е. Ю. Записные книжки, заметки, научные дневники Л. С. Выготского: результаты исследования семейного архива (часть 2) / Е. Ю. Завершнева // Вопросы психологии. 2008. № 2. С. 120–136.

5. Записные книжки Л. С. Выготского. Избранное / Под ред. Е. Завершневой, Р. ван дер Веера. М. : Изд-во «Канон+», РООИ «Реабилитация», 2017. 608 с.

6. Лучков В. В. Значение теории Л. С. Выготского для психологии и дефектологии / В. В. Лучков, М. С. Певзнер // Вестник Московского университета. Серия 14. Психология. 1981. № 4. С. 60–70.

7. Радзиховский Л. А. Анализ творчества Л. С. Выготского советскими психологами / Л. А. Радзиховский // Вопросы психологии. 1979. № 6. С. 58–67.

8. Размыслов П. О «культурно-исторической теории» психологии Выготского и Лурия / П. Размыслов // Книга и пролетарская революция. 1934. № 4. С. 78–86.

9. Фрумкина Р. М. Культурно-историческая психология Выготского – Лурия : препринт / Р. М. Фрумкина. М.: Изд-во ГУ «ВШЭ», 2006. 28 с.

10. Эткинд А. М.. Ещё о Л. С. Выготском: Забытые тексты и ненайденные контексты / А. М. Эткинд // Вопросы психологии. 1993. № 4. С. 37–55.

ОЦЕНКА СУИЦИДАЛЬНЫХ ТЕНДЕНЦИЙ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ, СКЛОННЫХ К БРОДЯЖНИЧЕСТВУ С УЧЁТОМ ХАРАКТЕРОЛОГИЧЕКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ

Рафикова З. М., Бабарахимова С. Б.
Кафедра психиатрии, наркологии и детской психиатрии, медицинской психологии
Ташкентский Государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Ташкент

Аннотация. В статье приведены результаты исследования особенностей суицидального поведения девочек-подростков, совершающих побеги из дома и образовательных учреждений с учётом их личностных характеристик.

Ключевые слова: суицидальные тенденции, бродяжничество, семья, девочки-подростки, тревожные расстройства, эмоциональные расстройства, депрессия.

ASSESSMENT OF SUICIDAL TENDENCIES IN ADOLESCENT GIRLS PRONE TO VAGRANCY, TAKING INTO ACCOUNT INDIVIDUAL-PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS

Rafikova Z.M., Babarakhimova S.B.
Tashkent State Medical University, Department of Psychiatry, Addiction Medicine, Child Psychiatry, and Medical Psychology

Abstract. The article presents the results of a study on the characteristics of suicidal behavior among adolescent girls who run away from home and educational institutions, taking into account their personality traits.

Keywords: vagrancy, family, adolescent girls, anxiety disorders, emotional disorders, depression.

Введение

Изучение индивидуально-психологических и личностных характеристик подростков, у которых на фоне депрессивных состояний формируются суицидальные тенденции, сохраняет высокую научную и практическую значимость [1,3]. Существенную роль в формировании поведенческих реакций подростка играют условия его воспитания и особенности внутрисемейного взаимодействия [2,4]. При неблагоприятной семейной ситуации и недостатке эмоционального контакта между подростком и родителями подобные состояния могут оставаться нераспознанными и сопровождаться формированием суицидальных тенденций [5,10]. Пубертатный период сопровождается значительной перестройкой эмоциональной сферы, вследствие чего могут усиливаться проявления депрессивного спектра, переживания собственной неполноценности, недовольство внешностью и дисморфофобические переживания. При неблагоприятной семейной ситуации и недостатке

эмоционального контакта между подростком и родителями подобные состояния могут оставаться нераспознанными и сопровождаться формированием суицидальных тенденций [6,8]. Согласно данным ряда исследователей, аутоагрессивные проявления нередко сочетаются с различными вариантами девиантного, делинквентного и социализированного расстройства поведения [7,9].

Целью настоящего исследования являлось изучение конституционально-личностных характеристик девочек подросткового возраста с синдромом уходов и бродяжничества, склонных к суицидальным тенденциям и риску развития суицидального поведения.

Материалы и методы исследования

В исследование были включены 48 девочек-подростков в возрасте от 15 до 19 лет. Критерием включения в исследование являлось наличие признаков социализированного расстройства поведения, соответствующих диагностическим критериям МКБ-10 (F91.2). Для оценки выраженности синдрома уходов и бродяжничества применялась соответствующая специализированная шкала. Интенсивность депрессивной симптоматики определялась с использованием шкалы Гамильтона. Исследование индивидуально-типологических и характерологических особенностей проводилось посредством опросника Шмишека — Леонгарда.

Результаты исследования и их обсуждение

Анализ результатов исследования характерологических особенностей с помощью теста Шмишека — Леонгарда показал, что выявленные у пациенток личностные особенности не соответствовали уровню сформированного психопатического расстройства. Вместе с тем у всех обследованных обнаруживались различные варианты акцентуаций характера. Демонстративный тип акцентуации был установлен у 5 пациенток (10%), застревающий — у 12 (25%). Дистимические особенности выявлялись у 20 обследованных, что соответствовало 42% всей выборки. Тревожно-боязливый вариант характера был

обнаружен у 6 пациенток (12%), тогда как эмотивный тип отмечался в 10% наблюдений. Таким образом, наиболее часто в исследуемой группе встречалась дистимическая акцентуация. Для пациенток с указанными характерологическими особенностями были типичны повышенная чувствительность к психотравмирующим воздействиям, впечатлительность, склонность к тревожным переживаниям, усиленному самонаблюдению и самоанализу. Характерной особенностью являлась также длительная фиксация на эмоционально негативных переживаниях и затруднённое переключение с них. У пациенток с эмотивным типом личности депрессивное состояние средней степени тяжести диагностировалось наиболее часто — в 80% наблюдений. Только у двух обследованных данной группы была выявлена тяжёлая степень депрессии. Личностный профиль этих подростков характеризовался выраженной эмоциональной лабильностью, повышенной чувствительностью, импульсивностью и склонностью к аутоагрессивным реакциям. В отдельных случаях отмечались нарушения в сфере влечений и нестабильность при установлении и поддержании межличностных отношений.

Тревожно-боязливый тип характера был установлен у 12% обследованных. У данной категории пациенток преимущественно выявлялись депрессивные состояния средней степени тяжести, сопровождавшиеся обсессивно-компульсивными проявлениями. Помимо основных депрессивных симптомов, наблюдались навязчивые страхи и сомнения, а также склонность к длительному возвращению к негативно окрашенным событиям прошлого и их эмоциональной переработке. Изучение возрастных особенностей начала синдрома уходов и бродяжничества позволило установить определённые различия в зависимости от характерологических особенностей. Так, у девочек с гипертимными чертами первые уходы из дома отмечались приблизительно с 11-летнего возраста. У пациенток с неустойчивыми и истероидными чертами первые эпизоды уходов чаще возникали в 13–14 лет. В большинстве случаев побеги носили повторный характер, однако продолжительность отсутствия дома была относительно

небольшой и составляла от 3 до 7 дней. При оценке степени выраженности синдрома уходов и бродяжничества было установлено, что наиболее распространённым являлся вариант средней тяжести — 69% случаев. Лёгкая степень синдрома диагностировалась у 23% обследованных, тогда как тяжёлая степень была выявлена только у одной пациентки. Исследование депрессивной симптоматики в условиях стационара с применением шкалы Гамильтона показало, что лёгкое депрессивное состояние отмечалось у 25% пациенток. Наибольшую группу составили подростки со средней степенью выраженности депрессии — 61%. У двух пациенток была диагностирована тяжёлая депрессия.

Анализ временной взаимосвязи между эмоциональными нарушениями и формированием синдрома уходов показал, что в большинстве наблюдений аффективная симптоматика возникала раньше поведенческих нарушений. В 69% случаев признаки эмоционального неблагополучия отмечались задолго до первого эпизода ухода из дома. Таким образом, формирование синдрома уходов и бродяжничества происходило преимущественно на фоне уже изменённого эмоционального состояния. В ситуациях, связанных с выраженным психотравмирующим воздействием, депрессивная симптоматика приобретала более отчётливый характер.

У пациенток наблюдались переживания собственной несостоятельности и неполноценности, мысли и представления о смерти, которые были выявлены в 69% случаев. В 23% наблюдений отмечались переживания немотивированной вины и нестойкие нарушения в сфере влечений. При наличии продолжительно действующих психотравмирующих обстоятельств депрессивные состояния характеризовались тенденцией к более длительному течению и формированию суицидальных тенденций. При анализе факторов, связанных с возникновением аутоагрессивных проявлений, были выделены несколько наиболее значимых психосоциальных обстоятельств. К ним относились конфликтные отношения внутри семьи, трудности во взаимоотношениях с противоположным полом,

вынужденная или значимая для подростка смена места проживания, а также проблемы, связанные с обучением.

По результатам исследования только суицидальные мысли без сформированного намерения были выявлены у 15% пациенток с истероидными чертами характера. У 42% обследованных с дистимическим складом личности суицидальные мысли сочетались с намерением и элементами планирования. Примерно у трети пациенток (33%), сообщавших о суицидальных переживаниях, в анамнезе имелись суицидальные попытки. Формирование суицидальных действий было связано преимущественно с конкретными психосоциальными конфликтами. Наиболее часто провоцирующим обстоятельством выступали проблемы в отношениях с противоположным полом — 50% случаев. Семейные конфликты являлись провоцирующим фактором в 25% наблюдений, конфликты со сверстницами — в 15%, а внутриличностные противоречия — в 10% случаев. У 60% пациенток, у которых синдром уходов и бродяжничества имел среднюю степень выраженности, наблюдалось демонстративно-шантажное суицидальное поведение.

В качестве способа аутоагрессивного реагирования чаще использовались поверхностные порезы в области предплечий. У 17% обследованных самоповреждения происходили ещё до ухода из дома. В отдельных случаях подобный способ реагирования повторялся при последующих эпизодах ухода. В 10% наблюдений самоповреждающее поведение возникало непосредственно в ситуации попытки взрослых вернуть подростка домой. Вместе с тем у 21% пациенток до первого эпизода ухода из дома не обнаруживалось выраженных эмоциональных нарушений или суицидальных тенденций. У них периодически возникали колебания настроения, а непосредственным мотивом ухода становилось стремление освободиться от воспринимаемого как чрезмерно ограничивающего режима, изменить привычные условия и обстановку.

Заключение

Полученные результаты позволяют рассматривать суицидальные тенденции у девочек-подростков с синдромом уходов и бродяжничества преимущественно в контексте поведенческих и стресс-ассоциированных расстройств, развивающихся на фоне психопатологических состояний непсихотического уровня и имеющих в своей основе демонстративно-шантажный характер. В большинстве исследованных случаев аутоагрессивные проявления носили демонстративно-шантажный характер и были тесно связаны с актуальными межличностными и семейными конфликтами, регистрировались преимущественно у дистимических и демонстративных личностей. Полученные данные подчёркивают необходимость комплексной оценки не только выраженности депрессивной симптоматики, но и характерологических особенностей подростка, семейных взаимоотношений, обстоятельств возникновения уходов из дома и характера аутоагрессивного поведения.

Литература/ 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. Analisys 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. Prevention of behavioral disorders in adolescents with behavioral disorder // Science and innovation international scientific journal volume 4 issue 1 2025, pp. 98 -100 https://doi.org/10.5281/zenodo.14771117

7. Matveeva A.A., Sultonova KB, Abbasova DS et al. Optimization of psycho-diagnostics 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.; с.328-321

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И КЛАССИФИКАЦИИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Рустамова Р. П.
Кафедры «Экология и зелёная трансформация
Национальный университета Узбекистана имени Мирзо Улугбека,
Ресупублика Узбекистан, г. Ташкент

Аннотация. В статье рассматриваются современные подходы к диагностике и классификации психических расстройств. Актуальность темы обусловлена необходимостью повышения точности диагностики, учёта клинического многообразия психических состояний и индивидуальных особенностей пациентов. Рассматриваются современные международные классификационные системы, включая Международную классификацию

болезней 11-го пересмотра (МКБ-11) и DSM-5-TR. Особое внимание уделяется развитию размерного подхода, использованию нейропсихологических и биологических методов исследования, цифровых технологий и искусственного интеллекта. Показано, что перспективным направлением современной психиатрии является переход к комплексной и персонализированной модели диагностики, объединяющей клинические, психологические, биологические и социальные показатели.

Ключевые слова: психические расстройства, диагностика, классификация, МКБ-11, DSM-5-TR, психиатрия, нейропсихология, биомаркеры, искусственный интеллект, персонализированная медицина.

NEW APPROACHES TO DIAGNOSIS AND CLASSIFICATION OF MENTAL DISORDERS

Rustamova R. P.
Department of Ecology and Green Transformation
Mirzo Ulugbek National University of Uzbekistan,
Republic of Uzbekistan, Tashkent

Abstract. The article examines modern approaches to the diagnosis and classification of mental disorders. The relevance of the topic is determined by the need to improve diagnostic accuracy, take into account the clinical diversity of mental conditions, and consider the individual characteristics of patients. Modern international classification systems, including the International Classification of Diseases, 11th Revision (ICD-11), and the DSM-5-TR, are discussed. Particular attention is paid to the development of dimensional approaches, the use of neuropsychological and biological research methods, digital technologies, and artificial intelligence. The article demonstrates that a promising direction in modern psychiatry is the transition toward a comprehensive and personalized diagnostic model that integrates clinical, psychological, biological, and social indicators.

Keywords: mental disorders, diagnosis, classification, ICD-11, DSM-5-TR, psychiatry, neuropsychology, biomarkers, artificial intelligence, personalized medicine.

Введение

Психические расстройства являются одной из наиболее сложных проблем современной медицины и психологии. Они характеризуются большим разнообразием клинических проявлений, различной степенью выраженности симптомов, неодинаковой динамикой заболевания и частым сочетанием нескольких психических состояний у одного пациента. В связи с этим совершенствование методов диагностики и классификации психических расстройств имеет важное научное и практическое значение.

Традиционный подход к диагностике психических расстройств преимущественно основывается на клиническом интервью, наблюдении, анализе жалоб и выявлении определённого набора диагностических критериев. Несмотря на высокую практическую ценность такого подхода, современная психиатрия сталкивается с проблемой значительной клинической неоднородности пациентов. Люди с одинаковым диагнозом могут иметь существенно различающиеся симптомы, течение заболевания и ответ на лечение.

В связи с этим в последние годы активно развиваются новые модели диагностики, направленные на более комплексную оценку психического состояния человека.

Основная часть Одним из основных инструментов современной психиатрической диагностики являются международные классификационные системы. Важным этапом их развития стало внедрение **МКБ-11**, разработанной Всемирной организацией здравоохранения. Новая классификация предусматривает обновление диагностических категорий психических и поведенческих расстройств и направлена на повышение клинической применимости системы.

Другой широко используемой системой является DSM-5-TR — Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision**,** разработанная Американской психиатрической ассоциацией. Данная система содержит стандартизированные диагностические критерии для широкого спектра психических расстройств и активно используется в клинической практике и научных исследованиях.

Современные классификации сохраняют значение категориального подхода, однако всё больше внимания уделяется размерной модели диагностики**.** При категориальном подходе психическое состояние рассматривается преимущественно с точки зрения наличия или отсутствия определённого расстройства. Размерный подход, напротив, позволяет учитывать степень выраженности симптомов и рассматривать психопатологические проявления как континуум.

Размерная оценка может иметь особое значение при диагностике состояний, клиническая картина которых характеризуется высокой вариативностью. Она позволяет получить более детальное представление о состоянии пациента и учитывать изменения выраженности симптомов в процессе наблюдения.

Другим перспективным направлением является применение нейропсихологических методов**.** Исследование памяти, внимания, исполнительных функций, эмоциональной регуляции и других когнитивных процессов позволяет дополнить клиническую картину заболевания. Нейропсихологическое обследование особенно важно при состояниях, сопровождающихся когнитивными нарушениями.

Развиваются также биологические методы исследования психических расстройств. Современные исследования включают изучение генетических факторов, нейрофизиологических показателей, особенностей функционирования головного мозга и потенциальных биомаркеров. Методы

нейровизуализации позволяют исследовать структурные и функциональные особенности мозга.

При этом необходимо отметить, что на сегодняшний день большинство потенциальных биомаркеров не являются достаточно специфичными для самостоятельной постановки психиатрического диагноза. Поэтому их применение должно рассматриваться в комплексе с клиническими и психологическими методами обследования.

Значительный интерес представляет использование цифровых технологий и искусственного интеллекта в психиатрии. Анализ больших массивов медицинских данных, результатов психологического тестирования, речевых характеристик и других цифровых показателей открывает новые возможности для исследования психических расстройств.

Алгоритмы машинного обучения потенциально могут использоваться для выявления закономерностей в больших объёмах данных и оказания помощи специалисту при диагностическом процессе. Однако применение искусственного интеллекта требует обязательной оценки точности, воспроизводимости и клинической валидности алгоритмов. Кроме того, особое значение имеют вопросы конфиденциальности медицинской информации, защиты персональных данных и соблюдения этических принципов.

Одним из перспективных направлений развития современной психиатрии является персонализированный подход**.** Он предполагает рассмотрение пациента не только с позиции установленного диагноза, но и с учётом индивидуального профиля симптомов, когнитивных особенностей, сопутствующих состояний, социальных факторов и динамики заболевания.

Персонализированная психиатрия может способствовать более точной оценке состояния пациента и выбору индивидуализированной стратегии лечения. Важным компонентом такого подхода является динамическое наблюдение, позволяющее оценивать изменение симптомов во времени, а не ограничиваться результатами однократного обследования.

Следовательно, современные тенденции демонстрируют постепенное расширение диагностической модели: от определения отдельной категории психического расстройства к комплексному анализу симптомов, когнитивных функций, биологических характеристик и факторов окружающей среды.

Заключение

Развитие современных подходов к диагностике и классификации психических расстройств связано с переходом от исключительно категориальной модели к более комплексной, размерной и персонализированной оценке психического состояния. МКБ-11 и DSM-5-TR обеспечивают систематизацию и стандартизацию диагностических подходов, тогда как нейропсихологические исследования, нейровизуализация, изучение биологических маркеров и цифровые технологии расширяют возможности современной психиатрии.

Перспективным направлением является интеграция различных источников информации в единую диагностическую модель. При этом новые технологии не должны полностью заменять клиническую оценку специалиста, а должны использоваться как дополнительные инструменты. Их внедрение требует доказательной оценки эффективности, соблюдения этических норм и обеспечения защиты персональных данных пациентов.

Таким образом, дальнейшее развитие диагностики психических расстройств предполагает сочетание клинического опыта с современными научными технологиями, что создаёт основу для более индивидуализированного и научно обоснованного подхода к оценке психического здоровья.

Литература / References:

1. World Health Organization. International Classification of Diseases 11th Revision (ICD-11)**.** Geneva: World Health Organization.

2. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5-TR**.** Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing, 2022.

3. World Health Organization. World Mental Health Report: Transforming Mental Health for All. Geneva: WHO, 2022.

4. Insel T., Cuthbert B., Garvey M., Heinssen R., Pine D.S., Quinn K., Sanislow C., Wang P. Research Domain Criteria (RDoC): Toward a new classification framework for research on mental disorders. American Journal of Psychiatry.

5. First M.B., Williams J.B.W., Karg R.S., Spitzer R.L. Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders (SCID-5). Arlington, VA: American Psychiatric Association Publishing.

6. Kendler K.S. The nature of psychiatric disorders: conceptual and methodological considerations. Psychological Medicine.

НОЭТИЧЕСКОЕ ИЗМЕРЕНИЕ ЗАВИСИМОГО ПОВЕДЕНИЯ: ОБЗОР ЗАРУБЕЖНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Савченко Д. В.
Кафедра общей психологии
ФГАОУ ВО «Российский государственный гуманитарный университет»,
Россия, г. Москва

Аннотация. В данной статье представлен обзор зарубежных исследований, посвященных смысловым, экзистенциальным, духовно-ценностным характеристикам зависимого поведения. Целью работы является теоретическое обобщение зарубежных работ, в которых рассматривается ноэтическое измерение зависимого поведения, а также выделение ключевых направлений, по которым может вестись изучение ноэтического компонента зависимости. Новизна работы определяется систематизацией научных представлений о ноэтическом компоненте зависимого поведения, который рассматривается как многомерное личностное образование, в котором объединены четыре взаимосвязанных аспекта: смысловой, духовно-ценностный, экзистенциально-регуляторный и личностно-трансформационный. Сделан вывод о том, что дальнейшее эмпирическое изучение структуры данного

компонента и его роли в профилактике зависимости, оценке риска и сопровождении восстановления представляет собой перспективное направление.

Ключевые слова: ноэтическое измерение, ноэтический компонент, зависимое поведение, смысловые, экзистенциальные, духовно-ценностные характеристики зависимого поведения.

NOETIC MEASUREMENT OF DEPENDENT BEHAVIOR: A REVIEW OF FOREIGN STUDIES

Savchenko D.V.
Department of general psychology,
Russian state university for the Humanities, Moscow, Russia

Abstract. This article provides an overview of foreign studies on the semantic, existential, spiritual and value characteristics of addictive behavior. The purpose of the work is a theoretical generalization of foreign works that consider the noetic dimension of dependent behavior, as well as the identification of key areas in which the noetic component of addiction can be studied. The novelty of the work is determined by the systematization of scientific ideas about the noetic component of dependent behavior, which is considered as a multidimensional personal education, which combines four interrelated aspects: semantic, spiritual-value, existential-regulatory and personal-transformational. It is concluded that further empirical study of the structure of this component and its role in addiction prevention, risk assessment and recovery support is a promising direction.

Keywords: noetic dimension, noetic component, dependent behavior, semantic, existential, spiritual and value characteristics of dependent behavior.

Введение

Многомерность – неотъемлемая характеристика зависимости как явления. Ее исследование опирается на биопсихосоциальную модель, логика которой связывает появление и последующее поддержание аддикции с комбинацией трех начал: предрасположенностью наследственного и физиологического порядка,

устройством личности и средовым влиянием. Психологический срез данной картины образует совокупность механизмов. Среди них – эмоции, с трудом поддающиеся регуляции; напряжение внутри, требующее разрядки и ищущее выхода; тягостные переживания, которых хочется избежать; недостаточная способность удерживать себя в рамках; а также неэффективные стратегии совладания со стрессом, которые, единожды закрепившись, начинают воспроизводиться автоматически.

При этом трех перечисленных групп факторов, как известно, недостаточно для описания того, чем зависимость является для самого человека. При подобном ракурсе ее внутренняя сторона остается незамеченной. Зависимость дает о себе знать не только через поступки, переживания и связи с окружающими. Она проникает в глубинные основания – в то, каким образом человек осмысляет себя, воспринимает собственную жизнь, задает ее ориентиры и оценивает ее смысл. По нашему убеждению, именно этот пласт чаще всего выпадает из поля зрения исследователей, когда те ограничиваются биопсихосоциальным подходом. Отсюда и вытекает потребность рассматривать отдельно смыслы, ценности и экзистенциальные опоры личности – то, что принято обозначать как ноэтическое измерение.

Гуманистический, экзистенциальный и духовно-ориентированный подходы позволяют взглянуть на зависимое поведение через призму переживания внутренней пустоты, потери жизненных ориентиров, нарушения идентичности и трудностей в выстраивании осмысленного жизненного пути. При этом духовность неверно сводить лишь к религиозности. В нее может входить поиск смысла жизни, осмысление страдания, ощущение связи с другими людьми, выработка личной системы ценностей и нацеленность на значимые ориентиры.

В отечественной психологии, ноэтическое измерение изучается фрагментарно – через призму ценностно-смысловой сферы, религиозных ориентаций, психологического благополучия, Я-концепции и копингового

поведения у лиц с алкогольной зависимостью. Особый акцент делается на ценностных и религиозных ориентациях тех, кто участвует в семейных духовно-ориентированных реабилитационных программах [1, с. 164]. Так, предметом исследования становится связь ценностных ориентаций и психологического благополучия у студентов, обнаруживающих склонность к алкогольной зависимости [2, с. 80]. Помимо этого, в поле внимания попадают особенности Я-концепции и копингового поведения при алкогольной зависимости, в том числе специфика самооценки и совладающих стратегий [3, с. 116].

Итак, русскоязычные исследования охватывают лишь отдельные составляющие ноэтического измерения, в то время как ее целостное осмысление пока представлено недостаточно. Иная ситуация в зарубежной психологии: здесь ноэтическому компоненту зависимости отведен значительный объем теоретических и эмпирических разработок. Именно поэтому обращение к зарубежному опыту становится обязательным условием для выстраивания целостного взгляда на данную проблему.

Цель - теоретическое обобщение зарубежных работ, в которых рассматриваются смысловые, духовные, ценностные и экзистенциальные стороны зависимого поведения. Наряду с этим предполагается обозначить ключевые направления, по которым может вестись изучение ноэтического компонента зависимости.

Материалы и методы исследования

Методологической основой работы выступил теоретический анализ зарубежной научной литературы, в которой освещаются смысловые, духовные, экзистенциальные и ценностные аспекты зависимого поведения. Критериям включения в обзор отвечали научные публикации последних пяти лет (2022-2026 гг.), увидевшие свет в рецензируемых журналах и проиндексированные в базах данных Scopus и Web of Science.

В качестве ключевых направлений анализа выступили, с одной стороны, смысл жизни и смыслообразование применительно к зависимости, с другой –

экзистенциальная фрустрация и переживание бессмысленности. Помимо этого, в поле рассмотрения попали духовность и религиозность как потенциальные ресурсы восстановления; переориентация ценностей и постановка жизненных целей; личная ответственность, принятие и осмысленное поведение; а также связь смысла жизни с психологическим дистрессом и проявлениями зависимого поведения.

Обсуждение

Динамику обретения смысла жизни у лиц, преодолевающих наркотическую зависимость, исследовали Т. Исвардани, З.Л. Деви, В.В. Мансоер и И.Ирванто [8, с. 594]. Качественный дизайн и метод анализа отдельных случаев составили основу проведенной работы. Выборку образовали пятеро мужчин 24-49 лет, чей опыт включал наркотическую зависимость, а продолжительность воздержания от употребления колебалась от 4 до 19 лет. С каждым участником проводилось глубинное полуструктурированное интервью; полученные данные анализировались с опорой на модель смыслообразования К. Парк и модель стадий восстановления после зависимости.

Смыслообразование авторы трактовали как процесс в динамике, куда входят интерпретация травматического опыта, оценивание событий жизни, переживание дистресса и перестройка представлений человека о себе и об окружающем мире. При этом неблагоприятные события детства обнаружились абсолютно у каждого участника. В их числе – эмоциональное пренебрежение, насилие, семейные конфликты, потеря близких, нарушения в детско-родительских отношениях. Подобный опыт не оставался незамеченным: он формировал ту рамку, сквозь которую человек в дальнейшем воспринимал и себя, и то, как складывается его жизнь.

На начальных этапах наркотические вещества выступали неадаптивным способом совладания. С их помощью удавалось снимать эмоциональное напряжение и внутренний дискомфорт. Они ненадолго отодвигали чувство одиночества, придавали уверенность в себе, дарили ощущение принятия со

стороны значимой группы. Но последствия наступали не сразу: жизненные трудности нарастали, вспыхивали конфликты, здоровье подрывалось, и одни проблемы сменялись другими.

Среди существенных выводов работы – обнаружение сдвига от неконструктивного смыслообразования к конструктивному. Точкой перелома нередко выступало переживание критической ситуации, которую сами участники именовали достижением «дна жизни». Именно такой опыт побуждал их пересматривать прежние способы интерпретации собственного прошлого и искать новые основания для того, чтобы жить дальше. Отсюда следует, что смыслообразование допустимо рассматривать как один из механизмов личностной трансформации в ходе борьбы с зависимым поведением. Вместе с тем поиск смысла не выстраивается линейно: его могут сопровождать кризисы, рецидивы и повторное переосмысление жизненного опыта. При этом авторы акцентируют внимание на том, что малочисленность выборки и ретроспективный характер рассказов участников не дают возможности вывести универсальную причинно-следственную модель формирования зависимого поведения.

Примерно схожие результаты были получены в работе К. МакИнерни, Д. Бест и П. Ходжсон [9, с. 232], которая посвящена роли смысла и цели в жизни у людей старше 50 лет, которые восстанавливаются от алкогольной зависимости. В исследовании принял участие 381 человек старше 50 лет, а главным выводом исследования является то, что чем выше у человека показатели смысла и цели в жизни, тем дольше длится его ремиссия. То есть смысложизненные ориентации положительно связаны с устойчивостью восстановления. Дополнительно респондентов разделили на две группы: раннее начало зависимости – 249 человек (65,4%); позднее начало – 132 человека (34,6%). В итоге у группы с поздним началом ремиссия оказалась короче (в среднем 3,27 года против 12,71 года), но при этом они сильнее стремились к поиску смысла.

Влияние религиозности на восстановление после наркотической зависимости стало предметом качественного феноменологического исследования, выполненного Ф. Салим [12]. Работа ставила целью изучить субъективный опыт афроамериканских женщин – участниц программы «Праздник восстановления» – и их представления о том, как религиозность сказывается на процессе восстановления.

Методическую базу составили полуструктурированные интервью и тематический анализ. Выборка насчитывала 13 женщин с опытом употребления психоактивных веществ и участия в программе реабилитации. В качестве теоретической опоры выступила структурно-функциональная концепция религиозной организации Т. Парсонса, в которой религия предстает системой убеждений и практик, сплачивающей людей вокруг общих моральных и социальных норм.

По рассказам участниц, религиозность ими представлялась двояко: и как система убеждений, и как способ социальной включенности. От религиозного сообщества исходила эмоциональная поддержка, возникало чувство принадлежности, открывалась возможность выстраивать новые социальные связи, не сопряженные с употреблением психоактивных веществ. Однако религиозный опыт не всегда имел положительную окраску. К примеру, участницы встречались со стыдом, виной, стигматизацией и осуждением со стороны окружающих по отношению к людям с зависимостью. Отсюда следует, что влияние религиозности может определяться тем, каково содержание убеждений, какова специфика религиозной среды и как складывается взаимодействие человека с сообществом.

Для ноэтического измерения существенно то, что зависимое поведение способно уходить корнями в неконструктивную интерпретацию травматического опыта, тогда как употребление психоактивных веществ может брать на себя роль временного заместителя утраченного смысла. Что касается восстановления, оно подразумевает переосмысление представлений о себе и

собственной жизни, выстраивание более адаптивных жизненных целей, а также смену личностной идентичности и способов реагирования на трудности.

В работе А. де Резенде-Пинто и А. Морейра-Алмейда [11, с. 276] поднимается вопрос о том, каким образом духовность и религиозность могут быть встроены в профилактику и лечение расстройств, вызванных употреблением алкоголя и других психоактивных веществ. Их работа сочетает теоретико-аналитический и практико-ориентированный подходы, а ее цель – выработка рекомендаций, позволяющих этично и научно обоснованно учитывать духовно-религиозную сферу личности при оказании помощи людям с зависимостью.

Зависимое поведение, по мысли авторов, возникает там, где сплетаются четыре группы факторов – биологические, психологические, социальные и духовные. В число духовных входят утрата смысла жизни, чувство вины, переживание отчужденности и безнадежности, а также притупление ощущения собственной ценности. Исходя из этого, биопсихосоциальную модель предлагается преобразовать в биопсихосоциодуховную. В рамках данной модели духовные ресурсы выступают не альтернативой медицинской, психологической или социальной помощи, а еще одной составляющей комплексной реабилитации, которая дополняет прочие.

Авторы описывают ряд механизмов, посредством которых духовность и религиозность способны производить положительный эффект. Одни из них помогают человеку наполнять смыслом собственную жизнь и свои страдания, пробуждают надежду, укрепляют связи с другими людьми и включают его в поддерживающее сообщество. Другие развивают ответственность, подводят к конструктивным формам поведения, усиливают мотивацию к лечению и веру в собственные силы. Кроме этого, они дают возможность заново выстроить жизненные приоритеты. В качестве потенциальных ресурсов при этом рассматриваются молитва, медитация и иные духовные практики.

Похожие результаты были представлены и в крупнейшем метаанализе 55 лонгитюдных исследований с охватом 540712 участников, который провели Ко Н. и соавторы [7]. Это первый масштабный метаанализ, системно оценивший связь духовных практик с риском употребления психоактивных веществ. Ключевыми результатами исследования было следующее: широкий спектр духовных практик (участие в религиозных или духовных сообществах, посещение служб, медитация, молитва) снижает риск опасного и вредного употребления алкоголя и наркотиков на 13% (RR = 0,87). При посещении религиозных служб чаще одного раза в неделю риск снижается на 18% (RR = 0,82). При этом защитный эффект устойчиво проявляется по всем четырем категориям веществ – алкоголю, табаку, каннабису и нелегальным наркотикам, – причем как в профилактике, так и в восстановлении.

Возвращаясь к работе А. де Резенде-Пинто и А. Морейра-Алмейда, стоит отметить, что авторы акцентируют внимание на том, что необходимо придерживаться этических принципов: навязывать пациенту религиозные убеждения либо какую-либо секулярную мировоззренческую позицию специалист не вправе. Оценка значимости духовности должна носить индивидуальный характер, поскольку для части людей религиозная и духовная сферы могут не играть важной роли.

Отдельный акцент на смысловых и регуляторных сторонах восстановления сделан в работе Т. Б. Сис, К.Р. Кокса, А.Л. Визе, Е.К. Сандос и К.Найта [13]. Предметом их изучения стал феномен «состояния принятия», передаваемый также как «состояние отказа от сопротивления». Авторы трактуют его как готовность принимать складывающиеся обстоятельства, не оказывая им серьезного сопротивления, и прослеживают его связь с вовлеченностью в лечение и наличием смысла жизни.

Выборку составили 123 человека, которые проходили в системе уголовной юстиции шестимесячную стационарную программу лечения расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ. Оценка вовлеченности в

лечение строилась на нескольких показателях: участие в терапевтических мероприятиях, качество взаимодействия с психологом и поддержка со стороны других участников программы.

Полученные данные показали, что все три компонента обнаружили положительную связь с выраженностью состояния принятия. Мало того, это состояние выступило статистическим посредником – через него опосредовалась связь отдельных аспектов вовлеченности в лечение с наличием смысла жизни. С точки зрения авторов, принятие позволяет перенести акцент с избегания неприятных переживаний на поступки, согласующиеся с личными ценностями и значимыми целями. В таком случае тревога, вина или стыд могут переживаться человеком и без того, чтобы данные состояния были сняты посредством психоактивных веществ.

С точки зрения ноэтического измерения состояние принятия раскрывается через ряд способностей. Человек принимает трудные жизненные обстоятельства, не теряет связи с собственными ценностями, выбирает поведение, сообразуясь со значимыми целями, отказывается от автоматических стратегий избегания и ориентируется на результаты, значимые в долгосрочной перспективе. При этом принятие важно не смешивать с пассивностью или отказом от изменений. Наоборот, принятие способно выступать условием активного выбора более адаптивного поведения.

Конечно, стоит обозначить и ограничение данного исследования: поперечный дизайн не позволяет утверждать, что состояние принятия оказывает причинное воздействие – ни на то, как формируется смысл жизни, ни на то, насколько успешным будет лечение. По сути, все, что удается зафиксировать на основании полученных данных, сводится к статистическим взаимосвязям между переменными.

К теме бессмысленности как вероятного аспекта зависимого поведения обращается в своей работе Н.Ф. Ммагу [10, с. 67], изучая связь наркотической зависимости и чувства бессмысленности. Текст работы представляет собой

скорее философско-психологический жанр: зависимость в нем осмысляется сквозь призму экзистенциальной психологии и логотерапии В. Франкла. В качестве опорных понятий выступают чувство бессмысленности, экзистенциальная фрустрация, экзистенциальный вакуум, свобода и ответственность.

Придерживаясь данной логики, человеку недостаточно закрыть биологические и социальные потребности. Ему необходимо еще и чувствовать, что его существование обладает определенным весом. Как только жизненные ориентиры теряются, внутри возникает пустота, приходит фрустрация, нарастает отчуждение, и становится все труднее понять, куда двигаться дальше. В этот момент психоактивные вещества могут встроиться в жизнь в качестве средства позволяющего на время заглушить эмоциональную боль, внутренний конфликт или переживание бессмысленности.

Однако Н.Ф. Ммагу предостерегает: возводить зависимость к одному лишь дефициту смысла неверно, ведь ее возникновение определяется и социальной средой, и структурным насилием – они сужают возможности человека удовлетворять базовые потребности и раскрывать собственный потенциал. В числе направлений помощи автор указывает логотерапию. Ее задача – помочь найти и реализовать индивидуальный смысл жизни, осмыслить личный опыт, вернуть способность выбирать, принять ответственность, сформировать важные жизненные цели и переосмыслить страдание.

Таким образом, работа Н.Ф. Ммагу позволяет вычленить экзистенциально-смысловой дефицит в качестве одного из аспектов проблемного функционирования личности. Формы его проявления различны: отсутствуют субъективно значимые цели, внутри ощущается пустота, теряется перспектива, а зависимое поведение служит временным уходом от экзистенциального дискомфорта. Однако самостоятельного эмпирического исследования в статье нет. Поэтому ее положения представляют собой теоретическую интерпретацию, а не доказательство причинной связи между бессмысленностью и зависимостью.

Подобное было изучено в работе М. Фразао [5, с. 1241], который рассматривал смысл жизни и подлинность: феноменологический взгляд на людей, зависимых от химических веществ. Автор объединяет идеи М. Хайдеггера и В. Франкла, рассматривая зависимость не только как биологическую или социальную проблему, но как экзистенциальный феномен, а общим выводом исследования является то, что путь к восстановлению не сводится к преодолению физической зависимости. Он предполагает воссоединение с ценностями и смыслом, а также реконструкцию истинного жизненного пути. Терапия должна способствовать «раскрытию бытия», переосмыслению страдания и восстановлению аутентичности.

Помимо этого, в фокус исследования О. Гликсберг и соавторов [6] попали смысл жизни, психопатологические симптомы и разнообразные формы зависимостей – как химических, так и поведенческих. Смысл жизни ими трактуется как субъективное переживание связности, целенаправленности и значимости собственного существования. В работе проверялась модель, объединяющая смысл жизни, психологический дистресс и зависимое поведение.

Исследование этих феноменов разворачивалось в Израиле в период войны «Железные мечи». В него вошли две выборки: 1084 молодых человека в возрасте от 18 до 26 лет и 2912 взрослых участников от 18 до 70 лет. Для измерения смысла жизни, депрессивных, тревожных и посттравматических симптомов, проблемного употребления алкоголя, каннабиса и лекарственных препаратов, а также поведенческих зависимостей – азартных игр, игровой деятельности, использования интернета и социальных сетей – применялись стандартизированные опросники. Обработка данных велась с помощью корреляционных, регрессионных и медиаторных моделей.

Полученные результаты оказались следующими: чем отчетливее ощущение смысла жизни, тем менее выражены психопатологические симптомы, проблемное употребление психоактивных веществ и поведенческие зависимости. Медиаторный анализ выявил, что депрессивные и

посттравматические симптомы отчасти опосредуют связь между наличием смысла жизни и зависимым поведением. Дополнительные анализы дали основания предполагать возможную взаимность этих связей: зависимое поведение способно усугублять психологический дистресс, а тот, в свою очередь, сопровождается ослаблением ощущения смысла жизни.

В итоге, смысл жизни допустимо трактовать как внутренний психологический ресурс. Он сопряжен с целевой направленностью личности и с тем, насколько значимым субъективно воспринимается собственное существование. При нехватке этого ресурса возрастает уязвимость к психологическому дистрессу и зависимому поведению. Действует и обратная сторона: сама зависимость усугубляет отчуждение, чувство вины, депрессивные переживания, утрату жизненных ориентиров. Отсюда следует вывод – смыслоориентированные подходы заслуживают внимания как перспективное направление профилактики и психологической помощи.

Однако, необходимо сказать и о границах исследования. Оно разворачивалось в конкретном социокультурном и историческом контексте, а его результаты опираются преимущественно на самоотчеты и статистические взаимосвязи. Поэтому однозначно установить причинное направление выявленных связей они не позволяют.

Наконец, многоуровневый взгляд на восстановление после зависимости предлагает С. Баттон [4, с. 131]. Предметом его работы выступают ключевые компоненты восстановления, а теоретической опорой для нее послужила модель благополучия PRISM. Указанная модель сводит воедино сразу несколько традиций: экзистенциальную психотерапию, логотерапию, позитивную психологию и концепцию ресурсов восстановления. Само название PRISM отражает пять взаимосвязанных областей: Perspective – отношение к собственному опыту; Relationships – отношения и социальные связи; Intention – намерение и целенаправленные действия; Strength – личностные ресурсы и устойчивость; Meaning – смысл.

В рамках указанной модели отказ от психоактивных веществ – далеко не все, чем исчерпывается восстановление. Речь идет о многосоставном процессе, где благополучие прирастает одновременно на психологическом, социальном, личностном и экзистенциальном уровнях. Для ноэтического измерения ключевое значение приобретает область «Смысл» (Meaning), связанная с переживанием смысла жизни и духовностью. Смысловая сфера при этом рассматривается не сама по себе, а в сцепке с прочими элементами модели. За изменением перспективы стоит переосмысление личной истории и прошлого опыта. Отношения передают ценность социальных связей и взаимной поддержки. Намерение соотносится с целенаправленными действиями и ценностно ориентированным образом жизни. Сила же связана с устойчивостью, преодолением трудностей и принятием ответственности.

Итак, ноэтические характеристики в модели PRISM обнаруживают себя в целом ряде плоскостей. За осмыслением человеком собственной биографии следуют формирующиеся жизненные намерения, затем поведение обретает ценностные ориентиры, приходит ответственность, развивается духовность, выстраиваются значимые отношения и, наконец, складываются представления о будущем.

Ограничение, о котором следует сказать отдельно: судить об универсальности подобной модели пока рано – для этого потребуются новые эмпирические исследования, выполненные на разных выборках. А сама работа С. Баттона подводит к тому, что восстановление – это нечто большее, чем избавление от зависимости: речь идет о выстраивании целостной и осмысленной жизненной структуры. Отказ от потребления психоактивных веществ в этой картине оказывается лишь одной из составляющих позитивных изменений – причем далеко не единственной.

Заключение

Проведенный обзор зарубежных работ позволяет трактовать ноэтическое измерение зависимого поведения как образование многомерного характера. Его

составляющие охватывают смысловые, экзистенциальные, духовно-ценностные и регуляторные характеристики личности. В этот же круг попадают наличие либо дефицит смысла жизни, жизненные цели, ценностные ориентации, духовность, религиозность, ответственность, социальная поддержка, переосмысление травматического опыта и изменение идентичности.

Ноэтические характеристики обнаруживают двустороннюю связь: они сопряжены и с уязвимостью к зависимости, и с восстановлением. Дефицит смысла и жизненных ориентиров нередко идет рука об руку с психологическим дистрессом, а психоактивные вещества превращаются в неадаптивный способ совладания. Возможен и обратный расклад: конструктивные смыслы, ценностно ориентированное поведение, ответственность и поддерживающие социальные связи содействуют восстановлению. Причем восстановление не сводится к смене поведения. Оно подразумевает перестройку смысловой и ценностной структуры личности: прошлый опыт переосмысляется, самоидентификация меняется, складывается новый образ будущего.

Отдельно, сам по себе, ноэтический компонент конечно же не существует. Он вплетен в психологические, социальные и биологические факторы, а его наполнение и воздействие определяются пройденным опытом человека и той социальной средой, в которой он пребывает. Вместе с тем следует очертить границы интерпретации: небольшие выборки, преобладание качественных и поперечных дизайнов, опора полученных данных на самоотчеты испытуемых, а также невозможность установить причинно-следственные связи. Сопоставлению исследований между собой препятствуют и расхождения в трактовке ключевых понятий.

Дальнейшие исследования могут разворачиваться в нескольких направлениях. Прежде всего, предстоит выстроить структурную модель ноэтического измерения. Затем требуется прояснить, каким образом соотносятся между собой его отдельные аспекты. И наконец, важно определить сферы практического применения этой концепции: оценка риска зависимого поведения,

анализ траекторий восстановления, разработка дифференцированных программ профилактики и психологической помощи.

Литература/ References:

1. Бабурин А.Н., Магай А.И., Рязанова Т.Б. Об особенностях ценностных и религиозных ориентаций участников семейных клубов трезвости // Психическое здоровье семьи. 2024. С. 162–167. DOI: 10.24412/cl-37257-2024-1-162-167.

2. Метельская М.А., Продовикова А.Г. Особенности ценностных ориентаций и психологического благополучия студентов, склонных к алкогольной зависимости // Гуманитарные исследования. Педагогика и психология. 2022. № 9. С. 74–84. DOI: 10.24412/2712-827X-2022-9-74-84.

3. Милаева Т.В. (2023). Особенности Я-концепции и копингового поведения у людей с алкогольной зависисимостью. Society and Security Insights, 6(1), 107-124. https://doi.org/10.14258/SSI(2023)1-07.

4. Button C. Exploring Essential Components of Addiction Recovery through the PRISM Model of Wellness: doctoral dissertation. 2026. 217 p.

5. Frazão, M. A. (2025). Sentido de vida e autenticidade: Um olhar fenomenológico para o dependente químico. Revista AMAzônica, *18*(1), 1220–1244.

6. Gliksberg O., Lifshin U., Ankri Y., Skvirsky V., Shmulewitz D., Levitin MD., Lev-Ran S., Kor A. and Mikulincer M. Meaning in life and the mental health - addiction spiral: testing a unifying model. Front. Psychiatry. 2026 Apr 10; 17:1777424. doi: 10.3389/fpsyt.2026.1777424.

7. Howard Koh, et al. Spirituality and harmful or hazardous alcohol and other drug use: a meta-analysis of longitudinal studies. JAMA Psychiatry. Published February 18, 2026. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2025.4816.

8. Iswardani T., Dewi Z. L., Mansoer W. W., Irwanto I. Meaning-Making among Drug Addicts during Drug Addiction Recovery from the Perspective of the

Meaning-Making Model // Psych. 2022. Vol. 4, no. 3. P. 589–604. DOI: 10.3390/psych4030045.

9. McInerney K., Best D., & Hodgson P. (2025). A cross-sectional study investigating the role of meaning and purpose in life among older individuals (≥50-years old) in recovery from alcohol use disorder/problem drinking. Alcoholism Treatment Quarterly, *43*(2), 230–252. https://doi.org/10.1080/07347324.2024.2423672.

10. Mmagu, N.F. (2025). Drug Addiction and the Feeling of Meaninglessness: Countering the New Wave of Noögenic and Psychosocial Pathology in Nigeria, International Journal for Psychotherapy in Africa 10(1): 61-74.

11. Rezende-Pinto A., Moreira-Almeida A. Guidelines for integrating spirituality into the prevention and treatment of alcohol and other substance use disorders. Braz J Psychiatry. 2023 May-Jun;45(3):274-279. doi: 10.47626/1516-4446-2022-2984. Epub 2023 Feb 8. PMID: 36753624; PMCID: PMC10288482.

12. Saleem F. Religiosity in Drug Use and Addiction among African American Women: A Qualitative Phenomenological Study. 2023. Doctoral Dissertations and Projects. 4491. https://digitalcommons.liberty.edu/doctoral/4491.

13. Sease TB, Cox CR, Wiese AL, Sandoz EK and Knight K (2024) The impact of State of Surrender on the relationship between engagement in substance use treatment and meaning in life presence: a pilot study. Front. Psychol. 15:1331756. doi: 10.3389/fpsyg.2024.1331756.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ЗАВИСИМОГО ПОВЕДЕНИЯ: КЛЮЧЕВЫЕ ФАКТОРЫ И СВОЙСТВА

Савченко Д. В., Подмосковная А. О.
Кафедра общей психологии
ФГАОУ ВО «Российский государственный гуманитарный университет», Россия, г. Москва

Аннотация. В статье представлен теоретический обзор отечественных и зарубежных исследований, посвященных психологической структуре

зависимого поведения. Проанализированы эмоционально-регуляторные, когнитивные, личностно-регуляторные и психодинамические факторы, связанные с формированием и поддержанием зависимого поведения. На основе сопоставления отечественных и зарубежных данных выделены ключевые психологические механизмы, участвующие в развитии аддиктивных форм поведения.

Ключевые слова: зависимое поведение, аддикция, психологическая структура, эмоциональная регуляция, саморегуляция, метакогнитивные процессы, личностные факторы.

PSYCHOLOGICAL STRUCTURE OF ADDICTIVE BEHAVIOR: KEY FACTORS AND PROPERTIES

Savchenko D.V., Podmoskovnaya A. O.
Department of general psychology,
Russian state university for the Humanities, Moscow, Russia

Abstract. The article presents a theoretical overview of domestic and foreign studies devoted to the psychological structure of addictive behavior. Emotional-regulatory, cognitive, personality-regulatory, and psychodynamic factors associated with the formation and maintenance of addictive behavior are analyzed. Based on a comparison of domestic and foreign data, key psychological mechanisms involved in the development of addictive forms of behavior are identified.

Keywords: addictive behavior, addiction, psychological structure, emotional regulation, self-regulation, metacognitive processes, personality factors

Введение

Зависимое поведение представляет собой сложный многофакторный феномен, формирование и поддержание которого связано с взаимодействием психологических и социальных факторов. Особое значение имеют

эмоциональная регуляция, самоконтроль, когнитивные и метакогнитивные процессы, личностные особенности и социальное окружение [7; 15, с. 30-31].

Отечественные исследования связывают зависимое поведение с нарушениями эмоциональной и личностной регуляции, особенностями саморегуляции и психологического состояния [1, с. 200–202; 3, с. 53; 4, с. 50–51]. Зарубежные исследования дополняют эту картину данными о роли стресса, травматического опыта, эмоциональной дисрегуляции, совладания, метакогнитивных процессов, личностных характеристик и социального контекста [9, с. 1926-1927; 11; 14].

Несмотря на значительный объем исследований, отдельные психологические факторы часто рассматриваются изолированно, тогда как механизмы их взаимодействия изучены в меньшей степени. Также следует отметить, что значительная часть эмпирических исследований посвящена расстройствам, связанным с употреблением психоактивных веществ.

Цель настоящей статьи – систематизировать и теоретически обобщить результаты отечественных и зарубежных исследований психологических факторов и механизмов зависимого поведения и определить основные компоненты его психологической структуры.

Материалы и методы исследования

В работе использован метод теоретического обзора научных публикаций, посвященных психологическим факторам и механизмам зависимого поведения. В обзор включены отечественные и зарубежные исследования, опубликованные в рецензируемых научных изданиях за последние пять лет. Источники отбирались с учетом их соответствия теме исследования и направленности на изучение эмоционально-регуляторных, когнитивных, метакогнитивных, личностных, мотивационных, копинговых и социально-психологических компонентов зависимого поведения.

Обсуждение

Отечественные исследования рассматривают зависимое поведение как многофакторный феномен, связанный с эмоциональной и личностной регуляцией, когнитивной сферой, а также межличностным взаимодействием [1, с. 198; 2, с. 53-55; 3, с. 54; 4, с. 51]. Так, Е.В. Фадеева с соавт. [4, с. 56]. связывает риски употребления ПАВ с психоэмоциональным дистрессом, тревожностью, эмоциональной нестабильностью и трудностями саморегуляции, в то время как Д.И. Грингауз говорит о недостаточной сформированности аутопсихологической компетентности, проявляющейся в дефицитах самосознания, самоконтроля и эмпатии [1, с. 183]. В работе Т.Х. Невструевой и А.М. Кирсановой [3, с. 54] когнитивный компонент представлен метакогнитивными трудностями, а Е.В. Казанцева с соавт. изучая психоаналитический подход к пониманию природы аддиктивного поведения, указывает на то, что психодинамический подход акцентирует нарушения ментализации, особенности привязанности и функционирования Эго [2, с. 53-55]. В целом отечественные исследования позволяют выделить эмоционально-регуляторный, когнитивный, личностно-регуляторный, психодинамический компоненты зависимого поведения.

Зарубежные исследования связывают зависимое поведение с эмоциональной дисрегуляцией, стрессом и травматическим опытом. Например, А. Гонсалес-Роз и соавт. [8] утверждают, что у лиц с расстройствами, связанными с употреблением веществ, чаще наблюдаются трудности использования эффективных стратегий и контроля импульсов, а Дж. Стеллерн с соавт. говорят о том, что эмоциональная дисрегуляция также связана с тяжестью употребления и поведенческими зависимостями [15, с. 30-31]. Нарушения стрессового ответа, неадаптивное совладание и травматический опыт, по мнению П.Х. Бхуптани с соавт., А.М. Боуэна с соавт. и Р. Синха могут быть связаны с риском рецидива и поддержанием употребления [5; 6, с. 3-5; 14]. Вместе с тем преимущественно поперечный дизайн рассмотренных

исследований не позволяет делать однозначные выводы о причинно-следственных связях.

Когнитивно-мотивационный компонент зависимого поведения включает предпочтение немедленного вознаграждения, метакогнитивные процессы и стремление к употреблению. Так, в работе А.С. Эксум с соавт. говорится о том, что предпочтение немедленного вознаграждения связано с выбором меньшей, но доступной в настоящий момент награды вместо более значимой отсроченной, однако связь дисконтирования отсроченного вознаграждения с результатами лечения остается неоднозначной и зависит от методики измерения [7]. Стремление к употреблению широко используется в исследованиях зависимостей, например в работе М. Тулами с соавт., однако методы его оценки существенно различаются [17, с. 1931-1932]. Дж. Кронер с соавт. установили, что у лиц с расстройствами, связанными с употреблением опиоидов выявлена сниженная метакогнитивная чувствительность, тогда как результаты пилотного исследования метакогнитивной терапии пока требуют подтверждения на более крупных выборках [10]. Эти данные позволяют выделить предпочтение немедленного вознаграждения, стремление к употреблению и особенности метакогнитивного функционирования как значимые характеристики когнитивно-мотивационной сферы.

Копинговый компонент зависимого поведения связан со способами совладания с негативными переживаниями. Например, экспериенциальное избегание связано с употреблением психоактивных веществ, выраженностью влечения, тяжестью зависимости и менее благоприятными результатами лечения. В работе Г. Секведа с соавт. межличностная травма и стыд рассматривают в связи с употреблением психоактивных веществ [12]. В качестве ресурсов восстановления, А. Сетиаван с соавт., выделяют социальную поддержку, психологические стратегии совладания, духовные ресурсы, профессиональную помощь и осознанность [13, с. 204-208].

Личностный компонент зависимого поведения включает импульсивность, нейротизм, добросовестность и самоэффективность. Импульсивные характеристики наиболее последовательно связаны с более высоким уровнем употребления психоактивных веществ, тогда как в процессе лечения и снижения употребления отмечаются повышение добросовестности и самоэффективности и снижение нейротизма. При этом результаты обзора проведенного К.М. Джухем с соавт. указывают на двунаправленный характер взаимосвязи между личностными особенностями и употреблением: определенные черты могут повышать уязвимость к зависимому поведению, а длительное употребление и его последствия, в свою очередь, могут сопровождаться изменениями личностного функционирования [9, с. 1905–1906]. Таким образом, личностный компонент следует рассматривать не как фиксированный набор характеристик, а как динамическую часть психологической структуры зависимости, связанную с риском формирования поведения, его регуляцией и изменениями в процессе лечения.

Социально-психологический контекст зависимого поведения может быть связан с началом, усилением и преодолением зависимого поведения. Например, сверстники, употребляющие психоактивные вещества, способны поддерживать употребление через социальное моделирование, тогда как окружение, не связанное с употреблением, может выполнять защитную функцию. К факторам риска, по мнению С. Лин и соавт. [11], относятся нестабильность социальной среды, безработица, насилие и травматический опыт; защитными же факторами, по данным Дж. С. Стрикленд с соавт., могут выступать родительская и социальная поддержка, образование и занятость [16].

В целом зависимое поведение можно представить как многоуровневую систему, в которой индивидуальная уязвимость и негативные эмоциональные состояния связаны с трудностями регуляции, неадаптивным совладанием, импульсивностью и выбором немедленного вознаграждения. Эти процессы могут поддерживаться социальной средой и закреплять аддиктивный паттерн.

Заключение

Таким образом, анализ отечественных и зарубежных исследований позволяет рассматривать зависимое поведение как многоуровневую систему взаимосвязанных психологических факторов и механизмов. Индивидуальная уязвимость и стрессовые воздействия могут способствовать возникновению негативных эмоциональных состояний и трудностей их регуляции, что при недостаточно адаптивном совладании повышает вероятность обращения к аддиктивному объекту как средству изменения внутреннего состояния. Импульсивность, предпочтение немедленного вознаграждения и нарушения метакогнитивного контроля могут способствовать закреплению данного способа регуляции, а социальное окружение – усиливать или ослаблять этот процесс. В результате многократного повторения зависимое поведение рискует стать устойчивой формой. При этом, стоит отметить, что выявленные взаимосвязи не следует интерпретировать как однозначно причинные, поскольку значительная часть рассмотренных исследований имеет корреляционный и поперечный дизайн.

Литература/ References:

1. Грингауз Д. И. Структурная организация аутопсихологической компетентности обучающихся с разным статусом употребления психоактивных веществ // Ярославский педагогический вестник. 2025. № 4 (145). С. 197–205. DOI: 10.20323/1813-145X-2025-4-145-197. EDN: BOBNTQ.

2. Казанцева Е. В., Макаров А. В., Москаленко А. Е. Психоаналитический подход к пониманию природы аддиктивного поведения // Психолог. 2022. № 2. С. 51–65. DOI: 10.25136/2409-8701.2022.2.37703.

3. Невструева Т. Х., Кирсанова А. М. Взаимосвязь личностных и психологических факторов с наркозависимостью // Психолог. 2026. № 4. С. 53–70. DOI: 10.25136/2409-8701.2026.4.81358. EDN: SPMJNJ.

4. Фадеева Е. В., Цветкова Л. А., Лановая А. М. Социально-демографические и клинико-психологические предикторы курения и

злоупотребления алкоголем у медицинских работников // Национальное здравоохранение. 2025. Т. 6, № 1. С. 50–62. DOI: 10.47093/2713-069X.2025.6.1.50-62.

5. Bhuptani P. H., Zhang Y., Danzey L., Bali A., Langdon K., Orchowski L. M. Interpersonal trauma, shame, and substance use: A systematic review // Drug and Alcohol Dependence. 2024. Vol. 258. Article 111253. DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2024.111253.

6. Bowen A. M., Calder R., Neale J., Meynen T., Gilchrist G. Emotion regulation in the association between posttraumatic stress disorder and substance use: A systematic review with narrative synthesis // Trauma, Violence, & Abuse. 2026. Vol. 27, № 1. P. 3–21. DOI: 10.1177/15248380241306362.

7. Exum A. C., Sutton C. A., Bellitti J. S., Yi R., Fazzino T. L. Delay discounting and substance use treatment outcomes: A systematic review focused on treatment outcomes and discounting methodology // Journal of Substance Use and Addiction Treatment. 2023. Vol. 149. Article 209037. DOI: 10.1016/j.josat.2023.209037.

8. González-Roz A., Castaño Y., Krotter A., Salazar-Cedillo A., Gervilla E. Emotional dysregulation in relation to substance use and behavioral addictions: Findings from five separate meta-analyses // International Journal of Clinical and Health Psychology. 2024. Vol. 24. Article 100502. DOI: 10.1016/j.ijchp.2024.100502.

9. Juchem C. M., Bendau A., Bandurski L. C., Reich N. J., Baumgardt S., Asselmann E. Personality changes related to presence and treatment of substance use (disorders): A systematic review // Psychological Medicine. 2024. Vol. 54. P. 1905–1929. DOI: 10.1017/S003329172400093X.

10. Kroener J., Eickholt M. L., Sosic-Vasic Z. Group based metacognitive therapy for alcohol use disorder: A pilot study // Frontiers in Psychiatry. 2024. Vol. 15. Article 1375960. DOI: 10.3389/fpsyt.2024.1375960.

11. Lin C., Cousins S. J., Zhu Y., Clingan S. E., Mooney L. J., Kan E., Wu F., Hser Y.-I. A scoping review of social determinants of health's impact on substance use

disorders over the life course // Journal of Substance Use and Addiction Treatment. 2024. Vol. 166. Article 209484. DOI: 10.1016/j.josat.2024.209484.

12. Sequeda G., Durán-Rondón S., Acosta-López J. E., Torres-Santos E.-A., Rivera-Porras D. Experiential avoidance and psychoactive substance use: Systematic review // European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education. 2026. Vol. 16, № 2. Article 22. DOI: 10.3390/ejihpe16020022.

13. Setiawan A., Sahar J., Santoso B., Mansyur M., Syamsir S. B. Coping mechanisms utilized by individuals with drug addiction in overcoming challenges during the recovery process: A qualitative meta-synthesis // Journal of Preventive Medicine and Public Health. 2024. Vol. 57. P. 197–211. DOI: 10.3961/jpmph.24.042.

14. Sinha R. Stress and substance use disorders: Risk, relapse, and treatment outcomes // Journal of Clinical Investigation. 2024. Vol. 134, № 16. Article e172883. DOI: 10.1172/JCI172883.

15. Stellern J., Xiao K. B., Grennell E., Sanches M., Gowin J. L., Sloan M. E. Emotion regulation in substance use disorders: A systematic review and meta-analysis // Addiction. 2023. Vol. 118. P. 30–47. DOI: 10.1111/add.16001.

16. Strickland J. C., Acuff S. F. Role of social context in addiction etiology and recovery // Pharmacology, Biochemistry and Behavior. 2023. Vol. 229. Article 173603. DOI: 10.1016/j.pbb.2023.173603.

17. Toulami M., Ghasemi K., Rafei P., Sangchooli A., Nafissi N., Khojasteh Zonoozi A., Mohaddes Ardabili H., Ebrahimi M., Rezapour T., Ekhtiari H. Craving self-reports as outcome measures in drug addiction trials: A systematic review of ClinicalTrials.gov // Addiction. 2025. Vol. 120. P. 1931–1950. DOI: 10.1111/add.70064.

К ВОПРОСУ О СОМАТИЗАЦИИ ТРЕВОГИ ПРИ УДАЛЕННОЙ РАБОТЕ СПЕЦИАЛИСТОВ ИТ-СФЕРЫ

Сафиуллин Т. А., Николаев Е. Л.

Кафедра социальной и клинической психологии

ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова», Россия, г. Чебоксары

Аннотация. Статья посвящена постановке проблемы соматизации тревоги у специалистов сферы информационных технологий, работающих удалённо. Цель работы – выделить клинико-психологические аспекты соматизации тревоги в этой группе; в качестве методов использованы анализ, сравнение и систематизация отечественных и зарубежных публикаций по соматизации, тревоге и психическому здоровью работников при удалённой занятости. Показано, что удалённый формат сочетает факторы психологического риска (техностресс, размывание границ между работой и домом, социальная изоляция) с возможной телесной нагрузкой, на фоне которой соматизированная тревога может маскироваться под последствия неудобного рабочего места, а принятая в МКБ-10 логика исключения органической причины затрудняет её выявление. Предложена модель порочного круга соматизации тревоги и сформулированы гипотезы о самостоятельном вкладе тревоги в телесные жалобы, опосредующей роли соматосенсорной амплификации и склонности специалистов объяснять симптомы условиями труда, значимые для дифференцированной клинико-психологической диагностики и психопрофилактики.

Ключевые слова: соматизация тревоги, соматосенсорная амплификация, удалённая работа, специалисты сферы информационных технологий, телесные жалобы, расстройство телесного дистресса, техностресс.

ON THE ISSUE OF SOMATIZATION OF ANXIETY IN THE REMOTE WORK OF IT SPECIALISTS

Safiullin T. A., Nikolaev E. L.
Department of Social and Clinical Psychology
Chuvash State University named after I. N. Ulyanov, Russia, Cheboksary

Abstract. The article addresses the problem of anxiety somatization among information technology specialists working remotely. The aim of the study is to identify the clinical and psychological aspects of anxiety somatization in this group; the methods include analysis, comparison and systematization of Russian and

international publications on somatization, anxiety and the mental health of remote workers. It is shown that remote work combines psychological risk factors (technostress, blurred boundaries between work and home, social isolation) with possible physical strain, against which somatized anxiety can easily be mistaken for the consequences of a poorly equipped workplace, while the logic of excluding an organic cause adopted in ICD-10, hinders its detection. A vicious-circle model of anxiety somatization is proposed, and hypotheses are formulated on the independent contribution of anxiety to bodily complaints, the mediating role of somatosensory amplification and the tendency of specialists to attribute their symptoms to working conditions, which are relevant to differential clinical psychological assessment and prevention.

Keywords: anxiety somatization, somatosensory amplification, remote work, information technology specialists, bodily complaints, bodily distress disorder, technostress.

Введение

Дистанционный (удалённый) режим труда, массово введённый в период пандемии COVID-19, закрепился как устойчивая форма организации работы, особенно в сфере информационных технологий (ИТ): разработка программного обеспечения относится к профессиям, работа в которых может выполняться из дома [12].

Вместе с тем накапливаются данные о психологической цене такого формата. По данным, охватившим около 590 тыс. работников в США, рост удалённой занятости объясняет примерно треть прироста социальной изоляции и психического дистресса в 2022–2024 гг. по сравнению с 2011–2019 гг. [12]. Работники профессий, допускающих удалённый формат, стали чаще обращаться к специалистам в области психического здоровья и получать назначения препаратов для лечения психических расстройств, особенно если проживали в одиночестве [12]; по предположению авторов, эти издержки накапливаются

постепенно и могут не осознаваться самими работниками [12]. В отечественной литературе дистанционных работников предлагается рассматривать как группу риска по психическим и поведенческим расстройствам [2].

На этом фоне особого внимания заслуживает соматизация тревоги – преимущественное выражение тревожного состояния через телесные жалобы. У удалённых ИТ-специалистов её трудно распознать: длительная работа за компьютером в неприспособленных домашних условиях сама может сопровождаться болями в спине и шее [11], что маскирует психогенную составляющую симптомов. Исследования же психического здоровья ИТ-специалистов сосредоточены на профессиональном выгорании [1; 6; 7], которое, как и эргономические риски, изучается преимущественно в психологии труда. Соматизация тревоги относится к предметной области медицинской психологии, в центре которой – механизмы проявления психического неблагополучия на телесном уровне; в данной профессиональной группе она отдельно не изучалась.

Цель статьи – на основе теоретического анализа литературы выделить клинико-психологические аспекты соматизации тревоги у специалистов ИТ-сферы в условиях удалённой работы и сформулировать проблему для последующего эмпирического исследования.

Задачи:

1) уточнить содержание понятия соматизации и его соотношение со смежными категориями;

2) рассмотреть психологические механизмы соматизации тревоги;

3) проанализировать факторы риска, связанные с удалённой работой в ИТ-сфере;

4) обозначить проблему разграничения соматизированной тревоги и эргономически обусловленных телесных жалоб; 5) сформулировать гипотезы для эмпирического исследования.

Материалы и методы

Проведён теоретический анализ отечественных и зарубежных публикаций о соматизации, тревоге и психическом здоровье удалённых работников, в том числе ИТ-специалистов. Поиск осуществлялся в базах eLIBRARY, PubMed и Google Scholar, по ключевым словам, «соматизация», «тревога», «удалённая работа», «ИТ-специалисты», «somatization», «somatosensory amplification», «remote work», «software professionals»; наряду с публикациями 2020–2026 гг. привлекались классические работы. Использованы методы анализа, сравнения, систематизации и обобщения.

Результаты и обсуждение

Соматизация: содержание понятия и соотношение со смежными категориями. Термин «соматизация» был предложен В. Штекелем для обозначения конверсионных телесных нарушений, а впоследствии стал применяться значительно шире, вплоть до обозначения механизма возникновения психосоматических заболеваний [9]. В классическом определении З. Липовски соматизация – это склонность переживать телесный дистресс и сообщать о нём в ответ на психосоциальный стресс, обращаясь по этому поводу за медицинской помощью; чаще всего она сопутствует тревожным и депрессивным расстройствам [15].

В связи с многозначностью термина целесообразно выделить три уровня явлений: соматизацию как психологический процесс, возможный и вне психического расстройства; расстройства, в которых этот процесс является ведущим, – соматоформные расстройства в Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) [4] и расстройство телесного дистресса в МКБ-11 [13]; психосоматические заболевания, при которых психосоциальные факторы влияют на возникновение или течение болезни с органическими либо функциональными изменениями [16].

Под соматизацией тревоги в статье понимается процесс, при котором тревожное состояние выражается и осознаётся преимущественно в форме

телесных жалоб, а сам тревожный аффект недооценивается. Это согласуется с клиническими наблюдениями о том, что часть пациентов неосознанно замещает переживание тревоги физическими симптомами [5]. Методологической рамкой работы служит отечественная психология телесности, рассматривающая телесный опыт как психологически опосредованный [8].

Психологические механизмы соматизации тревоги. Одним из наиболее изученных механизмов, связывающих тревогу с телесными жалобами, является соматосенсорная амплификация – склонность воспринимать телесные ощущения как интенсивные, неприятные и тревожащие [10]. Она включает повышенное внимание к телу, выделение слабых ощущений и реакцию на них эмоциями и мыслями, делающими их более тревожными [10]. По мнению авторов концепции, амплификация влияет не только на «функциональные», но и на «органические» симптомы, объясняя различия в жалобах людей с одинаковой патологией [10]. Поскольку она тесно связана с тревогой, депрессией и алекситимией, её самостоятельная роль требует уточнения [16].

У удалённых ИТ-специалистов длительная работа в одной позе и зрительная нагрузка порождают телесные ощущения: скованность, мышечное напряжение, утомление глаз. Можно предположить, что при повышенной тревожности они становятся материалом для амплификации и замыкают порочный круг. Тревога сопровождается мышечным напряжением и вегетативными реакциями [4]; возникающие ощущения при повышенном внимании к телу воспринимаются как угрожающие и усиливают тревогу, а негативный аффект, в свою очередь, ещё больше направляет внимание на тело [10]. Закрепление круга может проявляться фиксацией на симптомах и поиском медицинской помощи [15]. Предложенная модель носит предварительный характер и требует эмпирической проверки.

Другим традиционно обсуждаемым предиктором соматизации является алекситимия, которую принято считать личностным фактором риска психосоматических заболеваний. Однако в исследовании П. М. Ларионова на

выборке 109 польских студентов алекситимические черты были связаны с дистрессом, депрессией и тревогой, но не с соматизацией; автор подчёркивает, что алекситимия – многомерная особенность, встречающаяся и в норме, а её значение для психосоматического здоровья зависит от условий жизни и деятельности человека [3]. Это обосновывает изучение её роли в конкретной профессиональной группе.

Удалённая работа в ИТ-сфере как фактор риска. Отечественные авторы рассматривают особенности профессиональной деятельности ИТ-специалистов как факторы риска выгорания и отмечают недостаток фундаментальных исследований так называемого цифрового выгорания [7]; среди детерминант выгорания в этой группе прямо названы дистанционная коммуникация, виртуальная организация и специфика дистанционного управления персоналом [6]. Применительно к теме статьи наиболее значимы три фактора. Первый – техностресс, то есть стресс, порождаемый использованием информационных и компьютерных технологий; он связан с ролевым стрессом и снижением продуктивности [14].

Второй фактор – размывание границ между работой и домом. В обзоре Дж. Оукман, обобщившем результаты 23 исследований о влиянии работы на дому на здоровье, показано, что это влияние в значительной мере зависело от конфликта между работой и семьёй, организационной поддержки, поддержки коллег и социальных связей вне работы [18]. В исследовании на выборке из 23 удалённых ИТ-специалистов выгорание было связано с нарушением баланса работы и личной жизни ($r = 0,49$), интенсивностью труда ($r = 0,57$) и недостатком неформального общения ($r = 0,44$) [1].

Третий фактор – социальная изоляция. На её значение указывают популяционные данные [12] и результаты лонгитюдного исследования 192 разработчиков программного обеспечения в период ограничительных мер пандемии: их благополучие было положительно связано с качеством социальных

контактов и отрицательно – с уровнем стресса, хотя причинный характер этих связей не подтвердился [17].

Перечисленные факторы изучались преимущественно в связи с выгоранием, стрессом и общим благополучием; их связь с соматизацией тревоги специально не рассматривалась.

Соматизация тревоги или эргономические нарушения: проблема дифференциации. Центральная трудность состоит в том, что телесные жалобы удалённых ИТ-специалистов могут иметь реальную физическую основу. Обобщённые данные о влиянии работы на дому на боль и утомление противоречивы, различаются у мужчин и женщин и получены в основном до пандемии [18]. В небольшой выборке (51 человек) итальянских административных служащих, переведённых на удалённую работу в период пандемии, на боль в пояснице указали 41,2 %, на боль в шее – 23,5 % опрошенных, причём у половины последних она за время работы из дома усилилась; авторы связывают это с неприспособленностью домашних рабочих мест [11]. Удалённые ИТ-специалисты также указывают на нехватку физической активности и перерывов [1]. Поэтому боль в шее и спине, головная боль и зрительное утомление у программиста могут быть прямым следствием условий труда.

Вместе с тем сходные жалобы типичны и для тревоги. В МКБ-10 к симптомам генерализованного тревожного расстройства отнесены мышечное напряжение, дрожь, потливость, головокружение и дискомфорт в эпигастральной области [4]; в клинической практике соматизированная тревога проявляется также головной болью, чаще всего головной болью напряжения, нарушениями сна, сердцебиением и болями в области сердца, затруднением дыхания [5]. Отсюда риск двух противоположных диагностических ошибок: психологизации, то есть объяснения тревогой жалоб мышечно-скелетного происхождения, и, напротив, эргономической атрибуции тревожных симптомов, когда и сам специалист, и врач приписывают телесные симптомы неудобному

креслу, монитору и малоподвижности, тогда как существенным их источником служит тревога. По нашему предположению, для рассматриваемой группы особенно характерна вторая ошибка: объяснение через условия труда социально приемлемо и согласуется с представлением о соматизации как способе избежать психологической боли и психиатрического «ярлыка» [5]. В результате тревога остаётся нераспознанной, а помощь ограничивается эргономической коррекцией или физиотерапией.

Разграничению мешает и то, что в исследованиях удалённых ИТ-специалистов нарушения сна и соматические симптомы обычно рассматриваются как признаки выгорания [1]. Такой подход полезен для оценки организационных рисков, но не позволяет выделить соматизированную тревогу.

Кроме того, в отечественной практике действует МКБ-10, где ключевым признаком соматоформных расстройств служат повторяющиеся телесные жалобы и требования обследований вопреки отрицательным результатам и заверениям врачей об отсутствии физической основы симптомов [4]. Логика исключения органической причины плохо применима к удалённым ИТ-специалистам, жалобы которых нередко имеют частичную физическую основу. В МКБ-11 расстройство телесного дистресса заменило большинство соматоформных расстройств, а деление симптомов на медицински объяснимые и необъяснимые отменено; аналогичный пересмотр произошёл в американском Диагностическом и статистическом руководстве по психическим расстройствам (DSM-5) [13]. Хотя в России МКБ-11 пока не применяется, её логику можно использовать как теоретический ориентир: эргономическая причина боли не исключает соматизации, а различать варианты следует по тому, как жалоба переживается и встраивается в поведение. Такой подход созвучен психологии телесности, рассматривающей телесное ощущение через его субъективный смысл [8], и представлению об амплификации «органических» симптомов [10].

Ориентирами для разграничения могут служить следующие признаки:

– на эргономическое происхождение указывают связь симптома с позой, длительностью работы и организацией рабочего места, его ослабление после перерыва или коррекции рабочего места;

– на тревожную природу – связь симптома с ситуациями неопределённости и оценки (сроки сдачи задач, онлайн-совещания, ожидание обратной связи) и его сохранение в выходные дни и в отпуске;

– на участие амплификации, тесно связанной с тревогой, – несоразмерность дистресса выраженности симптома, фиксация внимания на теле и катастрофизирующая интерпретация ощущений [10; 16].

Эти ориентиры носят гипотетический характер; их проверка требует одновременной оценки эргономических условий труда, тревоги, соматосенсорной амплификации и характера телесных жалоб. Подобные комплексные исследования в проанализированной литературе отсутствуют.

Заключение

Удалённый формат работы в ИТ-сфере сочетает факторы психологического риска – технострес, размывание границ между работой и домом и социальную изоляцию – с возможной телесной нагрузкой, на фоне которой соматизированная тревога легко маскируется под последствия неудобного рабочего места. Действующая в отечественной практике МКБ-10 с её логикой исключения органической причины плохо подходит для выявления соматизации в этой группе, а исследования ИТ-специалистов сосредоточены на выгорании. Это позволяет рассматривать соматизацию тревоги у удалённых ИТ-специалистов как самостоятельную клинико-психологическую проблему.

Для эмпирического исследования сформулированы следующие гипотезы:

– тревога вносит самостоятельный вклад в выраженность телесных жалоб удалённых ИТ-специалистов, сохраняющийся после учёта эргономических условий труда;

– соматосенсорная амплификация выступает опосредующим звеном между тревогой и телесными жалобами;

– социальная изоляция и размывание границ между работой и домом усиливают связь тревоги с телесными жалобами;

– удалённые ИТ-специалисты склонны объяснять свои телесные симптомы условиями труда, а не психологическим состоянием (эргономическая атрибуция).

Их проверка предполагает комплексную оценку тревоги, соматосенсорной амплификации, алекситимии, характера телесных жалоб и их причинной атрибуции, а также эргономических условий труда. В случае подтверждения гипотез мишенями медико-психологической помощи могут стать распознавание тревожной природы части телесных жалоб (десоматизация телесного опыта), развитие способности дифференцировать и вербализовать эмоции и навыки саморегуляции мышечного и вегетативного напряжения – в дополнение к эргономическим мерам.

Литература/ References:

1. Егорова Е. А., Синявина М. П., Баранова Т. И. Методика диагностики профессионального выгорания персонала инновационных IT-организаций при удаленной работе // Управление персоналом и интеллектуальными ресурсами в России. 2026. Т. 14, № 2. С. 15–22.

2. Зальмунин К. Ю. Психосоциальные, клинические и организационные аспекты рисков влияния труда дистанционных работников на их ментальное здоровье // Неврологический вестник. 2021. Т. 53, вып. 3. С. 33–43.

3. Ларионов П. М. Ключевые проблемы исследования алекситимии и ее взаимосвязь с когнитивными стратегиями регуляции эмоций, эластичностью копинга и эмоциональными нарушениями // Консультативная психология и психотерапия. 2021. Т. 29, № 1. С. 44–65.

4. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств: МКБ-10/УСД-10: клинические описания и указания по диагностике / ВОЗ; пер. на рус. яз. под ред. Ю. Л. Нуллера, С. Ю. Циркина. СПб.: Адис, 1994. 303 с.

5. Менделевич Е. Г. Соматизация тревожных расстройств в практике невролога: алгоритмы и подходы к дифференцированному лечению // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2014. Т. 6, № 4. С. 81–86.

6. Проблема профессионального выгорания специалистов в сфере информационных технологий: теоретический обзор / О. О. Гофман, Н. Е. Водопьянова, А. Ф. Джумагулова, Г. С. Никифоров // Организационная психология. 2023. Т. 13, № 1. С. 117–144.

7. Профессиографические особенности деятельности IT-специалистов как рискогенные факторы выгорания / А. Ф. Джумагулова, Н. Е. Водопьянова, О. О. Гофман, Г. С. Никифоров // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Психология и педагогика. 2024. Т. 21, № 1. С. 220–241.

8. Тхостов А. Ш. Психология телесности. М.: Смысл, 2002. 287 с.

9. Холмогорова А. Б., Гаранян Н. Г. Соматизация: история понятия, культуральные и семейные аспекты, объяснительные и психотерапевтические модели // Московский психотерапевтический журнал. 2000. № 2. С. 5–50.

10. The amplification of somatic symptoms / A. J. Barsky, J. D. Goodson, R. S. Lane, P. D. Cleary // Psychosomatic Medicine. 1988. Vol. 50, no. 5. P. 510–519.

11. Characterization of home working population during COVID-19 emergency: a cross-sectional analysis / A. Moretti, F. Menna, M. Aulicino, M. Paoletta, S. Liguori, G. Iolascon // International Journal of Environmental Research and Public Health. 2020. Vol. 17, no. 17. Art. 6284.

12. Emanuel N., Harrington E., Pallais A. Home alone: remote work, isolation, and mental health // Science. 2026. Vol. 392, no. 6802. Art. eaec7671. DOI: 10.1126/science.aec7671.

13. Gureje O., Reed G. M. Bodily distress disorder in ICD-11: problems and prospects // World Psychiatry. 2016. Vol. 15, no. 3. P. 291–292.

14. The impact of technostress on role stress and productivity / M. Tarafdar, Q. Tu, B. S. Ragu-Nathan, T. S. Ragu-Nathan // Journal of Management Information Systems. 2007. Vol. 24, no. 1. P. 301–328.

15. Lipowski Z. J. Somatization: the concept and its clinical application // American Journal of Psychiatry. 1988. Vol. 145, no. 11. P. 1358–1368.

16. Nakao M., Barsky A. J. Clinical application of somatosensory amplification in psychosomatic medicine // BioPsychoSocial Medicine. 2007. Vol. 1. Art. 17.

17. Predictors of well-being and productivity among software professionals during the COVID-19 pandemic – a longitudinal study / D. Russo, P. H. P. Hanel, S. Altnickel, N. van Berkel // Empirical Software Engineering. 2021. Vol. 26, no. 4. Art. 62.

18. A rapid review of mental and physical health effects of working at home: how do we optimise health? / J. Oakman, N. Kinsman, R. Stuckey, M. Graham, V. Weale // BMC Public Health. 2020. Vol. 20. Art. 1825.

ДЕТЕРМИНАНТЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ УСТОЙЧИВОСТИ ЛИЧНОСТИ В ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ УСЛОВИЯХ

Селедцов А. М., Кирина Ю. Ю.
Кафедра психиатрии и наркологии
ФГБОУ «Кемеровский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Аннотация. В статье представлен аналитический обзор современных исследований, посвящённых детерминантам психологической устойчивости личности в экстремальных условиях. На основе анализа работ, выполненных на материале военнослужащих в зонах конфликтов, военнопленных, участников полярных экспедиций и морских пехотинцев в условиях полномасштабной войны, выделены ключевые группы факторов: индивидуально-личностные ресурсы, копинг-стратегии, социальная поддержка и духовно-смысловые образования. Показано, что психологическая устойчивость представляет собой динамический процесс, опосредованный взаимодействием личностных и средовых факторов. Особое внимание уделено трансформации структурных характеристик устойчивости под воздействием хронического боевого стресса и феномену «когнитивного сужения». Обоснована необходимость комплексного

подхода к развитию устойчивости, учитывающего как индивидуальные ресурсы, так и средовые условия.

Ключевые слова: психологическая устойчивость, экстремальные условия, копинг-стратегии, социальная поддержка, духовность, боевой стресс, посттравматический рост, базовые психологические потребности.

DETERMINANTS OF PSYCHOLOGICAL RESILIENCE OF AN INDIVIDU AL IN EXTREME CONDITIONS

Seledtsov A.M., Kirina Yu.Yu.
Departments of Psychiatry and Narcology
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia

Abstract. The article presents an analytical review of contemporary studies devoted to the determinants of psychological resilience in individuals under extreme conditions. Based on an analysis of works based on data from military personnel in conflict zones, prisoners of war, participants in polar expeditions, and marines in the context of a full-scale war, key groups of factors have been identified: individual personal resources, coping strategies, social support, and spiritual and semantic constructs. It is shown that psychological resilience is a dynamic process mediated by the interaction of personal and environmental factors. Special attention is paid to the transformation of the structural characteristics of resilience under the influence of chronic combat stress and the phenomenon of “cognitive narrowing.” The necessity of a comprehensive approach to developing resilience, taking into account both individual resources and environmental conditions, is substantiated.

Keywords: psychological stability of personality, extreme living conditions, psychological effects of the pandemic, Positive assessment of extremity, psychosomatics, psychological health, resilience.

Вступление

Психологическая устойчивость личности в экстремальных условиях

приобретает особую актуальность в контексте современных вооружённых конфликтов, природных и техногенных катастроф, длительных экспедиций и других ситуаций, сопряжённых с угрозой для жизни и психического здоровья.

Экстремальные условия характеризуются сочетанием интенсивных стрессоров - физической опасности, сенсорной депривации, изоляции, неопределённости, хронического напряжения, - которые предъявляют повышенные требования к адаптационным ресурсам личности.

Под психологической устойчивостью в современной науке понимается не просто способность выдерживать стресс, но динамический процесс позитивной адаптации в условиях сложных обстоятельств. Это определение акцентирует внимание на процессуальном характере феномена и его связи с сохранением или восстановлением психологического благополучия вопреки действию стрессоров.

Цель настоящего обзора — систематизировать данные эмпирических исследований о детерминантах психологической устойчивости в экстремальных условиях и выявить ключевые механизмы, обеспечивающие эффективное функционирование личности в ситуациях повышенного стресса. [13].

Психологическая устойчивость человека в экстремальных условиях жизни зависит от сочетания личностных качеств, стратегий поведения, социальной поддержки и условий окружающей среды. Экстремальные ситуации (стихийные бедствия, аварии, катастрофы) предъявляют повышенные требования к адаптации личности, и устойчивость требует мобилизации ресурсов психики

В настоящее время проблема психологической устойчивости человека приобретает все большее значение в связи с возрастающими потребностями государства и общества в психологическом здоровье нации, которое позволит личности успешно преодолевать технологические, информационные и социально-психологические угрозы современного мира.

Целью исследования является выявление основных факторов,

воздействующих на психологическое и соматическое здоровье человека в условиях пандемии COVID-19, которую с полным правом можно отнести к разряду экстремальных ситуаций мирового масштаба.

Методы исследования: анализ копинг-стратегий, психологических защит, механизмов паники, видов агрессии и враждебности, психических расстройств, актуализирующихся или формирующихся в период пандемии

Результаты и обсуждение

Хронологически первым автором в психологической науке, в теории которого присутствует понятие опасности, является З. Фрейд. Ученый считал, что на каждом этапе развития человека существует определенное условие появления и возникновения страха и ситуации опасности, адекватной ему. Будучи аффективным состоянием, страх, с одной стороны, воспроизводит уже прошедшее опасное событие, с другой - может явиться сигналом новой опасности [14].

Термин «психологическая безопасность» введен в научный оборот профессором Гарвардского университета Эми Эдмондсон. В научной статье автор определил понятие «психологическая безопасность личности» (ПБЛ) как способность проявлять и использовать себя, не опасаясь негативных последствий для собственного имиджа, статуса или карьеры [11].

В настоящее время практически все направления в психологии в той или иной степени занимаются вопросами безопасности как личности, так и общества и вносят свой вклад в реализацию данного направления.

В российской психологической науке понятие «психологическая безопасности личности» впервые использовалось в 1995 г. Исследователями этим термином было обозначено такое «состояние общественного сознания», при котором, как обществом в целом, так и каждой личностью в отдельности, собственное качество жизни воспринимается адекватным и надежным, так как оно предоставляет реальные возможности по удовлетворению разнообразных потребностей членов социума сегодня и придает им основания быть уверенными

в будущем [7]. Широта охвата ПБЛ привела к многообразию подходов в ее понимании [4, 7, 9].

Так, некоторые психологи считают ПБЛ свойством личности, которое характеризует ее защищенность и внутренний потенциал по противостоянию негативным воздействиям [1, 5, 7]. В соответствии с этой точкой зрения, предрасположенность несчастным случаям представляет собой индивидуально-типологическое свойство личности; предполагается существование так называемого «опасного» и «безопасного» типов личности. Данная теория находит подтверждение в исследованиях, посвященных изучению виктимной личности [2, 3, 8]. Установлено, что особую актуальность проблема ПБЛ приобретает в том случае, когда индивид оказывается в любых экстремальных условиях, в том числе в период пандемии.

Множество психологических теорий в той или иной степени затрагивают проблему безопасности, пытаясь ответить на вопросы о том, какова природа безопасности, что представляет собой опасность для человека, каковы особенности поведения человека в ситуации риска. Показательно, что: во-первых, многими авторами безопасность рассматривается как динамический процесс. В каждый новый момент времени мы имеем дело с новым Восприятие и оценивание собственной безопасности человек подвергает постоянной трансформации, так как меняются не только параметры социальной среды, но и установки, мотивы и представления личности о мире и о себе.

Во-вторых, следует отметить латентный характер безопасности. Человек стремимся к ней только тогда, когда появляется явная угроза его здоровью, жизни или благополучию. В стабильном обществе вопрос о ПБЛ, как правило, не поднимается.

В-третьих, одним из базовых ощущений нормального человека является здоровое чувство безопасности. Все аспекты поведения человека во всех сферах жизни могут быть истолкованы в контексте безопасности, а в основе большинства наших поступков и действий лежит потребность в безопасности.

Среди типов влияний экстремальных ситуаций на психику выделяются наступающие мгновенно и отложенные. Главной угрозой для социума из последствий, наступающих мгновенно, является паника как состояние ужаса, сопровождающееся резким ослаблением волевого контроля поведения.

В терминах психического здоровья экстремальная ситуация рассматривается, как правило, с точки зрения реакции человека на то или иное событие. Установлено, что один человек, может быть, глубоко затронут происходящим, а другой человек, наоборот, практически не страдает от негативных последствий.

Пандемии – это социальные катаклизмы, провоцирующие панику, острый стресс и посттравматический стресс, массовую агрессию и другие психоэмоциональные и поведенческие расстройства. Сила этих реакций связана с информационной обусловленностью человека в период актуализации в них архаичных пластов, не поддающихся рационализации.

С психологической точки зрения, пандемии представляют собой масштабные события, связанные с неопределенностью, чувством растерянности у большинства людей, с одной стороны, и ощущением важности происходящего, с другой стороны, и потерей контроля над жизненными ситуациями, которые вызывают стресс и эмоциональный дистресс, включая гнев, беспокойство и депрессию. К психологическим проявлениям действия стресс-факторов так же относятся эмоциональные переживания, страх, депрессии, алармизм, связанные с угрозой заражения или реальным инфицированием. Пролонгированная изоляция или длительный карантин, разочарование и скука от однообразия образа жизни на карантине, неадекватная информация, отсутствие личного контакта с привычным кругом общения, нехватка личного пространства дома и финансовые потери семьи усиливают формирование устойчивых негативных психологических последствий.

По данным Центров по контролю и профилактике заболеваний, распространенность симптомов тревожного расстройства была в 4,5 раза выше,

а симптомы депрессии - в четыре раза выше в июне 2021 года, чем во втором квартале 2019 года [6].

Специалисты в области психотерапии и психиатрии утверждают, что пандемия COVID-19 спровоцировала беспрецедентный кризис психического здоровья. Согласно статистике, во всём мире на начало этого года было зарегистрировано на 53 миллиона больше серьёзных депрессивных расстройств и на 76 миллионов больше тревожных расстройств по сравнению с «доковидным» периодом. Существует вероятность того, что последствия эпидемии будут ощущаться целое поколение [10].

Показательно, что психологические волновые эффекты COVID-19 отличаются, например, от стихийных бедствий, которые длятся всего несколько часов или дней. Любая эпидемия похожа на бесконечную историю, что делает её более психологически токсичной, так люди продолжают получать новые психотравмирующие воздействия, поскольку происходят все новые и новые вспышки коронавируса. Когда общество столкнулось с опытом пандемии сопутствующим феноменом стала инфодемия страхов и фейков - «схлопыванием перспектив» человека с одновременным резким возрастанием дефицита доверия. Если раньше люди хоть как-то могли прогнозировать завтрашний день, в настоящее время вероятность жизни в завтрашнем дне, вероятность узнать, каким он будет, становится все более и более уязвимой. Новая опасность нарушает наши устоявшиеся стратегии управления повседневной жизнью.

То, что кажется иррациональным, может быть локально рациональным ответом на неопределенность или, по крайней мере, попыткой использовать локально доступные ресурсы для восстановления достаточной определенности для адаптивных практических действий.

Очевидно, что эмоциональная сфера человека наиболее чувствительна к психологическим рискам пандемии. Другие психологические характеристики также подвержены негативным психологическим последствиям, вызванным COVID-19. В частности, негативные эмоциональные состояний могут

отрицательно сказываться на когнитивных и исполнительных функциях, а также саморегуляции поведения человека.

Среди отдаленных последствий наиболее распространено посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), приводящее к серьезным эмоционально-личностным нарушениям, среди которых у условно здоровых лиц молодого возраста, например, наиболее распространенными являются органическое тревожное расстройство, апатический и дисфорический варианты этого заболевания.

ПТСР, которое является вторичной реакцией человеческого организма на негативное событие, возникает через некоторое время вслед за завершением собственно экстремальной ситуации. Это расстройство может обладать пролонгированным характером воздействия на всю дальнейшую жизнь пострадавшего. Соответственно особенностям проявления и протекания расстройства различается три типа ПТСР: острое ПТСР (развивается в срок до 3 месяцев), хроническое (продолжается более 3 месяцев), отсроченное (возникает спустя 6 и более месяцев) [7].

Последние исследования свидетельствуют о том, что ПТПСР является следствием запуска человеком тех же нейронных реакции, которые ведут нас к выживанию. Показательно, что мозг человека приравнивает социальные потребности к выживанию [15]. Так, Наоми Айзенбергер указывает на то, что физическая боль и социальные потрясения имеют общие нейрокогнитивные субстраты. Когда исследователи изучали изображения мозга человека, они обнаружили активность в дорсальной части передней поясной коры, которая является той же нейронной областью, которая участвует в физической боли [12]. Поэтому для создания ПБЛ, необходимо обрабатывать и справляться с нейронными импульсами, которые могут воспринимать аспекты социальных взаимодействий как угрозы и физическую боль. Поэтому с точки зрения формирования ПБЛ в периоды неопределенности человеку важно оставаться ориентированным на будущее.

Исследованиям влияния пандемии COVID–19 на состояние психики социума и ПБЛ посвящен выпуск журнала ««Психологическая травма: теория, исследование, практика и политика». Рассматривается, в частности, влияние введения карантина и дистанционного обучения на состояние итальянских семей, имеющих детей. Многодневная социальная изоляция стала хронической психической травмой с потенциальными негативными последствиями. В числе рекомендации по их преодолению предлагается информирование родителей об особенностях влияния карантина и социальной изоляции на состояние детей, обучение приемам воспитания в сложившихся условиях.

Исследователи особенностей психической травмы, нанесенной COVID-19, уже в ее начале отмечали, что, хотя большая часть населения мира продемонстрирует устойчивость к потерям, стрессу и страху, связанным с COVID-19, но все же пандемия усугубит существующие расстройства психического здоровья и будет способствовать возникновению новых расстройств, связанных со стрессом.

Паника, в момент стресса включающая архаические, безусловнорефлекторные поведенческие механизмы, в психологии рассматривается как защитный механизм, позволяющий живому существу спастись в ситуации витальной угрозы, прежде всего, бегством (убежать от угрозы и хищника, при крайних проявлениях – фугиформная реакция) или минимизацией энергетических затрат, затаиванием (если бегство невозможно, затаиться от хищника, спасаясь «неподвижностью», при крайних проявлениях – ступорозная реакция). Однако в ситуации пандемии включение в привычный механизм развертывания паники не может привести к облегчению переживания, так как оба варианта спасения (облегчения напряжения) не срабатывают. Третий вариант спасения – сражение с угрозой – порождает возникающую из паники агрессию (прямое столкновение с угрозой или замещающими и символизирующими ее объектами), что, как и ступорозная реакция и астенизация, вполне проявилось в период пандемии и после ослабления мер

социальной изоляции, карантина.

Из механизмов психологической защиты, использовавшихся населением и способствующих формированию ПБЛ, наиболее конструктивными могут считаться компенсация и рационализация, деструктивными – прежде всего проекция и вытеснение. Важно было то, насколько используемая защита помогает снизить беспокойство и разрешить травмирующую ситуацию.

Заключение

Объективная ситуация во время эпидемий и пандемий традиционно связана с множеством важных психосоциальных факторов стресса: угрозами для своего здоровья и близких; серьезными проблемами на работе; разлукой с семьей и друзьями; проблемами с продуктами питания и лекарствами; социальной изоляцией или социальным дистанцированием; закрытием школ и университетов. Пандемии - это социальные катаклизмы, провоцирующие панику, острый стресс и посттравматический стресс. расстройство, массовая агрессия и другие психоэмоциональные и поведенческие расстройства.

Изучение проблем ПБЛ в экстремальных условиях, особенно в условиях пандемии, остается актуальным и социально значимым в современном мире, так как непрекращающиеся экстремальные ситуации приводят к необходимости в оказании результативной психосоциальной помощи большому числу людей, страдающих от их негативного, психотравмирующего воздействия.

Литература/ References:

1. Приходько И.И. Влияние гражданского общества на психологическую безопасность личности. [Электронный ресурс]. - URL: https://ppc-world.turbopages.org /s/ppc.world/ articles/vliyanie-covid-19. (дата обращения: 19.08.2026).

2. Приходько И. И. Разработка психодиагностического инструментария для определения психологической безопасности личности специалистов экстремальных видов деятельности [Электронный ресурс]. Вестник Университета, 2013. № 11, с. 242–253.

3. Портал психологических изданий PsyJournals.ru — https://psyjournals.ru/en/journals/jmfp/archive/2021_n1/Litvinova_et_al?ysclid=mftc0e6v6s18127493. [Электронный ресурс].-URL: https://zen.yandex.ru /media. (дата обращения: 7.09.2026).

4. Селедцов, А.М. Проблемы психического здоровья в условиях пандемии // А.М. Селедцов, Г.В. Акименко, Ю.Ю. Кирина / 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, 2020. - Издательство: КемГМУ. - 2020. - С.282-290.

5. Селедцов, А.М. Важные аспекты психологии неопределенности в условиях COVID-19 // А.М. Селедцов, Г.В. Акименко, Ю.Ю. Кирина / International Journal of Professional Science.- 2020.- № 8. -С. 12-19.

6. Шлионская, И. От психических последствий пандемии нам придётся оправляться целое поколение. [Электронный ресурс]. - URL: https://www.pravda.ru/health/1687254-pandemija_posledstvija/ (дата обращения: 19.08.2026).

7. Edmondson, A.; Lei, Z. (2014). «Psychological Safety: The History, Renaissance, and Future of an Interpersonal Construct».

8. Bragin, M. ‘The community participatory evaluation tool for sychosocialprogrammes: A guide to implementation’. Intervention: International Journal of Mental Health, Psychosocial Work and Counselling in Areas of Armed Conflict3, [Электронный ресурс]. – URL: http://www.interventionjournal.com. (дата обращения: 19.08.2026).

9. Klarić M., et al. Psychological Consequences of War Trauma and Postwar Social Stressors in Women in Bosnia and Herzegovina // Croatian Medical Journal, 2007; 48:167-76.

10. Maddi S. R., Khoshaba D. M. Hardiness and mental health // Journal of Personality Assessment. 1994. Vol. 63. P. 265–274.

11. Robson, David The fear of coronavirus is changing our psychology. [Электронный ресурс].-URL: https://www.bbc.com/future/article/20200401-covid-19-how-fear-of-coronavirus-is-changing-our-psychology. (дата обращения: 19.08.2026).

12. Schaller, M.; Murray, D. R.; Bangerter, A. implements of the behavioral immune system for social behavior and human health in the modern world.

13. Milman E. et al. Modeling depression and anxiety in a pandemic: the mediating role of core beliefs and the search for meaning. Journal of Affective Disorders Reports, 2020. Volume 2, article ID 100023, 9 p. DOI:10.1016/j.jadr.2020.100023 [Электронный ресурс].-URL: https://aftershock.news/?q=node/858114&full. (дата обращения: 19.08.2026).

14. Brauch H.G. Concepts of threats, challenges, vulnerabilities and risks in the field of security. In: Brauch H.G. [et al.] (ed.), Coping with global environmental changes, natural disasters and security threats: threats, challenges, vulnerabilities and risks. New York: Springer, 2011, pp. 61-106. DOI:10.1007/978-3-642-17776-7_2

ФЕНОМЕНОЛОГИЯ ТЕЛЕСНОГО ОТЧУЖДЕНИЯ ПРИ АНГЕДОНИИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Суфьянова А. Ф.
Высшая школа философии, психологии и социологии
Кафедра психологического сопровождения и клинической психологии
ФГБОУ ВО «Уфимский университет науки и технологий»
Россия, г. Уфа
Научный руководитель — канд. психол. наук Е. В. Ахмадеева

Аннотация. Статья посвящена теоретическому анализу взаимосвязи телесного отчуждения и ангедонии у больных шизофренией. На основе феноменологического и психосемантического подходов, выделены общие механизмы: нарушение интероцептивной точности, деперсонализация, психосемантические искажения, аномалии витальности. Подчеркнуто, что

телесное отчуждение включено в ядро шизофренического процесса, а тело утрачивает функцию источника удовольствия. Показана необходимость учитывать телесное отчуждение при анализе ангедонии.

Ключевые слова: шизофрения, телесное отчуждение, ангедония, деперсонализация, интероцепция, психосемантика.

PHENOMENOLOGY OF BODILY ALIENATION IN ANHEDONIA IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA

Sufyanova A. F.
Higher School of Philosophy, Psychology and Sociology
Department of Psychological Support and Clinical Psychology
Ufa University of Science and Technology, Ufa, Russia
Scientific supervisor —Akhmadeeva E. V.

Abstract. The article is devoted to a theoretical analysis of the relationship between bodily alienation and anhedonia in patients with schizophrenia. Based on phenomenological and psychosemantic approaches, common mechanisms have been identified: impaired interoceptive accuracy, depersonalization, psychosemantic distortions, and anomalies of vitality. It is emphasized that bodily alienation is part of the core of the schizophrenic process, and the body loses its function as a source of pleasure. The need to take bodily alienation into account when analyzing anhedonia is demonstrated.

Keywords: schizophrenia, bodily alienation, anhedonia, depersonalization, Interoception, psychosemantics.

Введение

Среди психических расстройств шизофрения выделяется особой тяжестью, поскольку затрагивает множество аспектов психической жизни. Одним из наиболее тяжелых её проявлений оказывается сфера телесного самовосприятия. У пациентов нередко наблюдается распад целостного образа тела. Оно начинает ощущаться как раздробленное, отчуждённое, вышедшее из-

под контроля или претерпевшее изменения [2, с. 240]. Подобные переживания ухудшают качество жизни, способствуют социальной изоляции и осложняют лечебный процесс.

Телесное отчуждение и ангедония представляют собой разные, но связанные феномены. Телесное отчуждение касается переживания тела как чуждого, не принадлежащего «Я». Ангедония касается утраты способности испытывать удовольствие. Данные феномены пересекаются там, где тело перестаёт быть источником приятных переживаний. Однако они не тождественны. Отчуждение может возникать без ангедонии (например, при неврологических нарушениях), а ангедония может проявляться без телесного отчуждения (например, при депрессии). При шизофрении они сходятся, образуя единый патологический процесс.

В научной литературе целостное восприятие тела рассматривается как интегративная функция, включающая неосознаваемую сенсомоторную схему тела и телесное осознавание [5, с. 3]. При шизофрении согласованность этих уровней нарушается, что создает почву для телесного отчуждения. Ангедония при этом считается ключевым негативным симптомом шизофрении [1, с. 173].

Результаты и их обсуждение

В психопатологии традиционно разграничивают схему тела и образ тела. Схемой тела является сенсомоторная система, функционирующая вне осознавания и перцептивного контроля. Она отвечает за автоматическую координацию движений, поддержание позы и ориентацию в пространстве. Образ тела представляет собой совокупность перцепций, установок и убеждений о собственном теле. Данная система доступна сознанию и включает восприятие внешности, аффективные оценки и когнитивные представления [5, с. 7].

В норме тело выступает как «прозрачный медиум» опыта. Через него мы воспринимаем и действуем через него, не замечая его самого. При шизофрении подобная прозрачность нарушается. Тело превращается в объект пристального внимания. Пациент начинает отслеживать те стороны телесного

функционирования, которые в норме остаются незамеченными. Данное нарушение обозначают как «расстройство воплощённого Я». Оно проявляется в ослаблении базового чувства самости, нарушении телесного функционирования и разрыве связей с окружающими. Феноменологический подход, в отличие от нейрокогнитивных теорий, относит основной дефект к более низкому уровню [5, с. 11]. Нарушения телесно опосредованной осознанности возникают раньше других симптомов шизофрении. Клинические наблюдения подтверждают, что пациенты часто описывают тело как механизм, которым управляет внешняя сила. Подобные описания встречаются уже на ранних этапах заболевания [2, с. 240].

Дополнительный ракурс задаёт концепция «scaffolded self». Согласно ей, психические функции человека не замыкаются на мозге. Они опираются на тело и взаимодействие с материальной и социальной средой [7, с. 601]. Аффективные состояния способны синхронно и диахронно подкрепляться внешними ресурсами. Подобные ресурсы регулируют их качество и длительность. При шизофрении данный доступ нарушается. Тело перестаёт быть не только источником информации, но и источником эмоциональной регуляции. Когда телесный опыт утрачивает функцию надёжной опоры, получение удовольствия от телесных ощущений становится невозможным. Утрата телесной опоры затрагивает не только эмоциональную сферу. Кроме того, она отражается на способности выстраивать контакт с другими людьми и поддерживать повседневную активность.

Аномальные телесные феномены (ABP; Abnormal Bodily Phenomena**)** представляют собой специфические проявления телесного отчуждения при шизофрении. К пяти измерениям ABP относятся демаркация, витальность, связность, идентичность и активность [9, с. 4]. Они выражены при шизофрении сильнее, чем при биполярном расстройстве с психотическими чертами. Почти все изменения, кроме связности, достигают лёгкой степени у большинства пациентов в ремиссии. При биполярном расстройстве подобные показатели

встречаются значительно реже. Так, данные позволяют рассматривать аномальные телесные феномены как устойчивую характеристику шизофренического процесса. При ослаблении острой симптоматики они остаются сохранными.

Ангедония представляет собой снижение или утрату способности испытывать удовольствие [1, с. 175; 10, с. 8]. В научной литературе выделяют социальную, физическую и сенсорную её формы. Социальная ангедония связана с неспособностью получать удовольствие от межличностных контактов. Данная связь с телесным отчуждением проявляется через утрату телесной включённости в социальные взаимодействия. Любой социальный контакт всегда телесно опосредован, а именно поза, жест, мимика и прикосновение. Когда тело перестаёт переживаться как своё, эти каналы блокируются. Сенсорная ангедония отражает снижение удовольствия от сенсорных стимулов. Сюда входят зрительные, слуховые, вкусовые, тактильные. Физическая ангедония охватывает утрату удовольствия от еды, прикосновений и двигательной активности. Важно различать предвосхищающую и консуматорную ангедонию. При первой учитывается ожидание удовольствия. При второй снижается само переживание приятного события.

Дефицит удовольствия от межличностных взаимоотношений рассматривается как признак и предиктор расстройств шизофренического спектра. Социальная ангедония определяется как трансдиагностический, устойчивый к медикаментозной терапии феномен. Она влияет на социальное функционирование и повышает риск повторных госпитализаций [1, с. 176]. Пациенты с выраженной социальной ангедонией чаще избегают контактов. Само избегание не всегда осознаётся как утрата удовольствия. Иногда оно проявляется как тревога или подозрительность.

Нейробиологическую основу нарушений предвосхищающей гедонистической способности составляет дисфункция дофаминергической системы. Система опосредует ценность вознаграждения, что отражается на

снижении мотивации к его получению. Снижение способности к непосредственному переживанию удовольствия, то есть консуматорная ангедония, связано с дисфункцией опиоидной и ГАМКергической систем. Данные системы участвуют в обработке интероцептивных и телесных сигналов [1, с. 177; 10, с. 3–6]. Нейробиологический субстрат ангедонии перекрывается с системами, обеспечивающими телесное самовосприятие, что создаёт почву для их взаимосвязи [3, с. 62].

Пациенты с шизофренией имеют повышенный сенсорный порог. Им требуется более высокая интенсивность стимула для достижения удовольствия. Физическую ангедонию, касающуюся утраты удовольствия от телесных ощущений, трудно отделить от сенсорной. Они связаны с обработкой телесных сигналов и вместе углубляют отчуждение тела, лишая его роли источника переживаний [1, с. 177; 10, с. 3–6].

Ангедония и телесное отчуждение связаны между собой не напрямую, а опосредованно. Они пересекаются там, где тело перестаёт быть источником удовольствия. Но ангедония может существовать без телесного отчуждения, а телесное отчуждение без ангедонии. При шизофрении они сходятся, образуя единый процесс. Существует несколько путей, по которым данные феномены соприкасаются.

Первый из них касается интероцепции, то есть способности улавливать сигналы внутренней среды. При психотических расстройствах данная способность нарушается. В экспериментах с оценкой сердечного ритма такие участники сильнее ошибались, принимая собственный пульс за более быстрый или медленный, нежели он был в действительности. Ошибка возникла именно в интероцептивной задаче [6, с. 210]. Её нельзя было объяснить общим снижением восприятия. Когда внутренние ощущения перестают опознаваться как свои, они начинают казаться посторонними, вызывая страх. Тело больше не воспринимается как надёжный источник информации и, как следствие,

утрачивает роль источника удовольствия. Всё чаще тело становится причиной дискомфорта и страдания [5, с. 11].

Однако интероцепция является лишь одним из механизмов. Она объясняет, почему тело перестаёт быть источником приятных ощущений. Но не объясняет, почему тело начинает переживаться как чужое. Нарушение интероцепции может существовать без отчуждения тела.

Иной механизм связан с деперсонализацией. При ней собственное «Я» и телесная оболочка переживаются как изменённые или отчуждённые. Пациент смотрит на себя «со стороны», воспринимая тело как чужое [2, с. 245]. Именно деперсонализация непосредственно затрагивает чувство принадлежности тела и «Я». Она объясняет, почему тело перестаёт быть «моим». Интероцепция объясняет утрату точности восприятия, но не утрату принадлежности. Витальность трактует ощущение безжизненности, но не утрату принадлежности. Только деперсонализация схватывает сам механизм отчуждения. Данный феномен выступает чувствительным маркером утраты телесной целостности. Чем сильнее переживания отчуждения, тем негативнее человек оценивает свою внешность. При статистическом контроле деперсонализации прямая связь между позитивными симптомами и образом тела исчезает. Иными словами, бред и галлюцинации ухудшают отношение к телу не сами по себе, а запуская механизмы отчуждения [8, с. 18].

За оценкой другого человека стоят не только сиюминутные впечатления, но и глубинные семантические структуры, хранящие обобщённый опыт социальных взаимодействий. В исследовании социальной ангедонии у больных шизофренией выражения глаз чаще описывались как «неясный», «молодой», «красивый», «непонятный», «недобрый» и т. д. Чем больше негативных характеристик в семантическом пространстве, тем труднее получать удовольствие от общения [1, с. 179]. Сходные свойства связаны с алекситимией. Неспособность различать чувства сопряжена с восприятием других как

недоброжелательных. Глубинные семантические структуры блокируют живой эмоциональный отклик.

Нарушения витальности вплетены в картину ангедонии. В исследовании шкала «витальность», отражающая механизацию и болезненную объективизацию тела, коррелирует с ангедонией, абулией и общим баллом негативной симптоматики. Ощущение тела как безжизненного объекта неразрывно связано с утратой радости, и тело становится источником страдания [9, с. 5]. Витальность не поясняет, почему тело переживается как чужое. Она фиксирует утрату жизненности, но не утрату принадлежности. Поэтому витальность является следствием более глубоких нарушений, связанных с деперсонализацией.

Размытость телесных представлений также вносит вклад в обсуждаемую картину. Пациенты описывают свою внешность скупо, с малым числом слов и когнитивных суждений, а доля диффузных оценок повышена. В исследовании было показано, что позитивные и негативные аффективные суждения встречаются одинаково часто. Это означает не отсутствие негативной окраски, а утрату чёткой положительной определённости телесного образа. У здоровых людей положительные суждения преобладают. У пациентов положительные оценки сближаются, что указывает на размывание позитивного ядра телесного опыта [4, с. 2]. Чем дольше длится заболевание, тем чаще в описаниях опасных ощущений появляются психические дескрипторы. Конкретные описания сменяются размытыми.

При расстройствах шизофренического спектра телесность теряет социальную и аффективную насыщенность. Образ тела становится отчуждённым. Размытость телесных представлений и утрата их положительной определённости сопряжены с трудностями ментализации. Это указывает на единую патодинамическую структуру нарушения [4, с. 2].

Заключение

Из четырёх механизмов (интероцепция, деперсонализация, психосемантика, витальность) именно деперсонализация занимает центральное место. Она непосредственно связана с утратой чувства принадлежности тела и «Я». Остальные механизмы либо объясняют отдельные аспекты, либо являются производными. Телесное отчуждение и ангедония не являются отдельными симптомами, но они не тождественны. Телесное отчуждение означает переживание тела как чуждого, не принадлежащего «Я». Ангедония трактуется как утрата способности испытывать удовольствие. Данные феномены пересекаются там, где тело перестаёт быть источником приятных переживаний. Однако они сохраняют самостоятельность. Телесное отчуждение может возникать без ангедонии. Ангедония может проявляться без телесного отчуждения. При шизофрении они сходятся и образуют единый патологический процесс. Среди механизмов, связывающих феномены, центральное место занимает деперсонализация. Она напрямую затрагивает чувство принадлежности тела и «Я». Нарушение интероцепции объясняет только утрату точности телесного восприятия. Аномалии витальности реализуют утрату ощущения жизненности. Психосемантические искажения являются производными. Она же усиливает ангедонию. Тем самым телесное отчуждение перестаёт быть периферийным феноменом и оказывается встроенным в ядро шизофренического процесса.

Литература/ References:

1. Власов А.С., Шумакова О.А. Возможности психосемантического метода в исследовании социальной ангедонии у больных шизофренией // Психология и Психотехника. 2025. № 3. С. 168–181

2. Меграбян А.А. Деперсонализация. Ереван: Армянское государственное издательство, 1962. 355 с.

3. Рычкова О.В., Соина Н.А., Гуревич Г.Л. Эмоциональный интеллект при шизофрении // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. 2013. № 6. С. 59–64.

4. Штерин О.И. Соотношение социального познания и телесного Я при расстройствах шизофренического спектра // Материалы конференции «Ломоносов-2026». М., 2026.

5. Fuchs T. The body as transparent medium.2016.

6. Jeganathan J., Campbell M.E.J., Legrand N., Allen M., Breakspear M. Aberrant Cardiac Interoception in Psychosis // Schizophrenia Bulletin. 2024. Vol. 51, № 1. P. 208–216.

7. Krueger J. Schizophrenia and the Scaffolded Self // Topoi. — 2018. — Vol. 39. P. 597–609.

8. Martin LAL, Koch SC, Hirjak D and Fuchs T (2016) Overcoming Disembodiment: The Effect of Movement Therapy on Negative Symptoms in Schizophrenia—A Multicenter Randomized Controlled Trial. // Front. Psychol. 7:483.

9. Stanghellini G., Palumbo D., Ballerini M., Mucci A., Catapano F., Giordano G.M., Galderisi S. Abnormal bodily experiences detected by Abnormal Bodily Phenomena questionnaire are more frequent and severe in schizophrenia than in bipolar disorder with psychotic features // European Psychiatry. 2020. Vol. 63, № 1. e49, 1-7.

10. Witkoś J., Fusińska-Korpik A., Walczewski K. An assessment of sensory sensitivity, including certain anhedonia dimensions, in patients with schizophrenia using transcutaneous electrical nerve stimulation// PLoS ONE. 2026. Vol. 21, № 3. — С. 1–11.

ПСИХОТИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ СИНДРОМА КЛАЙНФЕЛЬТЕРА: АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

Титиевский С.В.,[1] Воеводина В.С.,[2] Фуголь А.А.[2]

[1]Кафедра психиатрии, медицинской психологии, психосоматики и психотерапии с лабораторией психического здоровья ФГБОУ ВО Донецкий государственный медицинский университет имени. М. Горького»
Минздрава России, Россия, г. Донецк
[2]Республиканская клиническая психиатрическая больница – психотерапевтический центр МЗ ДНР, Россия, г. Донецк

Аннотация. Клинические проявления синдрома Клайнфельтера значительно варьируют. Это в полной мере относится и к психотической симптоматике при указанной патологии. В данной статье рассмотрен случай больного с цитогенетически подтверждённым синдромом Клайнфельтера (кариотип 47, ХХУ) и полиморфной шизофреноподобной симптоматикой. Высказано предположение о сродстве синдрома Клайнфельтера как с шизофренией, так и с эпилептической энцефалопатией.

Ключевые слова: синдром Клайнфельтера, психотические расстройства, шизофрения, органическое шизофреноподобное расстройство, эпилептическая энцефалопатия.

PSYCHOTIC MANIFESTATIONS OF KLINEFELTER SYNDROME: A CLINICAL CASE ANALYSIS

Titievsky S.V.,[1] Voevodina V.S.,[2] Fugol A.A.[2]

[1]Department of Psychiatry, Medical Psychology, Psychosomatics, and Psychotherapy with the Mental Health Laboratory Donetsk State Medical University named after M. Gorky, Russia, Donetsk

[2]Republican Clinical Psychiatric Hospital – Psychotherapy Center, Russia, Donetsk

Abstract. The clinical manifestations of Klinefelter syndrome vary significantly. This applies equally to the psychotic symptoms associated with this condition. The article discusses the case of a patient with cytogenetically confirmed Klinefelter syndrome (karyotype 47, XXY) presenting with polymorphic schizophrenia-like symptoms. A hypothesis is proposed regarding the affinity of Klinefelter syndrome with both schizophrenia and epileptic encephalopathy.

Keywords: Klinefelter syndrome, psychotic disorders, schizophrenia, organic schizophrenia-like disorder, epileptic encephalopathy.

Теоретический анализ

Психические расстройства у пациентов с синдромом Клайнфельтера встречаются в четыре-пять раз чаще, чем в общей популяции [1, 2]. Эта патология может включать синдром дефицита внимания, расстройства личности, психотические симптомы и различные поведенческие расстройства, особенно агрессивные и сексуальные [2-4]. Масштабное исследование выписок из больниц, в котором приняли участие 860 взрослых с кариотипом 47,XXY, в сравнении с 86 000 мужчин с типичным кариотипом 46,XY [5**]**, показало, что у пациентов с синдромом Клайнфельтера почти в четыре раза выше риск развития шизофрении и биполярного расстройства и примерно в шесть раз выше риск расстройств аутистического спектра и синдрома дефицита внимания и гиперактивности. Психопатологические симптомы при синдроме Клайнфельтера, зачастую неоднородные и атипичные, вызывают множество вопросов, связанных с диагностикой и лечением [6].

Ранние признаки синдрома Клайнфельтера могут начать проявляться в детстве или подростковом возрасте. Первое обращение к врачу связано с задержкой развития, плохой успеваемостью в школе или поведенческими проблемами [7].

J. Nielsen и соавт. (1980) [8] обследовали 29 пациентов с синдромом Клайнфельтера, посещавших амбулаторную клинику. Обнаружено, что с точки зрения трудовой истории 14 больных оказались «хорошо адаптированными в социальном плане» (48%), в отличие от 13 из 14 пациентов с гипогонадизмом и кариотипом 46, XY (93%), посещавших ту же клинику. Семнадцать из 29 мужчин с синдромом Клайнфельтера были женаты (59%) против 10 из 14 (71%) в контрольной группе. В то же время,

у детей младшего школьного возраста с синдромом Клайнфельтера в 40% случаев выявляются нарушения речевого развития, включающие трудности выражения мыслей и проблемы вербальной коммуникации [9]. Вербальные функции могут быть нарушены сильнее, чем результаты тестирования производительности, как у детей, так и у взрослых [7]. Более 75% детей испытывают затруднения в приобретении навыков чтения и письма [9]. Следует отметить, что именно особенности психического развития и поведения у детей с синдромом Клайнфельтера чаще всего служат основанием для проведения кариотипирования в этом возрасте [10]. В целом же, у многих пациентов с синдромом Клайнфельтера при кариотипе 47, XXY значительные нарушения интеллектуального развития отсутствуют (IQ варьирует от 90 до 100 баллов) [11]. Умственное недоразвитие встречается примерно у 25 % больных, чаще оно выражено нерезко, но в отдельных случаях достигает степени значительной дебильности и выявляется уже в раннем детском возрасте [12]. Отмечается, что с присутствием в кариотипе каждой следующей дополнительной X-хромосомы выраженность нарушений речевого развития возрастает, а IQ снижается примерно на 15-16 баллов [13].

Среди особенностей психического развития у детей с синдромом Клайнфельтера S. Close и соавт. (2016) выделяют эмоциональную лабильность, высокую тревожность, склонность к депрессивным состояниям, низкую мотивацию к деятельности и заниженную самооценку [14]. Г.С. Мариничева и М.Ш. Вроно (1999) [12] указывают, что в качестве особенностей структуры интеллектуального дефекта в детском возрасте у большинства больных можно отметить сочетание интеллектуальной недостаточности с глубокой незрелостью эмоционально-волевой сферы, которая приближается к психическому инфантилизму. У этих больных, наряду с недостаточностью внимания, восприятия, памяти и абстрактного мышления, более резко и рельефно обнаруживаются чрезмерная

внушаемость, подражательность, подчиняемость, несамостоятельность, чрезмерная привязанность к близким, нередко с элементом назойливости. Настроение обычно повышенное, с эйфорическим оттенком, имеет тенденцию к беспричинным колебаниям, иногда отмечается склонность к эксплозивным аффективным вспышкам. Выявляются недостаточное чувство долга, ответственности, активности, а также неспособность к длительному волевому усилию и напряженной деятельности. Данные особенности эмоционально-волевой сферы как бы выступают на первый план в структуре дефекта и утяжеляют общую клиническую картину психического недоразвития. При_легкой форме психического недоразвития с началом обучения в школе и особенно в пубертатном и постпубертатном возрасте у больных часто появляется сознание своей неполноценности, которое становится источником внутреннего конфликта. Начинает преобладать гипотимный фон настроения, нередко с раздражительностью, легко возникают невротические и патохарактерологические реакции. Отмечаются также случаи синдрома Клайнфельтера с депрессивными, ипохондрическими, навязчивыми, нарколептическими и шизофреноподобными расстройствами. H. Bruining и соавт. (2009) [15] при обследовании 51 ребенка с синдромом Клайнфельтера в возрасте от 6 до 19 лет в 27% случаев выявили расстройства аутистического спектра, что еще больше может затруднять приобретение социальных навыков. У детей и подростков с синдромом Клайнфельтера также были зарегистрированы психотические расстройства, включая слуховые галлюцинации, параноидные идеи, бредовые мысли, «детскую шизофрению». Ранее отмечалось, что вопросы о том, связаны ли эти расстройства этиологически с синдромом Клайнфельтера, и каковы показатели их распространенности, остаются без ответа [7].

В неврологическом статусе при синдроме Клайнфельтера иногда имеются мышечная гипотония и диэнцефально-вегетативные расстройства, в том числе, приступообразные. У многих пациентов наблюдается моторная недостаточность. При электроэнцефалографическом исследовании у больных выявляются задержки формирования основных корковых ритмов, преобладание медленных высокоамплитудных колебаний в передних отделах коры [12]. Аномальные электроэнцефалограммы (ЭЭГ) являются наиболее часто встречающимися неврологическими отклонениями при синдроме Клайнфельтера [7]. G. Hambert (1966) провел ЭЭГ у 55 мужчин с синдромом Клайнфельтера и обнаружил, что у 68% из них были аномальные записи по сравнению с 11% в контрольной группе. Наиболее часто отмечаемые отклонения включали снижение альфа-частоты, избыточную низкочастотную аритмию и пароксизмальные разряды [7].

S. van Rijn и соавт. (2006) [16] проверялась гипотеза о наличии повышенного уровня патологии шизофренического спектра при синдроме Клайнфельтера. В исследовании приняли участие 32 мужчины с синдромом Клайнфельтера и 26 здоровых лиц контрольной группы. На основе анализа как показателей шизотипических черт (Опросник шизотипической личности, SPQ), так и симптомов шизофрении (Шкала позитивных и негативных симптомов, PANSS) установлено, что кариотип 47,XXY тесно связан с высоким уровнем патологии шизофренического спектра. Отмечено, что величина эффекта уровня шизотипии приближалась к наблюдаемой при шизофрении, и у больных с синдромом Клайнфельтера предрасположенность к шизофрении может быть больше, чем у родственников больных шизофренией. Кроме того, отмечена связь между аномалией X-хромосомы и предрасположенностью к шизофрении, и указано, что это может быть полезно при поиске генетической этиологии шизофрении, в частности, из-за возможно способствующего развитию

шизофрении снижения латерализации головного мозга (снижение асимметрии головного мозга наблюдается и при синдроме Клайнфельтера), вероятно, за счет аномальной экспрессии гена на Х-хромосоме, направляющего развитие асимметрии головного мозга. Указано, что многие нейроанатомические аномалии при синдроме Клайнфельтера напоминают таковые при шизофрении. Например, исследования с использованием структурной магнитно-резонансной томографии (МРТ) показали уменьшение общего объема головного мозга, увеличение боковых желудочков и уменьшение объема верхней височной извилины, миндалевидного тела, гиппокампа, островковой коры и поясной извилины у мужчин с этим синдромом [17]. L.E. DeLisi и соавт. (2005) [2] на основании исследования 11 взрослых мужчин с кариотипом XXY и 11 мужчин того же возраста с кариотипом XY сделан вывод о том, что синдром Клайнфельтера может служить генетической моделью психотических расстройств. У 10 из 11 мужчин с кариотипом XXY указанными авторами наблюдались те или иные психические расстройства, у четверых – слуховые галлюцинации, в отличие от мужчин с кариотипом XY. У мужчин с кариотипом XXY отмечались значительно меньшие объемы лобной, височной долей и верхней височной извилины с двух сторон. Кроме того, диффузионно-тензорная визуализация целостности белого вещества выявила четыре области со сниженной фракционной анизотропией у мужчин с синдромом Клайнфельтера по сравнению с контрольной группой: три в левом полушарии и одну в правом. Данные области соответствуют левой задней части внутренней капсулы, передней части поясной извилины билатерально и левому дугообразному пучку. Отмечено, что, таким образом, избыточная экспрессия одного или нескольких генов Х-хромосомы влияет на развитие серого и белого вещества в лобных и височных долях, а также на проводящие пути белого вещества, ведущие к ним, и это может

способствовать развитию нарушений исполнительных и речевых функций, наблюдаемых у таких взрослых. В целом, отмечается, что дефицит андрогенов, наблюдаемый у 65-85% пациентов с синдромом Клайнфельтера, может быть причиной плохой социальной интеграции и неполного психосексуального развития [18]. Однако при психотических проявлениях у данных больных уровень андрогенов бывает в пределах нормы [18], в связи с чем I. Slim и соавт. (2009) [6] предполагают, что стойкие психотические симптомы, вероятно, вызваны непосредственно хромосомной аномалией – наличием дополнительной Х-хромосомы. B. Côrte-Real и соавт. (2021) [19], отмечая, что синдром Клайнфельтера является естественной генетической моделью для изучения экспрессии генов Х-хромосомы и влияния андрогенов на развитие и функционирование мозга, подчеркивают значимость не гормонального дисбаланса, а аномалий Х-хромосомы как причины когнитивного дефицита при синдроме Клайнфельтера. Указывается, что некоторые нарушения, выявляемые при нейровизуализации у пациентов с синдромом Клайнфельтера (из-за пагубного влияния дополнительной Х-хромосомы на развитие нервной системы), также наблюдаются у пациентов с шизофренией: уменьшение объёма головного мозга, увеличение боковых желудочков, уменьшение объёмов верхней височной извилины, амигдалы, гиппокампа, островка и поясной извилины, уменьшение асимметрии головного мозга, снижение латерализации в отношении верхней височной извилины, коррелирующее с дезорганизацией обработки языка (language processing). Упомянутые авторы отмечают, что сходство симптомов и данных нейровизуализации при синдроме Клайнфельтера и шизофрении позволяет предположить, что у этих двух расстройств возможно наличие общего механизма развития, и синдром

Клайнфельтера может быть фактором риска не только возникновения шизофрении, но и её раннего начала.

Несмотря на то, что у больных с синдромом Клайнфельтера описаны различные психические расстройства, в том числе, шизофрения, расстройства настроения, расстройства поведения и личности, сообщаемые симптомы кажутся разнородными, атипичными и часто транснозографическими, что объясняет трудности диагностики данных расстройств. Учитывая эти трудности, I.Slim и соавт. (2009) [6] предлагают рассматривать психические симптомы, проявляющиеся у пациентов с синдромом Клайнфельтера, по отдельности, а не пытаться объединить их в единую диагностическую категорию.

В связи с практическим отсутствием в литературе подробных описаний рассматриваемой патологии, что затрудняет её клинический анализ, ниже приведен клинически наблюдавшийся нами случай синдрома Клайнфельтера с психотическими проявлениями.

Объект, методы и результаты исследования

Больной П. родился в 2006 г. от 2-й беременности, протекавшей с угрозой самопроизвольного аборта в 12 недель, альбуминурией, ОРВИ. Роды – первые, срочные, патологические, со вторичной слабостью родовой деятельности, путём кесарева сечения. При рождении имел массу 2950 г, оценку по шкале Апгар – 7-8 баллов, закричал сразу. Голову держит с 7 месяцев, сидит с 10 месяцев, ходит с 1 года 2 месяцев, до 7 лет «мычал», с 7 лет появилась речь.

С раннего детства болел ОРВИ, бронхитом, страдает дискинезией желчевыводящих путей, деформацией желчного пузыря, хроническим гастродуоденитом, сколиозом, выявлена аберрантная поперечная хорда левого желудочка. Находился на стационарном лечении в марте 2011г. в детской больнице с диагнозом: «Функциональная диспепсия. Минимальные мозговые дисфункции. Синдром гиперактивности с

дефицитом внимания. Правосторонний S-образный лордоз грудинно-поясничного отдела позвоночника I ст. Диспластическая кардиопатия», в августе-сентябре 2012 г. – в дерматовенерологическом диспансере с диагнозом: «Острый вариолиформный парапсориаз Мухи-Габермана».

Рос неусидчивым, невнимательным, плаксивым, замкнутым ребенком, не умел общаться со сверстниками, отмечалась ходьба на носочках до 2 лет. Детский сад посещал с 2 лет, адаптировался там тяжело из-за малообщительности, замкнутости, плаксивости. С 4 лет обучался в дошкольном отделении для детей с нарушением речи общеобразовательной школы, в дальнейшем учился в общеобразовательной школе.

Изменение психического состояния возникло в 2016 г., когда стал избирателен в еде, раздражителен, отмечались стереотипные игры с водой, чувствительность к громким звукам, повышенный интерес к бытовым приборам и технике. Через 2 года в течение 4 месяцев нарушился ночной сон, снизилась школьная успеваемость, отказывался посещать школу, в связи с чем находился на стационарном лечении в детском отделении Республиканской клинической психиатрической больницы МЗ ДНР с диагнозом неорганического психотического расстройства (F28). В тот период обучался в общеобразовательной школе. Согласно школьной характеристике, имел удовлетворительную успеваемость, избегал конфликтов, был контактен, скромен, спокоен, уравновешен, не всегда внимателен (из-за чего часто допускал ошибки), с трудом усваивал сведения, требующие механического заучивания (запоминал лишь то, что понял, в чем предварительно разобрался), удовлетворительно понимал учебный материал, решал задачи в среднем темпе, владел навыками самостоятельной работы, умел сопоставлять, анализировать, соблюдал учебный режим, ответственно выполнял поручения, активно участвовал в школьных мероприятиях.

При поступлении в отделение был доступен продуктивному контакту, верно ориентирован в месте, времени и собственной личности. Наблюдалось привлекаемое, но неустойчивое внимание. Отмечались склонность к рассуждательству, многоречивость. В то же время, держался напряженно. Устная речь имела слабую эмоциональную окраску. На вопросы отвечал не всегда по существу, с соскальзываниями. Отмечены незрелые, расплывчатые, не всегда последовательные суждения, паралогичное мышление. Выражал тревожные опасения и страхи о своем здоровье, предъявлял многочисленные соматические жалобы: на боли разной интенсивности во всем теле, усталость. Имел патологические представления о бытовых приборах и технике, рассказал: «Дружу с Сонатой – машиной, она разговаривает со мной голосом девочки; недавно познакомился с BMW, он окликнул меня мужским голосом; разговариваю с бытовой техникой и электроникой, они мне отвечают и помогают; дружу с телефоном, он говорит мне что делать».

Временные представления были достаточными, активный словарь – достаточным для возраста. Владел обобщающими понятиями, верно исключал 4-й лишний объект. Сравнение предметов производил по основным признакам. Пословицы и поговорки объяснял верно. Таблицу умножения знал. Утверждал, что «стало тяжело учиться, тяжело сосредоточиться, путаются мысли, не хочу ходить в школу». Был эмоционально лабилен. Отмечалась сниженная критичность к своему состоянию. В отделении адаптировался с трудом, обстановкой тяготился, в детском коллективе удерживался, был доброжелательно настроен, однако инициатива в общении и деятельности не отмечалась, проявлялись обособленность, замкнутость, впечатлительность, погруженность в себя, в свои переживания и ощущения. Выявлено затруднение процесса социализации: неохотно принимал участие в групповых видах деятельности, демонстрировал монотонное, ригидное поведение,

сниженный эмоциональный фон, испытывал беспокойство, тревогу, склонность к страхам, имел невысокий уровень саморегуляции. Познавательный интерес был ослаблен, однако все задания, как учебные, так и трудовые, стремился выполнять добросовестно.

Демонстрировал слабо мотивированную, недостаточно устойчивую деятельность, трудности её самостоятельного планирования с необходимостью помощи и контроля. На занятиях отмечены пассивность, при наличии истощаемости внимания, неустойчивости, избирательности памяти, недостаточности опосредованного (логического) запоминания и дифференцированности восприятия, замедленного темпа мышления с нарушением его качества, с лабильностью и паралогичностью смысловых установок и ассоциаций, непоследовательностью и формальностью суждений, искажением восприятия внутренних связей между различными явлениями и событиями, нарушением понимания причинно-следственных связей, опорой на латентные признаки при обобщении, сравнении, исключении лишнего предмета, с односторонними и логически неправильными умозаключениями, неспособностью отвлечься от второстепенных деталей изображения при составлении рассказа по серии сюжетных картинок, при заниженном, с неравномерным и зависящим от личного отношения к изучаемому предмету уровне учебных знаний, с торопливым чтением при полном, последовательном пересказе, удовлетворительным знанием грамматических правил, таблицы умножения, небрежным письмом с отдельными грамматическими ошибками; в процессе выполнения математических заданий требовалась помощь. При экспериментально-психологическом исследовании подтверждал продуктивную симптоматику: утверждал, что бытовые приборы, техника «разговаривают» с ним, однако после просмотра фильма «Сваты» состояние улучшилось, так как камеры в коридоре стационара «перестали беседовать» с больным; отмечено, что словарный запас

соответствует возрасту, речь является средством систематизации и передачи опыта; не обнаружил снижения критичности восприятия предлагаемой графической и вербальной продукции, смог правильно установить скрытые причинно-следственные связи, оценить содержание рисунка проективной картины при использовании метода стимульной проективной беседы (составлении рассказа о собственной жизни по картине); пословицы и поговорки интерпретировал верно, с сохранной основной логикой рассуждений, хорошо разбирался в ситуации высокой информационной новизны; рисунок «Детство-Человек» отличался небрежностью, структурно был слабо проработан; анализ продукции, полученной методом словесного ассоциативного эксперимента, показал, что более 70% ответов характеризовались их атактическим характером; выполнение методик «Кубики Коса» позволило обнаружить полную сохранность зрительно-пространственного праксиса, операций анализа и синтеза, самостоятельно испытуемый выполнял как легкие, так и сложные задания, в сложных задачах допускал ошибки, которые при указании со стороны экспериментатора исправлял охотно и продуктивно; с методикой «Матрицы Равена» справился средне, карточки с одним структурным признаком обработал медленно, так как быстро терял интерес к выполнению задания, приходилось дополнительно мотивировать его на выполнение поставленной диагностической пробы, ответы более сложного уровня вызывали затруднения и отказы; помощь принимал с трудом и часто использовал её неэффективно; методика «Пиктограммы»: нарушение функции целенаправленного воспроизведения, неспособен продуктивно и адекватно связывать стимульный материал и конструируемый образ-пиктограмму; по методике Равена – 30 баллов (IQ = 82), 4 уровень (30-36 баллов), что соответствует интеллекту ниже среднего, но без дефекта; вывод: признаков интеллектуального снижения не обнаружено, интеллектуальное развитие соответствует норме возраста;

обнаружены деформации мышления и личности по шизоидному типу. ЭЭГ: регистрируются выраженные диффузные изменения без признаков локальной патологии, единичные островолновые комплексы без четко определенного очага, ирритативные изменения без четкой локализации, признаки дисфункции стволовых структур. Осмотр логопеда: специфическое расстройство артикуляции. Осмотр невролога: специфическая органическая симптоматика не выявлена. Проводилось лечение рисперидоном (2 мг/сут.), пантогамом в сочетании с рациональной психотерапией, библио- и арттерапией, психогимнастикой. Редуцировалась продуктивная симптоматика, нормализовался сон, эмоциональный фон стабилизировался, несколько возрос уровень целенаправленной произвольной активности в процессе выполнения учебных заданий и в повседневном общении.

Начиная с 7 класса, был переведен на обучение по индивидуальной общеобразовательной программе в связи с психическим заболеванием.

В августе 2023 г. находился на стационарном лечении в Республиканской детской клинической больнице МЗ ДНР с диагнозом: «Основной: Синдром Клайнфельтера (Q98.1). Сопутствующие: Синдром дисплазии соединительной ткани недифференцированный (М35.9). Инсулинорезистентность. Хронический гастродуоденит с повышенной секрецией в стадии ремиссии (К29.8). Синдром раздраженного кишечника (К58.0). Гипоплазия узловых яичек, левосторонний абдоминальный крипторхизм (N50.0). Органическое бредовое расстройство (F06.2). Диспластическая кардиопатия – пролапс митрального клапана 1 ст. НК 0. Врожденный пигментный невус поясничной области. Лейкодерма в области груди. S-образный кифосколиоз I ст. Врожденная аномалия развития позвоночника. Поперечно-продольное плоскостопие I ст.». В отделении осмотрен психиатром (диагноз приведен выше). Консультация невролога: патологические нарушения не наблюдаются. Консультативное

заключение Республиканского специализированного центра медицинской генетики и пренатальной диагностики МЗ ДНР: «При осмотре отмечаются высокий рост, долихомиелия, склонность к ожирению, гинекомастия, кифосколиоз, гипоплазия правого и аплазия левого яичка (по данным УЗИ), снижение когнитивных функций. Было проведено цитогенетическое обследование. Выявлена хромосомная патология – кариотип 47, ХХУ – дисомия по Х хромосоме (норма 46, ХУ). Также, учитывая фенотип ребенка, было проведено исследование для уточнения синдрома дисплазии соединительной ткани. По результатам суточной мочи выявлено существенное повышение аминокислоты пролин и повышение оксипролина, как связанного, так и свободного. Деструкции коллагена в данное время не выявлено. Заключительный диагноз: Синдром Клайнфельтера, кариотип 47, ХХУ (шифр по МКБ-10 – Q98.1). Соп. Синдром дисплазии соединительной ткани недифференцированный (шифр по МКБ-10 – М35.9). Специфическая терапия отсутствует. Медико-генетическое консультирование семьи проведено. Рекомендовано наблюдение у педиатра, невролога, эндокринолога, уролога и андролога, ортопеда. Исследование минеральной плотности костей – денситометрия. Биохимический анализ крови (протеинограмма, билирубин, трансаминазы, альфа-амилаза, щелочная фосфатаза, глюкоза, Ca, P, Mg, витамин D_3) – 1 раз в год. Тонкослойная хроматография (ТСХ) аминокислот – 1 раз в год». При выписке из отделения рекомендовано также пожизненное введение аналогов тестостерона («Омнадрен 250» по 1 мл в/м 1 раз в неделю). После выписки, в 2023 г. установлена группа инвалидности категории «ребенок-инвалид» сроком до 1 года (до 18-летнего возраста).

После окончания школы поступил в аграрную академию, однако продолжить обучение не смог. Со слов пациента, помимо выраженной головной боли, возникавшей при умственном напряжении, сохранялись слуховые обманы восприятия («голоса»), существенно затруднявшие

восприятие и усвоение учебного материала, вследствие чего обучение стало невозможным. С весны 2024 г. появились также стойкое нарушение ночного сна, усиление навязчивых действий и мыслей. Постепенно данная симптоматика нарастала, в связи с чем в мае 2024 г. больной обратился к психиатру городского психоневрологического диспансера г. Донецка. Согласно данным консультативного осмотра: «Жалобы на «жуткие» навязчивые мысли, аутоагрессию, ненависть к себе за малейшие проступки. Сосёт пальцы, грызёт всё пластиковое, снятся кошмары, избирателен в еде. Испытывает чувство тревоги, страх перед походом в магазин. Диагноз: органическое шизофреноподобное расстройство (F06.2)».

В сопровождении матери прибыл в Республиканскую клиническую психиатрическую больницу-психотерапевтический центр МЗ ДНР (РКПБ-ПТЦ), госпитализирован в общепсихиатрическое отделение, где находился в июне-августе 2024 г. При поступлении предъявлял жалобы на зрительные галлюцинации («что-то мерещится, стенки шевелятся»), наличие голосов внутри головы («голоса разговаривают»), ощущение, что «все время кто-то смотрит» («не могу находиться на улице – на меня смотрят небо, трава, жуки»), трудности при нахождении в обществе, навязчивые мысли, аутоагрессию, резкие колебания настроения, неконтролируемые действия, чувства к неживым предметам, чувство внутреннего напряжения, нарушение ночного сна, общую слабость, быструю утомляемость. Был доступен контакту, правильно ориентирован в месте, времени и собственной личности. Зрительный контакт не поддерживал. На вопросы отвечал односложно, тихим голосом. Интереса к беседе не проявлял. Внешне был напряжен, со сниженным фоном настроения, фиксирован на своих ощущениях, указывал на навязчивые движения, с которыми не в состоянии бороться. Подробно объяснить не мог. Детально описывал слуховые псевдогаллюцинации,

преимущественно мужской голос комментирующего, оскорбляющего содержания. К примеру, во время обучения голос говорил: «Макака учится, макака старается, макаке надо мозги по стене размазать, чтоб лучше было». После подобных оскорбительных слов у больного возникал приступ аутоагрессии, когда он бился головой о стены, царапал себя. Инфантилен. Суждения своеобразны, паралогичны. Рассказал, что испытывал любовные переживания к машине соседа, затем – к кораблю, потом – к зданию Крокус Сити Холла. Поделился переживаниями и опасениями в связи с тем, что за ним следит бывшая подруга, хочет причинить ему вред. Суицидальных мыслей не высказывал. Мышление в замедленном темпе, инертное, паралогичное, с элементами соскальзывания, склонен к резонерству. Внимание привлекалось с трудом, неустойчивое, рассеянное. Жизненного плана не имел. Память и интеллект соответствовали возрасту и полученному образованию, критика к состоянию болезни – снижена.

Заключение по данным экспериментально-психологического исследования: шкала Зунга – УД=62; тест Спилбергера-Ханина – РТ=43, ЛТ=62; таблицы Шульте: 33 с, 39 с, 36 с, 34 с, 36 с; методика «10 слов»: 6, 7, 5, 9, 10, ч/ч 9; выводы: эмоциональная сфера характеризуется субдепрессивным состоянием; уровень реактивной тревожности – умеренно выраженный, личностной тревожности – высокий; внимание концентрируется достаточно; оперативная и долговременная память – на высоком уровне; темп мышления – обычный, динамика мышления – норма, нарушения подвижности мышления отсутствуют, нарушение личностного компонента мышления отсутствует; уровень обобщения снижен, процесс обобщения – по существенным, конкретным, латентным признакам; абстрагирование несколько затруднено; аналитико-синтетическая деятельность несколько затруднена; критичность мышления несколько снижена. При обследовании психологом жаловался

на ночные кошмары, «навязчивые мысли, напоминающие “голоса”», неконтролируемые действия, возникшие в конце сентября 2023 г. («После ссоры с мамой у меня появилось ощущение, что я хотел себя ударить»), указывал, что в детском саду и школе «не сходился ни с кем вообще», учился «средне», «гнобили все – и учителя, и дети, побить хотели много раз», по окончании школы «радовался, что прошел этот ад», по характеру себя видел «склонным к фантазиям, эмоциональным», отмечал собственные обидчивость и мнительность, указывал: «Заболевание немножко сместило мой облик, люди думают, что я псих», упоминал, что учит «песни на английском», увлекается комнатными цветами, кулинарией. Осмотр невролога: «Менингеальных знаков нет. Легкая асимметрия носогубных складок. Язык по средней линии. Глазные щели D=S, зрачки D=S. Прямая и содружественная фотореакции сохранены. Слабость конвергенции с 2-х сторон. Движение глазных яблок в полном объеме. Диплопии нет. Нистагма нет. Глоточные и небные рефлексы живые, симметричны. Сухожильные рефлексы: с рук D=S, живые; коленные D=S, живые; ахилловы D=S, живые. Положительные симптомы: Маринеску-Радовичи, Якобсона-Ласко, Жуковского (кистевые), Штрюмпеля с 2-х сторон. В позе Ромберга устойчив. Пальце-носовую и пальце-коленную пробы выполняет правильно. Мышечная сила и тонус в норме. Нарушений чувствительности и парезов нет. Диагноз: резидуальная энцефалопатия с рефлекторной пирамидной недостаточностью, вазомоторной цефалгией (G93.4)». Осмотр терапевта: «Хронический гастродуоденит с повышенной секреторной функцией в стадии ремиссии (К29.8). Хронический бескаменный холецистит, ст. ремиссии (К81.1). Синдром раздраженного кишечника (К58.9). Инсулинорезистентность». Было диагностировано органическое бредовое (шизофреноподобное) расстройство (F06.2). Проведен курс лечения кветиапином 300 мг/сут., рисперидоном 2 мг/сут., продолжена терапия омнадреном по 2 мл в/м

утром 1 р./нед., осуществлялись когнитивно-поведенческая, телесно-ориентированная, групповая, коллективная психотерапия, музыко-, арома-, спелеотерапия, индивидуальная психологическая коррекция. В отделении первое время предъявлял жалобы на навязчивые мысли, напоминающие «голоса», чувства к неживым предметам, нарушение ночного сна, общую слабость, быструю утомляемость. В реабилитационные мероприятия вовлекался неохотно. Коррекции со стороны врача поддавался с трудом, на непродолжительное время. Посещал психотерапевтические сеансы, работал индивидуально с психологом. На фоне проводимого лечения состояние улучшилось.

ЭЭГ от 26.09.2024 г.: «На ЭЭГ покоя значительные диффузные изменения. Исследование реактивности ЭЭГ выявляет признаки нарушения стволовокорковых взаимоотношений с появлением билатеральных неспецифических политопных вспышек преимущественно тета-диапазона».

В октябре-ноябре 2024 г. находился на лечении в отделении дневного психиатрического стационара для взрослого населения (ОДС) РКПБ-ПТЦ с диагнозом «органическое бредовое (шизофреноподобное) расстройство (F06.2)». Выписан с улучшением. После выписки принимал поддерживающее лечение, длительное время чувствовал себя удовлетворительно. Постепенно отметил ухудшение психического состояния, которое проявилось нарастанием зрительных галлюцинаций, «голосов» внутри головы, трудностей при нахождении в обществе, навязчивых мыслей, аутоагрессии, резких колебаний настроения, неконтролируемых действий, чувств к неживым предметам, ощущения внутреннего напряжения, нарушений ночного сна, общей слабости, быстрой утомляемости.

Госпитализирован в общепсихиатрическое отделение РКПБ-ПТЦ, где находился в апреле-июне 2025 г. При поступлении на вопросы отвечал

односложно, тихим голосом. Предъявлял прежние жалобы. Психическое состояние было идентичным наблюдавшемуся при предыдущей госпитализации. Диагноз: «Органическое бредовое (шизофреноподобное) расстройства (F06.2)». Сопутствующие диагнозы: «Резидуальная энцефалопатия с рефлекторной пирамидной недостаточностью, вазомоторной цефалгией, изменениями на ЭЭГ от 26.09.2024 г. (G93.4). Хронический гастродуоденит с повышенной секреторной функцией в стадии ремиссии (ФГДС от 11.03.23 г.) (К29.8). Хронический бескаменный холецистит, ст. ремиссии (К58.9). Синдром раздраженного кишечника (К58.0). Инсулинорезистентность». Пролечен кветиапином 300 мг/сут., карбамазепином 400 мг/сут., оланзапином 20 мг/сут., трифтазином 10 мг/сут., проведены индивидуальная психологическая, когнитивно-поведенческая коррекция, музыко-, арома-, спелеотерапия, телесно-ориентированная терапия. В реабилитационные мероприятия в отделении вовлекался неохотно. Коррекции со стороны врача поддавался с трудом, на непродолжительное время. Посещал психотерапевтические сеансы, работал индивидуально с психологом. Состояние улучшилось. Выписан для продолжения лечения в ОДС. После выписки из ОДС принимал поддерживающее лечение, чувствовал себя удовлетворительно. Постепенно отметил ухудшение психического состояния, с нарастанием прежних жалоб. Пытался справиться с данными проявлениями самостоятельно, обращался к психиатру по месту жительства, принимал назначенное амбулаторное лечение – без стойкого улучшения.

Госпитализирован в общепсихиатрическое отделение РКПБ-ПТЦ, где находился в октябре-ноябре 2025 г. При поступлении на вопросы отвечал односложно, тихим голосом. Предъявлял прежние жалобы. Психическое состояние было идентичным наблюдавшемуся при предыдущей госпитализации. Экспериментально-психологическое исследование: шкала Зунга – УД=39; тест Спилбергера-Ханина – РТ=37,

ЛТ=42; таблицы Шульте – 53 с, 59 с, 44 с, 47 с, 52 с; методика «10 слов» – 5, 6, 4, 7, 8, ч/ч 6; тест Равена: IQ=76. С диагнозом органического бредового (шизофреноподобного) расстройства (F06.2) прошёл курс лечения оланзапином 20 мг/сут., трифтазином 2,5 мг/сут., когнитивно-поведенческой, телесно-ориентированной, групповой, коллективной психотерапией, музыко-, арома-, спелеотерапией, индивидуальной психологической коррекцией. В реабилитационные мероприятия, проводимые в отделении, вовлекался неохотно. Коррекции со стороны врача поддавался с трудом, на непродолжительное время. Посещал психотерапевтические сеансы, работал индивидуально с психологом. Выписан с улучшением, для продолжения лечения в ОДС РКПБ-ПТЦ. Чувствовал себя удовлетворительно. Постепенно отметил ухудшение психического состояния, которое проявилось выраженными страхами, тревогой.

Госпитализирован в общепсихиатрическое отделение РКПБ-ПТЦ, где находился в марте-апреле 2026 г. При поступлении на вопросы отвечал односложно, тихим голосом. Предъявлял прежние жалобы, рассказал: «Мне нравятся маленькие дети – я даже боюсь, что могу подойти и забрать ребенка себе, но позже эти мысли мне кажутся нереальными». В целом, психическое состояние было идентичным наблюдавшемуся при предыдущей госпитализации. В ходе беседы больной подробно рассказывал о своем внутреннем мире и переживаниях. Сообщил, что на протяжении длительного времени постоянно рисует свою «семью», неоднократно создавал с помощью искусственного интеллекта изображения своих будущих детей, детально прорабатывая их внешность, особенности поведения и голоса. Рассказал, что регулярно использует искусственный интеллект для общения с созданными им персонажами, ведет с ними длительные диалоги, обсуждает различные жизненные ситуации, воспринимая данное общение как эмоционально значимое.

Также сообщил, что после заселения в соседний дом новых жильцов первоначально испытывал положительные эмоции, однако впоследствии стал считать, что они «обижают память этого дома». По словам пациента, с ним неоднократно общалась умершая бывшая хозяйка дома, которая говорила, что новые жильцы ей не нравятся. На фоне данных переживаний возникали мысли о поджоге дома с целью заставить соседей покинуть его. Со слов пациента, активных действий по реализации этих намерений не предпринимал. Кроме того, рассказал, что собирал травы, корни растений, грязь и воду, смешивал их между собой и затем поливал этой смесью соседний дом, полагая, что подобные действия помогут вынудить соседей уехать. Критическое отношение к описанным убеждениям и поступкам снижено, убежден в наличии особого значения и эффективности своих действий. В ходе дальнейших неоднократных бесед больной более подробно рассказал о необычных эмоциональных привязанностях, возникающих у него в отношении неодушевленных объектов и отдельных лиц. Он на протяжении нескольких лет, до 2024 года, испытывал выраженную «любовную симпатию» к пароходу. Сообщил, что воспринимал его как живое существо, наделенное человеческими качествами, представлял его внешность, характер, эмоции и особенности поведения. Постепенно сформировал развернутую систему фантазий, в которой существовала целая «семья пароходов»: дедушка, мать, жена, дети и другие родственники. Детально описывал их взаимоотношения, семейный уклад, характер каждого члена семьи, неоднократно мысленно возвращался к этим сюжетам, представляя различные бытовые ситуации и общение между ними. В дальнейшем, в 2025 г., по словам пациента, объектом его романтической привязанности стал концертный зал «Крокус Сити Холл». Рассказал, что воспринимает его как одушевленный объект, представляет в образе человека с пером, испытывает к нему чувство влюбленности и эмоциональной близости. Неоднократно мысленно

общается с ним, представляет совместное времяпрепровождение, различные жизненные ситуации и развитие отношений, испытывая при этом положительные эмоции. Со слов пациента, данные фантазии занимают значительную часть свободного времени и имеют для него высокую эмоциональную значимость. Кроме того, сообщил, что в 2026 году объектом выраженной эмоциональной привязанности стала личность «керченского стрелка». Рассказал, что регулярно ищет и скачивает его фотографии на мобильный телефон, многократно просматривает их, любуется внешностью, испытывая при этом чувство восхищения и эмоционального притяжения. Часто представляет встречи с ним, ведет длительные мысленные диалоги, моделирует различные варианты общения и совместной жизни. Во время рассказа подробно описывает содержание своих переживаний, эмоционально вовлечен, охотно возвращается к данной теме. Критическое отношение к описанным переживаниям снижено, патологического характера своих увлечений не осознает в полной мере. При экспериментально-психологическом исследовании: «В кабинет входит в сопровождении матери. Тревожен, напряжен. На вопросы отвечает тихо, обстоятельно. Смотрит мимо собеседника, подробно описывает слуховые псевдогаллюцинации, навязчивые движения. Фиксирован на своих ощущениях. Тест СМИЛ: F-K=14, 1=73, 2=109, 3=66, 4=90, 5=79, 6=91, 7=100, 8=106, 9=62, 0=68. Шкала Зунга: УД=41. Тест Спилбергера-Ханина: РТ=32, ЛТ=45. Тест Люшера: 24573016 (2) / 57432610 (4). Таблицы Шульте: 44 с, 41 с, 53 с, 58 с, 50 с. Методика «10 слов»: 6, 7, 4, 8, 8, ч/ч 6. Тест Равена: IQ=75 баллов. *Выводы.* Описание профиля СМИЛ: отмечаются пики по шкалам пессимистичности, индивидуалистичности, тревожности, ригидности, импульсивности. Эмоциональная сфера характеризуется состоянием без депрессии. Уровень реактивной тревожности – умерено выраженный, личностной тревожности – высокий. Методикой Люшера выявлен

умеренно выраженный уровень эмоционального стресса, нарастающий в ходе исследования. Внимание концентрируется недостаточно, неустойчивое. Оперативная память на среднем уровне. Долговременная память на среднем уровне. Темп мышления замедлен. Динамика мышления: лабильность. Нарушения подвижности мышления: обстоятельность, вязкость. Нарушение личностного компонента мышления: элементы паралогичности. Уровень обобщения: искажен. Процесс обобщения: по конкретно-ситуационным, конкретно-функциональным, поверхностным, латентным признакам. Абстрагирование затруднено. Аналитико-синтетическая деятельность затруднена. Критичность мышления снижена. Низкий уровень интеллекта». С диагнозом органического бредового (шизофреноподобного) расстройства (F06.2) прошел курс лечения трифтазином 5 мг/сут., оланзапином 20 мг/сут., карбамазепином 400 мг/сут,, рисперидоном 4 мг/сут.; проведены индивидуальная психологическая, когнитивно-поведенческая коррекция, музыко-, арома-, спелеотерапия, телесно-ориентированная терапия. В реабилитационные мероприятия вовлекался неохотно. Коррекции со стороны врача поддавался с трудом, на непродолжительное время. Посещал психотерапевтические сеансы, работал индивидуально с психологом. Выписан из отделения с улучшением. Рекомендовано на амбулаторном этапе поддерживающее лечение основного заболевания: оланзапин 20 мг вечером, карбамазепин по 100 мг утром и днём, 200 мг на ночь, рисперидон по 2 мг утром и днём в течение первого месяца после выписки, с последующей коррекцией медикаментозного лечения у психиатра по месту жительства. Получает инъекции тестостерона 1 раз в месяц.

В настоящее время находится в академическом отпуске около 2,5 лет, обучение в аграрной академии не продолжает. Не работает. Является

инвалидом 2 группы с детства, очередное переосвидетельствование – в 2027 г.

Заключение

Таким образом, у П. в анамнезе отмечены патологические роды, отставание в речевом развитии, множественная соматическая патология, аутистические проявления в детском возрасте. В то же время, обучение проходило в общеобразовательной школе. В 10-летнем возрасте аутистическая симптоматика стала более отчетливой, а в 12 лет – трансформировалась в психотическую. До этого больной, тем не менее, имел удовлетворительную школьную успеваемость, характерологически среди одноклассников не выделялся и был переведен на обучение по индивидуальной общеобразовательной программе в связи с психотическими проявлениями, а не из-за когнитивных нарушений (в основном, церебрастенического характера). В 17-летнем возрасте, вероятно, в связи со сформировавшимися характерными физическими признаками, на фоне персистирующей психотической симптоматики, впервые заподозрен диагноз синдрома Клайнфельтера, получивший подтверждение при цитогенетическом обследовании. При стационарном лечении в детской больнице рекомендовано пожизненное введение аналогов тестостерона (сведения об уровне тестостерона в выписке и в дальнейшем отсутствуют). Продолжению образования после поступления в вуз, как и школьному обучению, препятствовала психотическая симптоматика (хотя уровень интеллекта также несколько снизился). До 17-летнего возраста неврологические нарушения отсутствовали, а в дальнейшем, на фоне значительных изменений ЭЭГ, диагностирована резидуальная энцефалопатия (нейровизуализационное исследование не проводилось из-за отсутствия неотложных показаний). При этом, отмечена и отрицательная динамика когнитивных функций: снижение концентрации внимания, уровня оперативной и долговременной памяти, появление

обстоятельности и вязкости мышления. Психотическая симптоматика на протяжении всего периода её существования у Н. полиморфна, со множеством «разговаривающих» с больным неодушевленных предметов, к которым он испытывает чувства как к живым людям, с «голосами» внутри головы. При этом, обращает на себя внимание отчетливая резистентность данной симптоматики к антипсихотической терапии, при наличии на ЭЭГ билатеральных неспецифических политопных вспышек преимущественно тета-диапазона. Вероятно, следует согласиться с мнением I. Slim и соавт. (2009) [6] о разнородности, атипичности и транснозографичности психотических проявлений при синдроме Клайнфельтера, хотя в данном случае шизофреноподобный характер симптоматики очевиден, при наличии отчетливых пароксизмальных проявлений на ЭЭГ, возможно, объясняющих резистентность к антипсихотикам, и при минимальных клинических неврологических знаках.

Поэтому, с нашей точки зрения, мнение о том, что синдром Клайнфельтера может служить генетической моделью психотических расстройств, следует рассматривать с позиции его «родства» не только с шизофренией, но и с эпилептической энцефалопатией (в данном случае – непароксизмальной).

Литература/ References:

1. Sorensen K., Nielsen J. Twenty psychotic males with Klinefelter’s syndrome. Acta Psychiatr. Scand. 1977; 56: 249-255.

2. DeLisi L.E., Maurizio A.M., Svetina C. et al. Klinefelter’s syndrome (XXY) as a genetic model for psychotic disorders. Am. J. Med. Genet. B (Neuropsychiatr. Genet.). 2005; 135B: 15-23.

3. Hambert G. Psychiatric symptoms in males with chromatin positive Klinefelter’s syndrome. Acta Psychiatr. Scand. 1964; 40: 101-104.

4. Roy A. Schizophrenia and Klinefelter syndrome. Can. J. Psychiatry. 1981; 26: 262-264.

5. Cederlöf M., Ohlsson Gotby A., Larsson H., Serlachius E., Boman M., Långström N., Landén M., Lichtenstein P. Klinefelter syndrome and risk of psychosis, autism and ADHD. J. Psychiatr. Res. 2014; 48(1): 128-130.

6. Slim I., Kissi Y.E., Ayachi M., Maaroufi-Beizig A., Mlika S., Ach K., Chaïeb L., Ali B.B. Diagnosis and treatment difficulties of psychiatric symptoms in Klinefelter syndrome: a case report. BMJ Case Rep. 2009; 2009: bcr08.2008.0741. URL: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3027661 (дата обращения: 11.09.2026) doi: 10.1136/bcr.08.2008.0741

7. Liester M.B. Psychiatric aspects of Klinefelter's syndrome. J. Multihandicapped Person. 1989; 2(3): 241-250.

8. Nielsen J., Johnsen S.G., Sørensen K. Follow-up 10 years later of 34 Klinefelter males with karyotype 47,XXY and 16 hypogonadal males with karyotype 46,XY. Psychol. Med. 1980; 10: 345-352.

9. Беспалюк Д.А., Чугунов И.С. Синдром Клайнфельтера у детей и подростков. Проблемы эндокринологии. 2018; 64(5): 321-332.

10. Davis S., Lahlou N., Bardsley M. et al. Gonadal function is associated with cardiometabolic health in pre-pubertal boys with Klinefelter syndrome. Andrology. 2016; 4(6): 1169-1177.

11. Simpson J.L., De La Cruz F., Swerdloff R.S. et al. Klinefelter syndrome: Expanding the phenotype and identifying new research directions. Genet. Med. 2003; 5(6): 460-468.

12. Мариничева Г.С., Вроно М.Ш. Умственная отсталость. В кн.: Тиганов А.С., ред. Руководство по психиатрии: В 2-х т. Т.2. М.: Медицина; 1999: 612-680.

13. Visootsak J., Graham J.M. Jr. Klinefelter syndrome and other sex chromosomal aneuploidies. Orphanet J. Rare Dis. 2006; 1(42): 1-5.

14. Close S., Fennoy I., Smaldone A. et al. Phenotype and adverse quality of life in boys with Klinefelter syndrome. J. Pediatr. 2015; 167(3): 650-657.

15. Bruining H., Swaab H., Kas M. et al. Psychiatric characteristics in a self-selected sample of boys with Klinefelter syndrome. Pediatrics. 2009; 123(5): 865-870.

16. van Rijn S., Aleman A., Swaab H., Kahn R.S. Klinefelter's syndrome (karyotype 47,XXY) and schizophrenia-spectrum pathology. Br. J. Psychiatry. 2006; 189: 459-460.

17. Shen D., Liu D., Liu H. et al. Automated morphometric study of brain variation in XXY males. NeuroImage. 2004; 23: 648-653.

18. Lanfranco F., Kamischke A., Zitzmann M. et al. Klinefelter's syndrome. Lancet. 2004; 364: 273-283.

19. Côrte-Real B., Câmara Pestana P.C., Cordeiro C. et al. Schizophrenia in Klinefelter syndrome. Prim. Care Companion CNS Disord. 2021; 23(6):20cr02883. URL: https://www.psychiatrist.com/pcc/schizophrenia-klinefelter-syndrome (дата обращения: 11.09.2026) doi: 10.4088/PCC.20cr02883

ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ И КОПИНГ-СТРАТЕГИИ ЖИТЕЛЕЙ ПРИГРАНИЧЬЯ

Тризна Е. В.
ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Курск
Научный руководитель – канд. психол. наук, доцент А.И. Блюм

Аннотация. В данной статье описана взаимосвязь личностных факторов и копинг-стратегий жителей приграничья. Произведён корреляционный анализ показателей в группах жителей, покинувших и оставшихся в приграничных районах.

Ключевые слова: приграничье, копинг-стратегии, самоконтроль, социальная фрустрированность.

PERSONALITY TRAITS AND COPING STRATEGIES OF RESIDENTS OF BORDER REGIONS

Trizna E.V.
Kursk State Medical University, Kursk, Russia
Scientific supervisor –Blum A.I.

Abstract. This article describes the relationship between personal factors and coping strategies among residents of border areas. A correlation analysis of indicators was carried out for groups of residents who left and those who remained in border areas.

Keywords: border region, coping strategies, self-control, social frustration.

Введение

Ситуация, произошедшая в приграничных районах Курской области в августе 2024 года, повлекла за собой огромное число негативных последствий. Жизнь жителей приграничья разделилась на до и после. Спустя время жители приграничья условно разделились на две группы в зависимости от места проживания. Часть людей вернулась в зону переселения, остальные сменили место жительства на съёмное жилье, ПВР. Обе группы людей испытали огромный стресс, связанный с ситуацией вторжения и вынужденным переселением, но также они продолжают испытывать его и в новых условиях.

Согласно диатез-стресс-буферной модели развитие психических расстройств является результатом взаимодействия трёх факторов: диатезы, стрессоры, буферы. Диатезы (факторы уязвимости) представляют собой слабое звено, которое определяет предрасположенность человека к болезненному состоянию. Стрессоры являются факторами, актуализирующими уязвимость, а буферы в свою очередь ослабляют действие стрессоров. Вследствие этого влияние стрессового воздействия может приводить к различным последствиям в зависимости от выраженности факторов уязвимости и протективных факторов. [2]

Ф. Е. Василюком было отмечено, что человек преодолевает травмирующие воспоминания за счёт деятельности переживания, связанной с нахождением новых смыслов. Способами преодоления травмирующего опыта могут являться копинг-стратегии и психологические защиты, используемые личностью. [1]

Процессы переживания условно можно представить в виде «удачных» и «неудачных». К «неудачным» относятся психологические защиты, которые характеризуются неосознаваемостью, ригидностью, отрицанием реальности, нет целостной оценки ситуации, частичным улучшением. К «удачным» процессам переживания относят совладающее поведение, которое характеризуется осознаваемостью, гибкостью процессов, ориентацией на принятие реальности, учетом целостной ситуации.

По мнению Е. С. Мазур способом преодоления кризисного события является процесс саморегуляции, имеющей несколько этапов:

1. Понимание и переработка смысла травмы;
2. Работа со смыслами, нарушенными травмой;
3. Возобновление жизнедеятельности. [3]

У некоторых людей после нахождения в психотравмирующей ситуации могут проявляться нарушения эмоциональной регуляции. У человека, адекватно функционирующего до травмы, такие реакции являются кратковременными, а постоянным паттерном поведения. Многие люди прибегают к «самолечению», которое может проявляться в виде злоупотребления психоактивными веществами. С помощью такого способа люди пытаются восстановить эмоциональный контроль, но это может стать причиной ещё большей эмоциональной дисрегуляции. Другими способами восстановления эмоциональной регуляции является самоповреждающее поведение, неупорядоченное питание, подавление эмоций, компульсивное поведение, в виде приобщения к азартным играм, повышенной занятости.

Не все способы саморегуляции являются негативными, многие люди, пережившие травму, начинают заниматься спортом, уходят в творчество,

организуют занятия, направленные на помощь людям, находящимся в схожей ситуации, пережить травму. [4]

Цель исследования: исследование личностных факторов и копинг-стратегий у жителей приграничных районов Курской области.

Объект: личностные факторы и копинг-стратегии.

Предмет: личностные факторы и копинг-стратегии жителей приграничных районов Курской области.

Методы исследования: анкета; Краткая шкала самоконтроля (BSCS) (Дж. Тангни и др. в адаптации Т.О. Гордеева, Е.Н. Осин и др.); Методика диагностики уровня социальной фрустрированности Л.И. Вассермана в модификации В.В. Бойко; Комплексный копинговый опросник (CCI-55) (М. Маккей в адаптации А. Статуевой).

Описание выборки: основная группа включает людей, находящихся в приграничных районах Курской области (26 человек); группа сравнения включает людей, покинувших приграничные районы Курской области (32 человека). Средний возраст респондентов в основной группе – 36 лет, в группе сравнения – 37 лет.

Методы статистической обработки данных: коэффициент корреляции Спирмена. Расчеты осуществлялись с помощью статистической программы фирмы StatSoft STATISTICA 8.0 StatSoft.

Результаты

В группе респондентов, покинувших приграничные районы, были выявлены отрицательные корреляционные связи между показателями «Самоконтроль» и «Беспокойство». А также положительные корреляционные связи между показателями «Социальная фрустрированность» и «Защитное поведение», «Перекладывание ответственности», «Беспокойство», «Руминация».

Таблица 1

Сводная таблица, отражающая взаимосвязи показателей в группе жителей, покинувших приграничные районы.

Взаимосвязи показателей	Spearman R	p-level
Самоконтроль & Беспокойство	-0,396609	0,027177
Социальная фрустрированность & Защитное поведение	0,462557	0,008791
Социальная фрустрированность & Перекладывание ответственности	0,621458	0,000190
Социальная фрустрированность & Беспокойство	0,396061	0,027410
Социальная фрустрированность & Руминация	0,398387	0,026434

Полученные данные свидетельствуют о том, что жители, покинувшие приграничные районы, имеющие низкие показатели самоконтроля характеризуются более выраженной тревогой, что может быть связано с эмоциональной нестабильностью, применением неконструктивных копинг-стратегий и негативным мышлением.

Жители, покинувшие приграничные районы, имеющие высокий уровень социальной фрустрированности чаще прибегают к защитному поведению и перекладыванию ответственности за важные решения в своей жизни, что может

быть связано с отсутствием удовлетворённости человеком различными сферами своей социальной жизни. Также в данной группе наличие высокого уровня социальной фрустрированности предполагает застревание на негативных мыслях и тревогу, что может быть связано с тем, что удовлетворённость социальной сферой является одной из важнейших составляющих для благополучной жизни человека.

В группе респондентов, оставшихся в приграничных районах, были выявлены отрицательные корреляционные связи между показателями «Самоконтроль» и «Поведенческое избегание», «Защитное поведение», «Эмоциональное поведение», «Неспособность переносить стресс», «Когнитивные искажения».

Таблица 2

Сводная таблица, отражающая взаимосвязи показателей в группе жителей, оставшихся в приграничных районах.

Взаимосвязи показателей	Spearman R	p-level
Самоконтроль & Поведенческое избегание	-0,399276	0,043309
Самоконтроль & Защитное поведение	-0,390080	0,048833
Самоконтроль & Эмоциональное поведение	-0,420230	0,032560
Самоконтроль & Неспособность переносить стресс	-0,406187	0,039492
Самоконтроль & Когнитивные искажения	-0,468729	0,015720

Полученные данные свидетельствуют о том, что жители, оставшиеся в приграничных районах, имеющие низкие показатели самоконтроля

характеризуются использованием неконструктивных копинг-стратегий, проявляющихся в избегании всех неприятных ситуаций вместо того, чтобы их решать, использовании защитного поведения, которое в результате ещё сильнее усиливает тревогу, проявлении в трудных ситуациях в первую очередь эмоций, чаще негативных, неспособности переживать стрессовые ситуации и ухудшать этим имеющееся состояние, ориентации в стрессовых ситуациях только на негативные мысли.

Заключение

Полученные данные свидетельствуют о том, что жители, покинувшие приграничные районы, имеющие низкий показатель самоконтроля чаще характеризуются наличием тревоги. Жители, оставшиеся в приграничных районах, имеющие низкий показатель самоконтроля чаще прибегают к неконструктивным копинг-стратегиям. Жители, покинувшие приграничные районы, имеющие высокие показатели социальной фрустрированности характеризуются наличием тревоги и чаще прибегают к защитному поведению и перекладыванию ответственности на других. В группе жителей, оставшихся в приграничных районах, корреляционные связи с показателем «Социальная фрустрированность» выявлены не были.

Литература/ References:

1. Василюк Ф.Е. Психология переживания. М.,1984

2. Клиническая психология: в 4 т. : учебник для студ. К493 учреждений высш. проф. образования / под ред. А. Б. Холмогоровой. Т. 2. Частная патопсихология / А. Б. Холмогорова, Н. Г. Гаранян, М. С. Радионова, Н. В. Тарабрина. 2-е изд., стер. М. : Издательский центр «Академия», 2013. 432 с.

3. Мазур Е.С. Смысловая регуляция деятельности. Автореф. канд. дисс., М., 1983.

4. Эйдемиллер Э. Г., Юстицкий В. В. Психология и психотерапия семьи. СПб.: Питер, 2002 656 с.

АДАПТАЦИЯ И ПСИХОМЕТРИЧЕСКАЯ ВАЛИДАЦИЯ УЗБЕКСКОЙ ВЕРСИИ МЕТОДИК ОЦЕНКИ ОБРАЗА ТЕЛА (НА ПРИМЕРЕ ЗАМУЖНИХ ЖЕНЩИН 20–50 ЛЕТ)

Туляганова Р. Х
Кафедра психологии
Национальный университет Узбекистана имени Мирзо Улугбека,
Республика Узбекистан, г. Ташкент

Аннотация. Цель исследования – адаптация узбекских версий методик оценки образа тела и проверка их психометрических характеристик. В исследовании приняли участие замужние женщины 20–50 лет (N=335, M=34 года), использовались методики SIBID, MBSRQ, BIQLI, ASI-R и BISS. Внутренняя согласованность оценивалась с помощью коэффициента альфа Кронбаха и оказалась удовлетворительной и высокой: SIBID (α=0,920), BIQLI (α=0,903), ASI-R (α=0,822), MBSRQ (α=0,788), BISS (α=0,754). Эксплораторный факторный анализ, критерий Кайзера–Мейера–Олкина и тест сферичности Бартлетта показали, что методики обладают достаточными психометрическими характеристиками на выборке узбекских женщин и могут применяться при изучении психологических аспектов инклюзии.

Ключевые слова: образ тела, психометрическая валидация, надежность, факторный анализ, узбекские женщины, удовлетворенность телом, инклюзия

UZBEK ADAPTATION AND PSYCHOMETRIC VALIDATION OF BODY IMAGE ASSESSMENT MEASURES (A STUDY OF MARRIED WOMEN AGED 20–50)

Tulyaganova R.X
Department of psychology
National University of Uzbekistan, Tashkent, Uzbekistan

Abstract. The aim of this study is to adapt Uzbek versions of body image assessment measures and to examine their psychometric properties. The sample consisted of 335 married women aged 20–50 years (M=34). Internal consistency was

assessed using Cronbach's alpha and was satisfactory to high: SIBID (α=0.920), BIQLI (α=0.903), ASI-R (α=0.822), MBSRQ (α=0.788), and BISS (α=0.754). Exploratory factor analysis, the Kaiser–Meyer–Olkin measure, and Bartlett's test of sphericity indicated that the measures have sufficient psychometric properties in a sample of Uzbek women and can be used to study the psychological aspects of inclusion.

Keywords: body image, psychometric validation, reliability, factor analysis, Uzbek women, body satisfaction, inclusion

Введение

Образ тела представляет собой систему эмоциональных, когнитивных и оценочных отношений личности к своей физической внешности, форме тела и облику. В современной психологии образ тела трактуется как конструкт, неразрывно связанный с психологическим благополучием, самооценкой и социальной адаптацией человека. В частности, проблема образа тела у женщин является одним из актуальных направлений психологических исследований.

Теоретические основы концепции образа тела были разработаны П. Шильдером, который описал образ тела как динамическую психологическую структуру, формирующуюся в сознании человека [1]. Позднее Т. Кэш углубленно исследовал когнитивно-эмоциональные процессы, связанные с образом тела, удовлетворенность внешним видом и телесную дисморфию [2, 3]. В настоящее время нарушения образа тела связывают с депрессией, тревожностью и расстройствами пищевого поведения.

На формирование образа тела у женщин влияют биологические, психологические и социокультурные факторы. Особенно значительное влияние на восприятие женщинами своей внешности оказывают современное медиапространство, социальные сети и общественные стандарты красоты. У замужних женщин образ тела чаще всего проявляется в связи с семейными отношениями, репродуктивным опытом, возрастными изменениями и социальными ролями.

Образ тела и удовлетворенность внешностью относятся к психологическим факторам благополучия, самоощущения и социальной включенности личности, в том числе в трудовой и организационной среде. Внешность и телесные характеристики могут становиться основанием для стигматизации и исключения, поэтому надежный психодиагностический инструментарий необходим для изучения психологических аспектов инклюзии и разработки мер психологической поддержки, в том числе в организациях [15].

Анализ литературы по теме

В зарубежной психологии разработано множество валидных методик, направленных на изучение образа тела. В частности, широко используются методики ситуационной инвентаризации дисфории образа тела (SIBID) [4], многомерного опросника взаимоотношений с телом (MBSRQ), инвентаризации качества образа тела (BIQLI) [5], инвентаризации схем внешнего вида (ASI-R) и шкалы состояний образа тела (BISS). Эти методики позволяют оценить различные компоненты образа тела.

Необходимо отметить, что отсутствие валидных и адаптированных психодиагностических методик на узбекском языке для оценки образа тела и удовлетворенности телом замедляет проведение научных исследований по данной теме. В частности, недостаточно проведена локальная адаптация и психометрическая проверка методик, направленных на комплексную оценку образа тела.

Целью настоящего исследования является адаптация узбекских версий методик оценки образа тела и проверка их психометрических особенностей на примере узбекских женщин.

Методология исследования

В исследовании приняли участие замужние женщины в возрасте 20–50 лет (N=335; M=34,00; SD=7,45; таблица 1). Выборка была сформирована из представителей различных профессий и домохозяек. В исследовании

добровольно участвовали узбекские женщины из разных регионов Узбекистана; респондентам был гарантирован принцип конфиденциальности.

Таблица 1 – Демографическая характеристика респондентов

Показатели	**Значение**
Количество респондентов (N)	335
Возрастной диапазон (min–max)	20–50
Средний возраст (M)	34,00
Стандартное отклонение (SD)	7,45
Семейное положение	Замужние женщины
Социальный слой	Представители различных социальных слоев

Для оценки психологических конструктов, связанных с образом тела, использовались методики Situational Inventory of Body-Image Dysphoria (SIBID), Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire (MBSRQ), Body Image Quality of Life Inventory (BIQLI), Appearance Schemas Inventory-Revised (ASI-R) и Body Image States Scale (BISS). Узбекские версии методик были переведены автором, проведена их лингвистическая и семантическая адаптация.

Статистическая обработка данных выполнялась в программе IBM SPSS Statistics [6]. Внутренняя согласованность методик оценивалась с помощью коэффициента альфа Кронбаха [7, 8]. Для проверки конструктной валидности использовались критерий Кайзера–Мейера–Олкина (KMO) [9], тест сферичности Бартлетта [10] и эксплораторный факторный анализ [11, 12]. Для определения межметодических связей проводился корреляционный анализ Пирсона. Также были рассчитаны показатели описательной статистики (таблица 2) и проверено соответствие распределения нормальному.

Таблица 2 – Показатели описательной статистики

Методики	N	Mean	SD	Min	Max
SIBID	335	74,62	18,34	22	110
MBSRQ	335	126,47	21,56	53	175
BIQLI	335	89,21	16,98	31	124
ASI-R	335	93,38	17,25	40	140
BISS	335	41,67	8,92	16	64

Результаты

Внутренняя надежность методик. Полученные результаты показали, что все методики обладают удовлетворительной и высокой степенью внутренней согласованности (таблица 3).

Таблица 3 – Показатели внутренней надежности методик (α Кронбаха)

Методики	α Кронбаха
SIBID	0,920
MBSRQ	0,788
BIQLI	0,903
ASI-R	0,822
BISS	0,754

Методики достаточно надежны на выборке узбекских женщин.

Валидность конструкта

Критерий КМО по методике SIBID показал высокий результат (КМО=0,937), тест сферичности Бартлетта оказался статистически значимым ($p<0,001$). Эксплораторный факторный анализ выявил трехфакторную структуру, объясняющую примерно 52% общей дисперсии (таблицы 5, 6).

Удовлетворительные психометрические показатели наблюдались и по методике MBSRQ (KMO=0,764); факторный анализ подтвердил многокомпонентную структуру, объясняющую примерно 65% общей дисперсии (таблица 4).

Таблица 4 – Результаты теста KMO и теста сферичности Бартлетта

Методики	Коэффициент KMO	Тест Бартлетта: χ^2 (df)	p
SIBID	0,937	4256,317 (325)	<0,001
MBSRQ	0,764	2893,541 (231)	<0,001
BIQLI	0,886	3412,276 (276)	<0,001
ASI-R	0,848	3178,669 (210)	<0,001
BISS	0,801	2563,214 (153)	<0,001

Примечание: высокие значения KMO и статистическая значимость теста Бартлетта подтвердили возможность проведения факторного анализа.

Таблица 5 – Объясненная общая дисперсия для методики SIBID

Фактор	Собственное значение	Дисперсия, %	Кумулятивный, %
1	6,85	20,10	20,10
2	4,85	14,26	34,36
3	3,98	11,72	46,08
Итого	–	–	46,08

Примечание: по результатам эксплораторного факторного анализа в методике SIBID выявлена трехфакторная структура. Выделенные факторы объясняли примерно 52% общей дисперсии. Этот результат показывает, что структура методики достаточно устойчива и связана с общим психологическим конструктом.

Таблица 6 – Матрица повернутых компонент для методики SIBID (вращение варимакс)

Пункт	Компонента 1	Компонента 2	Компонента 3
SIBID1	0,602	0,142	0,101
SIBID2	0,567	0,132	0,093
SIBID3	0,548	0,118	0,062
SIBID4	0,514	0,203	0,085
…	…	…	…
SIBID13	0,121	0,173	0,795
SIBID14	0,136	0,192	0,768
SIBID15	0,098	0,121	0,742

Примечание: в результате вращения варимакс распределение пунктов по факторам было уточнено. Большинство факторных нагрузок находились на удовлетворительном уровне, что свидетельствует о формировании структуры, соответствующей теоретическому конструкту методики. Несмотря на перекрестные нагрузки некоторых пунктов, общая факторная модель оставалась стабильной.

Корреляционный анализ

С целью определения межметодических связей был проведен корреляционный анализ Пирсона (таблица 7). Выявлена умеренная отрицательная корреляция между SIBID и BIQLI ($r=-0,509$; $p<0,01$): усиление неудовлетворенности образом тела связано со снижением качества жизни. Также наблюдалась статистически значимая отрицательная корреляция между SIBID и BISS ($r=-0,341$; $p<0,01$): ситуативная удовлетворенность внешним видом снижается с ростом неудовлетворенности образом тела. Полученные результаты поддерживают конструктную валидность методик.

Таблица 7 – Матрица межметодических корреляций (r Пирсона)

	SIBID	MBSRQ	BIQLI	ASI-R	BISS
SIBID	1	0,432**	−0,509**	0,411**	−0,341**
MBSRQ		1	−0,463**	0,560**	−0,305**
BIQLI			1	−0,487**	0,420**
ASI-R				1	−0,362**
BISS					1

Примечание: ** – значимость на уровне p<0,01.

Обсуждение

Результаты исследования показали, что методики оценки образа тела обладают достаточными психометрическими характеристиками на выборке узбекских женщин. Высокие значения коэффициентов альфа Кронбаха подтверждают хорошую внутреннюю согласованность методик; наиболее высокие показатели надежности наблюдались у методик SIBID и BIQLI.

Результаты факторного анализа продемонстрировали структуры, соответствующие теоретическим конструктам методик. Низкие или пересекающиеся нагрузки отдельных пунктов можно объяснить сложным и многомерным характером конструкта образа тела. Перспективным направлением дальнейшей работы является подтверждение полученных структур методом конфирматорного факторного анализа [13, 14].

Результаты корреляционного анализа показали, что неудовлетворенность образом тела связана с психологическим благополучием и качеством жизни. Эти результаты согласуются с выводами Т. Кэша и других зарубежных исследователей [2].

Заключение

Результаты исследования показали, что узбекские версии методик SIBID, MBSRQ, BIQLI, ASI-R и BISS обладают достаточными психометрическими характеристиками. Подтверждены внутренняя надежность, конструктная валидность и межметодические связи методик. Эти методики могут быть использованы в научных и практических исследованиях, связанных с образом тела у узбекских женщин, и создают основу для дальнейшего изучения психологических аспектов инклюзии, включая развитие поддерживающей среды для женщин в организациях.

Литература/ References:

1. Schilder P. The Image and Appearance of the Human Body. – New York: International Universities Press, 2008.
2. Cash T.F., Pruzinsky T. (eds.). Body Image: A Handbook of Theory, Research, and Clinical Practice. New York: Guilford Press, 2009.
3. Cash T.F. Cognitive-behavioral perspectives on body image // Encyclopedia of Body Image and Human Appearance. 2012. P. 334–342.
4. Cash T.F. The Situational Inventory of Body-Image Dysphoria: Psychometric evidence and development of a short form // International Journal of Eating Disorders. 2008. Vol. 32, No. 3. P. 362–366.
5. Cash T.F., Fleming E.C. The impact of body image experiences: Development of the Body Image Quality of Life Inventory // International Journal of Eating Disorders. 2009. Vol. 31, No. 4. – P. 455–460.
6. Field A. Discovering Statistics Using IBM SPSS Statistics. London: Sage Publications, 2018.
7. Nunnally J.C., Bernstein I.H. Psychometric Theory. New York: McGraw-Hill, 1994.
8. DeVellis R.F. Scale Development: Theory and Applications. Los Angeles: Sage Publications, 2017.

9. Kaiser H.F. An index of factorial simplicity // Psychometrika. 1974. Vol. 39, No. 1. P. 31–36.

10. Bartlett M.S. A note on the multiplying factors for various chi-square approximations // Journal of the Royal Statistical Society. Series B. 1954. Vol. 16, No. 2. P. 296–298.

11. Tabachnick B.G., Fidell L.S. Using Multivariate Statistics. Boston: Pearson Education, 2019.

12. Fabrigar L.R., Wegener D.T. Exploratory Factor Analysis. Oxford: Oxford University Press, 2012.

13. Brown T.A. Confirmatory Factor Analysis for Applied Research. New York: Guilford Press, 2015.

14. Kline R.B. Principles and Practice of Structural Equation Modeling. New York: Guilford Press, 2016.

15. Агзамова Е. Ю., Рахиммирзаев С. Б. Особенности разработки психодиагностического инструментария. 2021. С. 45.

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ МАТЕРИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Файзуллаева О. С.- Б.
Национальный университет Узбекистана
Имени Мирзо Улугбека, Республика Узбекистан, г. Ташкент

Аннотация. В статье рассматриваются психологические особенности психического здоровья женщины в период беременности, раскрываются основные факторы, влияющие на её эмоциональное состояние, психологическое благополучие и адаптацию к предстоящему материнству. Особое внимание уделяется эмоциональной лабильности, тревожности, стрессовым переживаниям, изменениям самооценки и формированию материнской идентичности. Анализируется роль семейной поддержки, межличностных отношений и психологического сопровождения беременных женщин в

сохранении их психического здоровья. Подчёркивается необходимость комплексного подхода к психологической помощи будущим матерям, направленного на формирование эмоциональной устойчивости, снижение уровня тревожности и повышение психологической готовности к материнству.

Ключевые слова: беременность, психическое здоровье, материнство, эмоциональное состояние, тревожность, психологическая адаптация, материнская идентичность, социальная поддержка.

MATERNAL MENTAL HEALTH DURING PREGNANCY

Fayzullaeva O. S.-B.
National University of Uzbekistan
Named after Mirzo Ulugbek, Republic of Uzbekistan, Tashkent

Abstract. The article examines the psychological characteristics of maternal mental health during pregnancy and identifies the main factors influencing women's emotional well-being, psychological stability, and adaptation to impending motherhood. Particular attention is paid to emotional fluctuations, anxiety, stress, changes in self-esteem, and the formation of maternal identity. The role of family support, interpersonal relationships, and psychological counseling in maintaining the mental health of pregnant women is analyzed. The study emphasizes the importance of a comprehensive approach to psychological support for expectant mothers, aimed at strengthening emotional resilience, reducing anxiety, and enhancing psychological readiness for motherhood.

Keywords: pregnancy, mental health, motherhood, emotional state, anxiety, psychological adaptation, maternal identity, social support.

Беременность представляет собой один из наиболее значимых этапов в жизни женщины, сопровождающийся не только физиологическими, но и глубокими психологическими изменениями. В этот период происходит перестройка эмоциональной сферы, системы ценностей, межличностных

отношений и представлений женщины о самой себе. Формирование новой социальной и психологической роли матери требует определённой адаптации, которая может сопровождаться как положительными эмоциональными переживаниями, так и повышенной тревожностью, неуверенностью и эмоциональным напряжением.

Психическое здоровье женщины во время беременности является важным условием её психологического благополучия, гармоничного переживания материнства и благоприятного протекания перинатального периода. В связи с этим изучение психологических факторов, определяющих эмоциональное состояние беременных женщин, приобретает особую научную и практическую значимость.

Основная часть

Психическое здоровье беременной женщины представляет собой многокомпонентное состояние, включающее эмоциональное равновесие, способность к адаптации, позитивное отношение к себе, психологическую устойчивость и возможность конструктивного преодоления стрессовых ситуаций.

В период беременности эмоциональная сфера женщины характеризуется повышенной чувствительностью. Переживания, связанные с изменениями физического состояния, ожиданием рождения ребёнка, предстоящими родами и ответственностью за воспитание, могут усиливать тревожность и эмоциональную напряжённость. При этом индивидуальные особенности личности, жизненный опыт, социальное окружение и характер семейных отношений оказывают существенное влияние на психологическую адаптацию.

Одним из центральных психологических процессов данного периода является формирование материнской идентичности. Женщина постепенно осознаёт себя в новой роли, формирует эмоциональное отношение к будущему ребёнку, переосмысливает собственные жизненные приоритеты и представления о материнстве. Данный процесс не всегда протекает равномерно и может

сопровождаться внутренними противоречиями, сомнениями и необходимостью пересмотра привычного образа жизни.

Особое значение в сохранении психического здоровья имеет социальная поддержка. Эмоциональное участие супруга, понимание со стороны членов семьи, благоприятный психологический климат и уважительное отношение медицинских специалистов способствуют снижению тревожности и повышению чувства психологической защищённости женщины.

Важным направлением психологической помощи беременным является психопрофилактика. Она предполагает развитие навыков эмоциональной саморегуляции, формирование позитивных установок относительно материнства, повышение стрессоустойчивости и предупреждение эмоционального истощения. Психологическое консультирование позволяет женщине осознать собственные переживания, сформировать конструктивные стратегии преодоления трудностей и повысить уверенность в своих возможностях.

Таким образом, психологическое сопровождение беременности должно рассматриваться как систематический процесс, направленный на поддержку эмоционального благополучия женщины, развитие её адаптационных ресурсов и формирование психологической готовности к материнству.

Психическое здоровье матери во время беременности является важнейшим компонентом психологического благополучия женщины и её адаптации к новой жизненной роли. Эмоциональные переживания, уровень тревожности, особенности межличностных отношений и социальная поддержка оказывают существенное влияние на психологическое состояние будущей матери.

Своевременное выявление психологических трудностей, создание благоприятной семейной среды и организация профессионального психологического сопровождения способствуют укреплению эмоциональной устойчивости беременных женщин. Комплексный подход к сохранению психического здоровья в период беременности позволяет повысить

психологическую готовность к материнству и создать условия для более гармоничного переживания данного жизненного этапа.

Литература / References:

1. Ғозиев Э.Ғ. Психология (Ёш даврлари психологияси). Ташкент: Ўқитувчи, 1994. 224 с.

2. Шоумаров Ғ.Б., Ҳайдаров И.О., Соғинов Н.А., Акрамова Ф.А. Оила психологияси. Ташкент, 2025.

3. До‘стмуҳамедова Ш.А., Тиллашайхова Х.А., Байкунова Г., Зиявитдинова Г. Умумий психология. 2-китоб: Ёш даврлари ва педагогик психология. Ташкент, 2020. 345 с.

4. Валиева М.С., Мирзаева С.М. Ёш даврлари психологияси. Ташкент: Classik, 2024. 204 с.

5. Холназарова М.Х., Мухлибоев М.Қ. Ёш ва педагогик психология. Ташкент: Фан ва технология, 2014. 208 с.

6. Республика ихтисослаштирилган она ва бола саломатлиги илмий-амалий тиббиёт маркази. Она ва бола саломатлигини муҳофаза қилишга оид илмий-амалий материаллар. Ташкент Чирчикский педагогический университет Winnicott D. W. *Playing and Reality*. London: Tavistock Publications, 1971.

7. Джананов М. Б., Кудратуллаева Р. Б. Личностный рост как главная проблема практической психологии // XXI аср психологияси: истиқбол ва муаммолар: Республика илмий-амалий конференция материаллари. 2017. С. 296–298.

8. Карамян М. Х., Рябова М. С.. Системное понимание нормативных кризисов семьи // fan va ta’lim yangiliklari. 2025. С. 39–46.

9. Bowlby J. *A Secure Base: Parent-Child Attachment and Healthy Human Development*. New York: Basic Books, 1988.

10. Gazieva Z. A Little Study on Cohesion // European Journal of Research and Reflection in Educational Sciences. 2018. Vol. 6, No. 5. ISSN 2056-5852.

11. Stern D. N. *The Motherhood Constellation: A Unified View of Parent-Infant Psychotherapy*. New York: Basic Books, 1995.

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ФОРМИРОВАНИЕ ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ

Файзуллаева Ф. Ю. кизи
Кафедра психологии факультета социальных наук
Национальный университет Узбекистана имени Мирзо Улугбека,
РеспубликаУзбекистан, г. Ташкент

Аннотация. В статье рассматриваются особенности проявления акцентуации характера у учащихся подросткового возраста, наиболее распространённые типы акцентуации и психологические изменения в поведении учащихся с акцентуациями характера. Представлены результаты исследования, согласно которым наиболее выражены гипертимный и циклоидный типы, а корреляционный анализ по критерию r Пирсона выявил взаимосвязи между типами акцентуации и уровнем воспитанности подростков. Рассматриваются вопросы выстраивания взаимоотношений с такими подростками и правильной организации образовательно-воспитательного процесса. Сделан вывод, что акцентуация характера не является врождённой, носит временный характер и при правильном воспитании не сохраняется.

Ключевые слова: подросток, акцентуация характера, девиантное поведение, обучение, воспитание, темперамент, психологические особенности.

FACTORS INFLUENCING THE FORMATION OF DEVIANT BEHAVIOR IN ADOLESCENTS

Fayzullayeva F.Y. kizi
Department of Psychology, Faculty of Social Sciences
National University of Uzbekistan named after Mirzo Ulugbek,
Uzbekistan, Tashkent

Abstract. This article examines the manifestation of character accentuation in adolescent schoolchildren, the most common types of accentuation, and the psychological changes in the behavior of students with accentuated character traits. The results of the study show that the hyperthymic and cycloid types are the most pronounced, and a correlation analysis (Pearson's r) revealed relationships between accentuation types and the level of upbringing of adolescents. The article discusses how to build relationships with such adolescents and how to organize the educational process properly. It is concluded that character accentuation is not innate, is temporary and does not persist with proper upbringing.

Keywords: adolescent, character accentuation, deviant behavior, education, upbringing, temperament, psychological characteristics.

Введение

Большинство реформ, осуществляемых сегодня в нашей стране, направлено на будущее молодёжи и на её становление всесторонне развитыми личностями. Стремясь к тому, чтобы последователи наших великих предков, прославивших нашу страну на весь мир, — новые Хорезми, Беруни, Ибн Сины, Улугбеки, Навои и Бабуры — как герои нашего времени вновь вышли на мировую арену, мы признаём актуальной задачей уделять особое внимание воспитанию молодёжи как главному фактору достижения этой цели и учитывать при этом влияние социальной среды. При этом прежде всего развитие образования и воспитания, утверждение здорового образа жизни, развитие науки и инноваций должны служить основными опорами нашей национальной идеи [4, с. 3].

Если опираться на выводы, сделанные на основе исследований и наблюдений психологов, то большинство психических заболеваний и расстройств начинается в раннем детстве или в подростковом возрасте. Эти периоды имеют особое значение, поскольку в них формируются многие модели поведения, способные определить будущее состояние здоровья личности и

связанные с ним показатели; это особо подчёркивается такими организациями, как ВОЗ, ЮНИСЕФ и АРА, для которых сохранение и укрепление психического здоровья детей является одним из приоритетных направлений [2, с. 597–600].

Подростковый возраст среди других возрастных периодов отличается стремительностью протекания. Известно, что в подростковом возрасте в организме происходят физиологические, анатомические и психологические изменения. У подростков увеличивается масса тела, ускоряется рост, совершенствуются психологические особенности. Во многих случаях у учащихся-подростков заметно меняется поведение, причём эти изменения нередко проявляются в виде негативных черт. Подобные изменения особенностей поведения во всём мире изучаются представителями многих наук, в том числе социологии, психологии, криминологии. Изменению особенностей поведения человека может способствовать ряд факторов.

Биологические факторы. Эти факторы выражаются в наличии у ребёнка физиологических или анатомических особенностей организма, затрудняющих его социальную адаптацию. Яркими примерами служат наследственные особенности, химический состав окружающей среды, психофизиологическое перенапряжение организма, нарушения умственного развития, поражения нервной системы, конфликтные ситуации с окружающими.

Психологические факторы. В качестве примера можно привести имеющуюся у детей психопатологию, наличие акцентуации характера. Эти отклонения от нормы проявляются в нервных заболеваниях, психопатии и других факторах, вызывающих у ребёнка необычные реакции.

Одной из особенностей подросткового возраста является встречаемость акцентуации характера у учащихся, которая во многих случаях становится причиной развития негативного поведения у детей. Акцентуация характера — это чрезмерное усиление отдельных черт личности, находящееся на границе нормы; термин впервые был введён немецким психиатром Карлом Леонгардом, а затем развит советским психиатром Александром Личко [5]. Подростки

кажутся непослушными, капризными, упрямыми [3, с. 6–8]. В таких случаях между родителями и детьми, между педагогами и учащимися-подростками возникают проблемные ситуации. Основная причина проблем — недостаточная информированность родителей и педагогов о психологических особенностях, свойственных подростковому возрасту. По мнению учёных, изучавших проблему акцентуации характера, таких как К. Леонгард и А. Личко, акцентуация характера встречается у 50–80 % подростков [6, с. 323]. В этом возрасте учащиеся вступают во многочисленные конфликты со сверстниками, родителями, педагогами и окружающими. Недостаточная осведомлённость всех родителей и педагогов, занимающихся воспитанием детей, о поведении и особенностях характера подростков ещё больше усложняет связанные с ними процессы. Случаи наказания порой становятся причиной ещё большего усиления негативных черт.

Результаты и их обсуждение

По данным, полученным в результате исследования, наиболее выражены гипертимный и циклоидный типы, для которых характерны подвижность, общительность, многословность, чрезмерная самостоятельность (своеволие), склонность к буйному поведению (62,5 % и 50 % соответственно) (рис. 1). Эмотивный (37,5 %) и возбудимый (37,5 %) типы характеризуются высоким уровнем эмпатии, а также трудностями в управлении собственным поведением.

Превышение суммы полученных процентов над 100 объясняется тем, что во всех случаях у испытуемых наблюдалось сочетание двух или трёх акцентуаций характера. У одного испытуемого преобладает дистимный тип акцентуации. Для дистимного типа акцентуации характера типична печальность, у таких людей преобладает пессимистическое настроение.

По результатам исследования, экзальтированный тип проявляется у 37,5 % испытуемых. К положительным чертам характера людей этого типа относятся жизнерадостность, великодушие, способность к сочувствию, а к отрицательным — паникёрство, быстрая смена настроения в зависимости от ситуации. Однако,

как свидетельствуют результаты беседы с испытуемыми, их жизнерадостность и постоянная улыбчивость носят демонстративный характер.

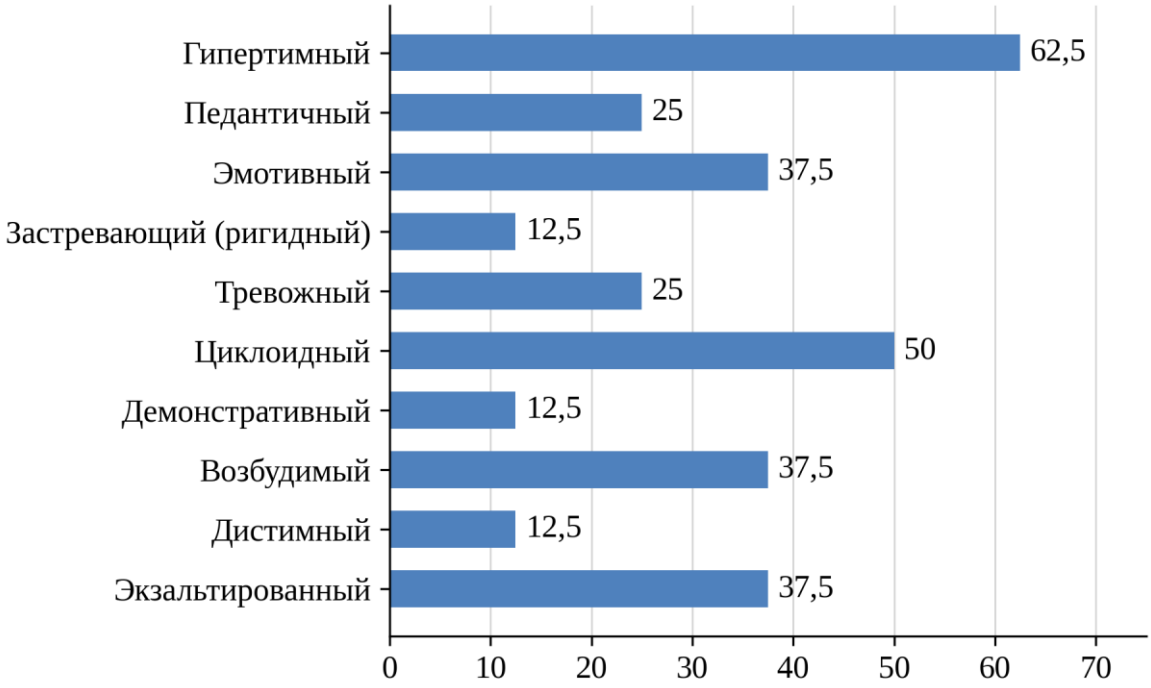

Рис. 1. - Распределение типов акцентуации характера у испытуемых, %

По полученным данным, ещё для 37,5 % испытуемых характерен возбудимый тип акцентуации. Людей этого типа отличают неспособность вступать в общение, слабое развитие вербальных и невербальных средств общения. Часто они ходят угрюмыми, склонны к наглости и скандальности. В коллективе не могут ладить с другими. В состоянии эмоционального возбуждения они вспыльчивы, раздражительны и не способны управлять своим поведением.

Тревожная акцентуация наблюдается у 25 % испытуемых (рис. 1). Для них характерны неконтактность, вялость, неуверенность в себе, преобладание подавленного настроения. Очень редко вступают в конфликты с окружающими, нередко становятся объектом шуток.

По результатам методики, к демонстративному типу относятся 12,5 % испытуемых. Люди этого типа раздражают окружающих чрезмерной

самоуверенностью и стремлением показать своё превосходство. Они сами постоянно создают конфликтные ситуации. Среди негативных сторон их характера заметны эгоизм, угодничество, хвастливость, нелюбовь к труду, лицемерие. Следовательно, у подростков, в семьях которых отношение родителей к детям является деструктивным, наблюдается проявление черт, характерных для тревожного, дистимного и возбудимого типов.

В настоящее время для стремительного развития мировоззрения и мышления молодёжи важное значение приобретают средства информации. В условиях строительства демократического общества качество информации, получаемой через средства информации, имеет решающее значение в формировании личности. В психическом отношении различия между мальчиками и девочками стремительно стираются. Для того чтобы различия между мальчиками и девочками проявлялись отчётливо, в образовательном процессе следует уделять особое внимание решению гендерных проблем. В частности, выявление гендерных особенностей или различий подростков применительно к акцентуации характера помогает глубже осознать суть изучаемой проблемы.

Таблица 1

Результаты корреляции уровня воспитанности подростков и акцентуации характера (по критерию r К. Пирсона)

Тип акцентуации	**Семья**	**Школа**	**Сверстники**	**Психическое состояние**	**СМИ**	**Общественное мнение**	**Самооценка**
Гипертимный	0,444*	0,382	−0,117	0,125	−0,317	−0,075	−0,009
Педантичный	−0,15	0,038	−0,645*	0,298	−0,257	0,431*	−0,199
Эмотивный	−0,336	−0,159	0,528*	0,603*	0,325	−0,306	0,006

Тип акцентуации	Семья	Школа	Сверстники	Психическое состояние	СМИ	Общественное мнение	Самооценка
Застревающий (ригидный)	−0,154	0,227	−0,2	0,107	−0,206	0,278	−0,154
Тревожный	0,032	0,035	0,383	−0,316	−0,167	−0,26	0,12
Циклоидный	0,368	0,32	0,046	0,064	−0,006	−0,018	0,755*
Демонстративный	0,035	0,216	0,428*	−0,319	−0,116	−0,076	0,41
Возбудимый	−0,36	0,321	−0,096	0,242	−0,193	0,346	−0,518*
Дистимный	−0,565*	0,124	0,417*	−0,203	−0,101	0,05	0,188
Экзальтированный	0,295	0,043	0,578*	−0,156	0,554*	−0,259	−0,147

Примечание: * — $p \leq 0,05$; ** — $p \leq 0,01$; *** — $p \leq 0,001$.

Согласно результатам определения взаимосвязи между акцентуациями характера и уровнями воспитанности у подростков (табл. 1), выявлены корреляционные связи между показателями: «семья» и «дистимный тип» ($r = −0,565$; $p < 0,05$), «гипертимный тип» ($r = 0,444$; $p < 0,05$); «сверстники» и «педантичный тип» ($r = −0,645$; $p < 0,05$), «эмотивный тип» ($r = 0,528$; $p < 0,05$), «демонстративный тип» ($r = 0,428$; $p < 0,05$), «дистимный тип» ($r = 0,417$; $p < 0,05$), «экзальтированный тип» ($r = 0,578$; $p < 0,05$); «психическое состояние» и «эмотивный тип» ($r = 0,603$; $p < 0,05$); «СМИ» и «экзальтированный тип» ($r = 0,554$; $p < 0,05$); «общественное мнение» и «педантичный тип» ($r = 0,431$; $p < 0,05$); «самооценка» и «возбудимый тип» ($r = −0,518$; $p < 0,05$). Из полученных результатов видно, что между уровнем воспитанности подростка, а также факторами, влияющими на него, и возникновением акцентуации характера существуют взаимосвязи средней степени. Это означает, что при формировании личности подростка необходимо уделять особое внимание роли воздействующих на него факторов. Опора на эти выводы в семейных

отношениях также может дать эффективные результаты и способствовать адекватному взаимопониманию родителей и подростка.

Ещё одной из негативных особенностей поведения, встречающихся у учащихся-подростков, является склонность к причинению телесных повреждений себе и окружающим. Суицидальные случаи среди подростков встречаются значительно чаще, чем среди детей. Число завершённых суицидов не превышает 1 % от всех попыток. В этом возрасте суицидальное поведение носит демонстративный характер, в том числе характер шантажа. А. Личко и А. Александров, проведя обследование группы подростков 14–18 лет, пришли к выводу, что у 49 % из них суицидальные действия были совершены на фоне аффективной реакции.

Американский психолог уделил особое внимание периодизации подросткового возраста и описал присущие ей особенности. По мнению учёного, десятилетние подростки доверчивы и доверяют родителям, не обращают внимания на свою внешность, поэтому он считает этот возраст «золотым». В организме одиннадцатилетних подростков происходит перестройка; в этом возрасте дети выражают множество недовольств по отношению к родителям, у них быстро меняется настроение. Двенадцатилетние подростки склонны к вспышкам гнева, но при этом обладают рядом положительных качеств: заметно возрастают склонность к шутке, инициативность, рассудительность, выносливость. У тринадцатилетних подростков относительно усиливается интровертность; усиливаются критическое отношение к родителям и эмоциональная возбудимость. В 14 лет у подростков по сравнению с интровертностью усиливается экстраверсия; они приветливы, энергичны, растёт уверенность в себе. У пятнадцатилетних возрастает стремление к самостоятельности, что становится причиной напряжения в семейной и школьной среде. У шестнадцатилетних учащихся усиливаются склонность к общению, стремление к будущему, формируется эмоциональная устойчивость.

Заключение

Следует помнить, что акцентуация характера, в отличие от темперамента, не является врождённой: типы акцентуации характера и негативные черты характера формируются в поведении учащихся-подростков под влиянием внешней среды или неправильного процесса обучения и воспитания. Акцентуация характера считается особенностью подросткового возраста и носит временный характер. Если с подростками выстраивается правильный процесс обучения и воспитания, негативные черты характера в их поведении не сохраняются. В регулировании негативных проявлений акцентуации важное значение имеют отношения подростка с членами семьи, прежде всего с родителями. Важно больше общаться с подростками, проводить больше времени вместе или совместно заниматься определённой деятельностью.

Литература/ References:

1. Абдуллаев У. Социально-психологические особенности факторов, приводящих подростков и ранних юношей к суицидальным состояниям. Ташкент, 2023.

2. Ван де Брук. Всемирная организация здравоохранения. Набор инструментов «Помогаем подросткам процветать»: стратегии укрепления и защиты психического здоровья подростков и снижения самоповреждений и другого рискованного поведения. 2021. С. 597–600.

3. Гозиев Э. Психология онтогенеза. Ношир, 2010. С. 6–8.

4. Мирзиёев Ш. М. Мы построим наше великое будущее вместе с нашим мужественным и благородным народом. Ташкент: Узбекистан, 2017. С. 3.

5. Нариманов Ф., Нурбаева Х. Акцентуация характера и методы её нормализации // Academicia Globe: Inderscience Research. 2024. Т. 5, вып. 11 (ноябрь).

6. Хайдаров, Халилов. Общая психология. Toshkent -2009. С. 323.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОТИЧЕСКИХ И АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ЛИЦ С ОПЫТОМ УЧАСТИЯ В БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЯХ

Филипович Д. Е.
Кафедра психиатрии и наркологии
ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Россия, г. Кемерово
Научный руководитель - А. С. Яковлев

Аннотация. В статье рассмотрены клинические особенности психотических и аффективных расстройств у лиц, имеющих опыт участия в боевых действиях. Проанализированы возможные взаимосвязи между боевой психической травмой, посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР), депрессивными и биполярными расстройствами, а также шизофренией, шизоаффективным и другими психотическими расстройствами. Особое внимание уделено трудностям дифференциальной диагностики психотических симптомов при ПТСР, психотической депрессии, расстройствах, связанных с употреблением психоактивных веществ, и первичных эндогенных психозах. Показано, что участие в боевых действиях не следует рассматривать как самостоятельную причину формирования эндогенного психоза, однако боевой стресс может способствовать манифестации заболевания у лиц с соответствующей предрасположенностью. Установлено, что психотические симптомы при ПТСР могут включать слуховые и зрительные галлюцинации, идеи преследования, отношения и отравления, но при этом часто сохраняется связь переживаний с травматическим опытом и относительно сохранное формальное мышление. Аффективные расстройства у комбатантов характеризуются высокой клинической значимостью депрессии, тревоги, нарушений сна, раздражительности, эмоциональной лабильности и суицидального риска. Сделан вывод о необходимости комплексной клинико-психопатологической оценки, учета времени возникновения симптомов,

преморбидных особенностей, употребления психоактивных веществ, черепно-мозговых травм и динамики социальной адаптации.

Ключевые слова: участники боевых действий, комбатанты, психотические расстройства, аффективные расстройства, посттравматическое стрессовое расстройство, депрессия, шизофрения, шизоаффективное расстройство, боевая психическая травма, коморбидность.

FEATURES OF PSYCHOTIC AND AFFECTIVE DISORDERS IN INDIVIDUALS WITH COMBAT EXPERIENCE

Filipovich D. E.
Department of Psychiatry and Addiction Medicine
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: A. S. Yakovlev

Abstract. The article examines the clinical features of psychotic and affective disorders in individuals with combat experience. It analyzes the possible relationships between combat-related psychological trauma, post-traumatic stress disorder (PTSD), depressive and bipolar disorders, as well as schizophrenia, schizoaffective disorder, and other psychotic disorders. Particular attention is paid to the difficulties of the differential diagnosis of psychotic symptoms in PTSD, psychotic depression, substance use disorders, and primary endogenous psychotic disorders. The article demonstrates that participation in combat should not be regarded as an independent cause of endogenous psychosis; however, combat-related stress may contribute to the onset of the disorder in individuals with an underlying predisposition. Psychotic symptoms in PTSD may include auditory and visual hallucinations, as well as persecutory, referential, and poisoning delusions; at the same time, the connection between the experiences and the traumatic event is often preserved, while formal thought processes remain relatively intact. Affective disorders in combatants are characterized by the substantial clinical significance of depression, anxiety, sleep disturbances, irritability, emotional lability, and suicidal risk. The article concludes that a comprehensive clinical and psychopathological assessment is required, taking into account the timing

of symptom onset, premorbid characteristics, psychoactive substance use, traumatic brain injuries, and the dynamics of social adjustment.

Keywords: combatants, psychotic disorders, affective disorders, post-traumatic stress disorder, depression, schizophrenia, schizoaffective disorder, combat-related psychological trauma, comorbidity.

Введение

Участие в боевых действиях относится к числу наиболее интенсивных психотравмирующих воздействий. Военнослужащий сталкивается не только с непосредственной угрозой жизни, но и с необходимостью длительно функционировать в условиях неопределенности, дефицита сна, физического истощения, гибели сослуживцев, тяжелых ранений и постоянного ожидания повторной опасности. Такой опыт способен вызывать широкий спектр психических нарушений — от преходящих реакций на стресс и расстройств адаптации до хронического ПТСР, депрессивных состояний, зависимостей и психотических расстройств.

В клинической практике особую сложность представляет разграничение психотических проявлений, непосредственно связанных с травматическим опытом, и признаков самостоятельного эндогенного заболевания. Галлюцинации или бредовые идеи у ветерана могут быть компонентом ПТСР с вторичными психотическими симптомами, проявлением тяжелой депрессии, биполярного аффективного расстройства, шизофрении, органического поражения головного мозга либо психоза, индуцированного алкоголем или психоактивными веществами. Ошибка в диагностике приводит либо к недооценке тяжести состояния, либо к необоснованной стигматизации пациента.

В исследовании А. М. Резника и соавторов, включавшем 264 ветерана локальных войн, психотические расстройства F20–F29 были выявлены у 5,7% пациентов, а все бредовые расстройства, включая органические, — у 7,2% [1, с. 31–36]. При этом частота шизофрении среди ветеранов составляла 3,8%, а

шизоаффективного расстройства — 0,8% [1, с. 31–36]. Эти данные показывают, что в популяции ветеранов психотические расстройства встречаются, но их распространенность не позволяет автоматически связывать любой психоз с перенесенным боевым стрессом.

Цель настоящей работы — описать клинические особенности психотических и аффективных расстройств у лиц с опытом участия в боевых действиях и обозначить основные направления их дифференциальной диагностики.

Психотические расстройства и боевая травма

Психотические расстройства у комбатантов могут формироваться по нескольким патогенетическим и клиническим моделям. В первом случае боевой стресс способствует развитию кратковременного психотического состояния, например, реактивного психоза. Во втором случае травматическое воздействие провоцирует декомпенсацию ранее существовавшей уязвимости к шизофрении или другому эндогенному психозу. В третьем случае психотические симптомы возникают в структуре ПТСР, тяжелой депрессии, биполярного расстройства, органического поражения мозга или интоксикации.

Особого внимания заслуживает концепция ПТСР с вторичными психотическими признаками. В литературе описываются слуховые и зрительные галлюцинации, идеи преследования, отношения, воздействия и отравления. В обзоре S. E. Lindley и соавторов сообщается, что среди ветеранов с ПТСР психотические симптомы отмечались у 30–40% обследованных; при этом речь шла о пациентах без коморбидной шизофрении или биполярного расстройства [2, с. 52–57]. Однако эти показатели следует интерпретировать осторожно, поскольку исследования различались по диагностическим критериям, составу выборки и методам выявления психотических симптомов.

Психотические проявления при ПТСР нередко имеют менее систематизированный характер. Галлюцинации могут быть связаны с травматическими событиями: например, пациент слышит голос погибшего

сослуживца или вновь воспринимает звуки боевой обстановки. Вместе с тем возможны и переживания, не имеющие очевидного отношения к травме. Бредовые идеи чаще бывают нестойкими, неразвернутыми и относительно неконгруэнтными сложной бредовой системе. При этом у пациента может сохраняться способность частично критически оценивать свои переживания.

Клинически важным является разграничение психоза и флэшбэка. При флэшбэке человек переживает событие так, будто оно вновь происходит, однако нарушение контакта с реальностью обычно кратковременно и связано с определенными напоминаниями о травме. Психотическое расстройство предполагает более выраженное и устойчивое нарушение проверки реальности, при котором пациент сохраняет ошибочные убеждения вопреки очевидным опровергающим обстоятельствам. В обзоре подчеркивается, что психотические симптомы не следует автоматически сводить к повторному переживанию травмы [2, с. 54–56].

При дифференциальной диагностике большое значение имеют негативные симптомы, формальное нарушение мышления и характер социальной дисфункции. Наличие выраженной алогии, эмоционального уплощения, стойкой абулии, дезорганизованной речи, кататонических феноменов и прогрессирующего снижения функционирования больше соответствует расстройству шизофренического спектра, чем ПТСР с психотическими симптомами [2, с. 53–54]. Важны также возраст начала заболевания, наличие психоза до участия в боевых действиях, семейный анамнез, длительность симптомов и их связь с аффективными эпизодами.

Отечественное исследование ветеранов локальных войн показало, что в большинстве случаев психотическая симптоматика манифестировала уже после прекращения воздействия боевых стрессоров. В дальнейшем психотические эпизоды сохранялись или рецидивировали вне непосредственной связи с военными событиями [1, с. 31–36]. Авторы также не обнаружили устойчивой связи содержания бреда и галлюцинаций с военной тематикой [1, с. 31–36]. Это

обстоятельство имеет важное диагностическое значение: сам факт участия в боевых действиях не доказывает психогенную природу психоза.

В то же время у части пациентов психотический эпизод развивается непосредственно после тяжелой травмы, ранения, черепно-мозгового повреждения или периода выраженного истощения. В таких ситуациях необходимо исключать органическое поражение головного мозга, делирий, эпилептические состояния, нейроинфекцию, последствия интоксикации и лекарственные взаимодействия. Особенно важна оценка уровня сознания, ориентировки, памяти, неврологического статуса и динамики симптомов.

Аффективные расстройства

Аффективные расстройства у участников боевых действий встречаются значительно чаще, чем устойчивые эндогенные психозы. Наиболее типичными являются депрессивные, тревожно-депрессивные и смешанные состояния, нередко сочетающиеся с ПТСР, нарушениями сна и употреблением алкоголя. В клинической картине доминируют сниженное настроение, ангедония, чувство вины, безнадежность, раздражительность, эмоциональная истощаемость, нарушения концентрации и суицидальные мысли.

Депрессия у ветеранов может развиваться непосредственно после возвращения из зоны боевых действий или спустя месяцы и годы. Отсроченное начало часто связано с утратой привычной структуры военной жизни, трудностями адаптации к мирной среде, семейными конфликтами, профессиональной нереализованностью, хронической болью и инвалидизацией. После прекращения действия экстремальной ситуации у военнослужащего иногда впервые появляется возможность осознать масштаб потерь и последствий пережитого.

Клиническая картина депрессии у комбатантов может отличаться повышенной раздражительностью и соматовегетативной выраженностью. Пациент не всегда говорит о грусти; вместо этого он сообщает о бессоннице, постоянном напряжении, вспышках гнева, головных болях, сердцебиении,

снижении работоспособности и утрате интереса к повседневной жизни. Поэтому при обращении с жалобами на сон, тревогу или агрессивность необходимо активно оценивать депрессивную симптоматику и суицидальный риск.

Особенно тяжело протекает депрессия с психотическими симптомами. В этом случае на фоне выраженного снижения настроения формируются идеи виновности, греховности, обнищания, ипохондрический или нигилистический бред, а также слуховые галлюцинации обвиняющего содержания. Важно установить, возникают ли психотические симптомы исключительно в рамках депрессивного эпизода или сохраняются после редукции аффективных нарушений. Если психоз появляется только во время депрессии, более вероятен диагноз депрессивного эпизода с психотическими симптомами; при сохранении психоза вне аффективной фазы следует рассматривать шизоаффективное или другое психотическое расстройство.

Связь ПТСР с депрессией является двусторонней. Травматические воспоминания, избегание, гипервозбуждение и нарушения сна ограничивают социальную активность и постепенно усиливают чувство беспомощности. В свою очередь, депрессия снижает способность перерабатывать травматический опыт, ухудшает приверженность лечению и способствует злоупотреблению алкоголем. Согласно данным обзора, при наличии депрессии у пациентов с ПТСР и психотическими симптомами возрастает выраженность как психотических, так и посттравматических проявлений [2, с. 54–55].

Отдельное место занимают биполярные расстройства. Участие в боевых действиях может совпасть по времени с первой манифестацией мании, однако стрессовое событие само по себе не позволяет диагностировать реактивное происхождение маниакального состояния. Для мании характерны патологически повышенное или раздражительное настроение, сниженная потребность во сне без ощущения усталости, ускорение мышления, напор речи, переоценка собственных возможностей, рискованное поведение и, в тяжелых случаях, психотические симптомы. Наличие таких признаков на фоне ПТСР требует

исключения коморбидного биполярного расстройства, поскольку стратегия лечения существенно отличается от терапии униполярной депрессии [2, с. 54].

У ветеранов нередко наблюдаются субсиндромальные аффективные состояния, которые не достигают полного диагностического порога, но существенно нарушают функционирование. К ним относятся хроническая дисфория, эмоциональная лабильность, повышенная раздражительность, апатия, тревожное ожидание опасности и эпизодические вспышки гнева. При длительном течении такие состояния могут сочетаться с расстройствами личности, алкоголизацией и семейной дезадаптацией.

Коморбидность и клиническая оценка

Психические расстройства у участников боевых действий редко существуют изолированно. Наиболее сложные клинические случаи включают сочетание ПТСР, депрессии, алкогольной зависимости, хронической боли, черепно-мозговой травмы и нарушений сна. Коморбидность усиливает выраженность симптомов, ухудшает социальную адаптацию и повышает вероятность повторных госпитализаций.

При психотических симптомах необходимо последовательно оценить несколько диагностических гипотез. Сначала устанавливается, присутствуют ли признаки первичного психоза: формальное нарушение мышления, стойкие негативные симптомы, хроническое снижение функционирования и независимость психоза от аффективных колебаний. Затем оценивается связь симптомов с травмой: наличие интрузий, избегания, гипервозбуждения, диссоциативных состояний и триггеров. После этого исключаются депрессия с психотическими симптомами, мания, употребление алкоголя и стимуляторов, органическое поражение мозга и медикаментозные причины.

Важным диагностическим ориентиром является временная последовательность. Следует установить, что возникло первым: ПТСР, депрессивная симптоматика или психоз. При ПТСР с вторичными психотическими признаками симптомы травматического расстройства обычно

предшествуют психозу, а психотические проявления не ограничиваются эпизодами флэшбэка. Кроме того, необходимо исключить шизофрению, шизоаффективное расстройство, психотическую депрессию, биполярное расстройство и кратковременное психотическое расстройство [1, с. 31–36].

В исследовании комбатантов с острым стрессовым расстройством были описаны три уровня психических нарушений: донозологический, невротический и психотический. Среди 39 военнослужащих психотический уровень выявлялся у 15%, невротический — у 49%, а донозологический — у 36% обследованных [3, с. 46–60]. Эти результаты нельзя непосредственно переносить на всех участников боевых действий, поскольку выборка была небольшой и включала пациентов на этапе госпитальной реабилитации, однако они демонстрируют важность ранней клинической сортировки.

При оценке аффективных нарушений особое внимание следует уделять суицидальному риску. Его повышают выраженная безнадежность, чувство вины, социальная изоляция, хроническая боль, доступ к оружию, употребление алкоголя, импульсивность, бессонница и наличие психотических симптомов. Прямой вопрос о суицидальных мыслях не увеличивает риск суицида, но позволяет своевременно выявить опасное состояние и определить необходимость неотложной помощи.

Подходы к лечению и реабилитации

Лечение комбатантов с психотическими и аффективными расстройствами должно быть комплексным и поэтапным. На первом этапе оцениваются безопасность пациента, уровень сознания, выраженность психоза, риск агрессии и суицида, наличие интоксикации, абстиненции, черепно-мозговой травмы и соматических осложнений. При остром психозе или тяжелой депрессии с психотическими симптомами может потребоваться госпитализация в психиатрический стационар.

При первичных психотических расстройствах основу терапии составляет антипсихотическое лечение с учетом переносимости, соматического статуса,

риска метаболических осложнений и приверженности пациента. Если психотические симптомы являются частью биполярного расстройства, терапевтическая стратегия должна учитывать фазу заболевания и необходимость нормотимической терапии. При психотической депрессии часто требуется сочетание антидепрессивного и антипсихотического подходов, а при высокой суицидальной опасности — интенсивное наблюдение.

При ПТСР с психотическими симптомами необходимо избегать упрощенной схемы, при которой любой голос или необычное убеждение трактуется как шизофрения. Одновременно нельзя объяснять все психотические проявления только травмой. Психиатрическая помощь должна включать медикаментозную коррекцию, работу с нарушениями сна и тревогой, психообразование, а после стабилизации — травма-фокусированную психотерапию с учетом способности пациента сохранять контакт с реальностью.

Существенное значение имеет лечение алкогольной зависимости и других расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ. Алкоголь может временно уменьшать тревогу и бессонницу, но в дальнейшем усиливает депрессию, импульсивность, раздражительность и риск суицидального поведения. Кроме того, интоксикация и абстиненция способны имитировать или усиливать психотические симптомы, что затрудняет постановку диагноза.

Реабилитация должна включать восстановление сна, физической активности, семейных связей и профессионального функционирования. Для ветерана важно не только уменьшение симптомов, но и возвращение чувства контроля над собственной жизнью. Эффективность помощи повышается, когда психиатр взаимодействует с врачом общей практики, неврологом, специалистом по лечению зависимостей, клиническим психологом и социальным работником.

Заключение

Психотические и аффективные расстройства у лиц с опытом участия в боевых действиях представляют собой клинически неоднородную группу состояний. Боевой стресс может быть непосредственным фактором

кратковременной психотической реакции, усиливать симптомы ПТСР и депрессии или провоцировать манифестацию эндогенного заболевания у предрасположенного человека. Однако наличие боевого опыта само по себе не доказывает психогенную природу психоза.

Наиболее сложной задачей остается дифференциация ПТСР с психотическими симптомами, психотической депрессии, биполярного расстройства, шизофрении, шизоаффективного расстройства, органического психоза и расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ. Решающее значение имеют временная последовательность симптомов, особенности нарушения мышления, наличие негативной симптоматики, характер аффективных эпизодов, связь переживаний с травмой и динамика социального функционирования.

Участники боевых действий нуждаются в длительном, а не только кризисном наблюдении. Даже после редукции острой симптоматики сохраняются риски депрессии, суицидального поведения, рецидива психоза, алкоголизации и семейной дезадаптации. Поэтому оптимальная модель помощи должна сочетать психиатрическое лечение, психотерапию, профилактику зависимостей, восстановление сна и социальную реабилитацию.

Литература/ References:

1. Резник А. М., Сюняков Т. С., Щербаков Д. В., Мартынюк Ю. Л. Психотические расстройства у ветеранов локальных войн // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. Спецвыпуски. 2020. Т. 120, № 6-2. С. 31–36. DOI: 10.17116/jnevro202012006231.

2. Lindley S. E., Carlson E. B., Sheikh J. Psychotic symptoms in posttraumatic stress disorder // CNS Spectrums. 2000. Vol. 5, № 9. P. 52–57.

3. Зеленина Н. В., Чернявский Е. А., Федоткина И. В., Юсупов В. В. Диагностика уровня психических нарушений у комбатантов с острым стрессовым расстройством на этапе госпитальной реабилитации // Клиническая

и специальная психология. 2024. Т. 13, № 2. С. 46–60. DOI: 10.17759/cpse.2024130203.

4. Compean E., Hamner M. Posttraumatic stress disorder with secondary psychotic features: diagnostic and treatment challenges // Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry. 2019. Vol. 88. P. 265–275. DOI: 10.1016/j.pnpbp.2018.08.001.

5. Hamner M. B., Frueh B. C., Ulmer H. G., Arana G. W. Psychotic features and illness severity in combat veterans with chronic posttraumatic stress disorder // Biological Psychiatry. 1999. Vol. 45, № 7. P. 846–852. DOI: 10.1016/S0006-3223(98)00301-1.

6. Kozarić-Kovačić D., Borovecki A. Prevalence of psychotic comorbidity in combat-related posttraumatic stress disorder // Military Medicine. 2005. Vol. 170, № 3. P. 223–226. DOI: 10.7205/MILMED.170.3.223.

7. David D., Kutcher G. S., Jackson E. I., Mellman T. A. Psychotic symptoms in combat-related posttraumatic stress disorder // The Journal of Clinical Psychiatry. 1999. Vol. 60, № 1. P. 29–32. DOI: 10.4088/JCP.v60n0106.

8. Hamner M. B., Frueh B. C., Ulmer H. G. et al. Psychotic features in chronic posttraumatic stress disorder and schizophrenia: comparative severity // Journal of Nervous and Mental Disease. 2000. Vol. 188, № 4. P. 217–221. DOI: 10.1097/00005053-200004000-00004.

9. Brewin C. R., Patel T. Auditory pseudohallucinations in United Kingdom war veterans and civilians with posttraumatic stress disorder // Journal of Clinical Psychiatry. 2010. Vol. 71, № 4. P. 419–425. DOI: 10.4088/JCP.09m05469blu.

10. Gaudiano B. A., Zimmerman M. Evaluation of evidence for the psychotic subtyping of post-traumatic stress disorder // British Journal of Psychiatry. 2010. Vol. 197, № 4. P. 326–327. DOI: 10.1192/bjp.bp.110.078824.

11. Литвинцев С. В., Снедков Е. В., Резник А. М. Боевая психическая травма. М.: Медицина, 2017. 98 с.

12. Военная психиатрия в XXI веке: современные проблемы и перспективы развития / под ред. Е. В. Крюкова, В. К. Шамрея. СПб.: СпецЛит, 2022. 367 с.

13. Тришкин Д. В., Серговенцев А. А., Шамрей В. К. и др. Стресс-ассоциированные психические расстройства у военнослужащих // Военно-медицинский журнал. 2023. Т. 344, № 6. С. 4–14. DOI: 10.52424/00269050_2023_344_6_4.

14. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed., text revision. Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing, 2022.

15. World Health Organization. International Classification of Diseases 11th Revision: Mental, Behavioural or Neurodevelopmental Disorders. Geneva: WHO, 2022.

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ СУДЕЙ: ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ И ПРОФИЛАКТИКА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ

Хаджакулова Д. Э. кизи
Национальный университет Узбекистана,
Республика Узбекистана, г. Ташкент

Аннотация. В статье рассматриваются особенности психического здоровья судей и психологические факторы, связанные с профессиональной деятельностью представителей судебной системы. Актуальность темы обусловлена высокой ответственностью судей, необходимостью принятия юридически обоснованных решений, значительной интеллектуальной и эмоциональной нагрузкой, а также постоянным взаимодействием с конфликтными и социально значимыми ситуациями. Анализируются потенциальные профессиональные факторы риска, включая хронический стресс, эмоциональное напряжение, высокую рабочую нагрузку, дефицит времени и необходимость сохранения объективности в условиях повышенной

ответственности. Особое внимание уделяется проблеме профессионального выгорания, его психологическим проявлениям и профилактике. Рассматривается значение психологической поддержки, рациональной организации труда, восстановления ресурсов, развития навыков стрессоустойчивости и формирования благоприятной профессиональной среды. Подчёркивается необходимость комплексного подхода к сохранению психического здоровья судей с учётом профессиональных, индивидуально-психологических и организационных факторов.

Ключевые слова: восстановления ресурсов, судьи, профессиональный стресс, профессиональное выгорание, эмоциональное напряжение, стрессоустойчивость, психологическая профилактика, профессиональная деятельность.

MENTAL HEALTH OF JUDGES: PSYCHOLOGICAL FACTORS AND PREVENTION OF PROFESSIONAL BURNOUT

Khajakulova D. E. kizi
National University of Uzbekistan,
Republic of Uzbekistan, Tashkent

***A*bstract.** The article examines the mental health of judges and psychological factors associated with judicial professional activity. The relevance of the topic is determined by the high level of responsibility of judges, the need to make legally justified decisions, substantial intellectual and emotional demands, and continuous interaction with conflict-related and socially significant situations. Potential occupational risk factors are analyzed, including chronic stress, emotional strain, high workload, time pressure, and the need to maintain objectivity under conditions of increased responsibility. Particular attention is given to occupational burnout, its psychological manifestations, and preventive strategies. The importance of psychological support, effective workload management, adequate recovery, development of stress-resilience skills, and a supportive professional environment is discussed. The article emphasizes the need for a comprehensive approach to

maintaining judges' mental health while considering professional, individual psychological, and organizational factors.

Keywords: mental health, judges, occupational stress, professional burnout, emotional strain, stress resilience, psychological prevention, professional activity.

Психическое здоровье представителей судебной системы имеет важное значение как для самих специалистов, так и для эффективного функционирования правосудия. Судебная деятельность связана с высокой степенью ответственности, необходимостью анализа значительных объёмов информации, соблюдением процессуальных требований и принятием решений, которые могут иметь существенные последствия для участников судебного процесса.

Профессиональная деятельность судьи предполагает необходимость сохранять концентрацию внимания, эмоциональную устойчивость и объективность даже в условиях конфликтных ситуаций. Длительное воздействие профессиональных стрессоров при недостаточном восстановлении может отрицательно сказываться на психологическом благополучии специалиста.

В связи с этим изучение факторов, влияющих на психическое здоровье судей, представляет значительный интерес для профессиональной психологии и профилактической медицины.

Одним из основных факторов профессионального напряжения является высокая степень ответственности**.** Судья должен анализировать обстоятельства дела, оценивать доказательства и принимать решения в соответствии с законодательством. Такая деятельность требует постоянной концентрации внимания, критического мышления и эмоционального самоконтроля.

Дополнительную нагрузку могут создавать большой объём профессиональной информации и необходимость соблюдения процессуальных сроков**.** Продолжительное интеллектуальное напряжение в сочетании с недостаточным

временем для восстановления может способствовать накоплению усталости и снижению психологических ресурсов.

Особое значение имеют эмоционально сложные судебные ситуации. В процессе профессиональной деятельности судьи сталкиваются с конфликтами, выраженными эмоциональными реакциями участников процесса, семейными трагедиями, последствиями преступлений и другими социально значимыми обстоятельствами. Регулярное взаимодействие с подобными ситуациями требует развитых навыков эмоциональной регуляции.

Одним из возможных последствий длительного профессионального стресса является профессиональное выгорание. В научной литературе выгорание рассматривается как состояние, связанное с хроническим стрессом на рабочем месте и характеризующееся такими проявлениями, как эмоциональное истощение, психологическое дистанцирование от работы и снижение ощущения профессиональной эффективности.

При этом наличие отдельных признаков усталости или временного эмоционального напряжения не следует автоматически рассматривать как профессиональное выгорание. Для корректной оценки необходимо учитывать продолжительность и выраженность симптомов, их взаимосвязь с профессиональной деятельностью и влияние на повседневное функционирование.

Важным фактором сохранения психического здоровья является профессиональная саморегуляция. К ней относятся способность распознавать собственное эмоциональное состояние, своевременно использовать методы восстановления, рационально распределять рабочую нагрузку и поддерживать баланс между профессиональной и личной жизнью.

Значительную роль играет организация рабочего процесса. Чёткое планирование времени, рациональное распределение задач, возможность полноценного отдыха и наличие благоприятного профессионального климата могут способствовать снижению хронического напряжения.

Перспективным направлением является внедрение программ психологической профилактики**.** Такие программы могут включать обучение методам стресс-менеджмента, развитие эмоциональной саморегуляции, повышение психологической грамотности и формирование навыков эффективного восстановления.

При этом профилактические программы должны учитывать специфику судебной деятельности и принципы профессиональной этики. Важным условием является конфиденциальность обращения за психологической помощью и отсутствие стигматизации специалистов, испытывающих эмоциональные трудности.

Следует также учитывать, что психическое здоровье судей определяется не только индивидуальными особенностями. Существенное значение имеют организационные и социальные факторы**:** рабочая нагрузка, условия труда, качество профессионального взаимодействия, доступность поддержки и возможности для восстановления.

Таким образом, профилактика профессионального выгорания требует не только индивидуальных методов самопомощи, но и создания условий, способствующих поддержанию психологического благополучия на уровне профессиональной организации.

Психическое здоровье судей является важной составляющей профессионального благополучия и устойчивого функционирования судебной системы. Высокая ответственность, интеллектуальная нагрузка, необходимость эмоционального самоконтроля и регулярное взаимодействие с конфликтными ситуациями могут формировать значительное профессиональное напряжение. Профилактика негативных последствий хронического стресса должна включать комплекс мероприятий, направленных на рациональную организацию труда, обеспечение достаточного времени для восстановления, развитие навыков стрессоустойчивости и доступность профессиональной психологической поддержки.

Перспективным направлением является развитие комплексных программ профилактики профессионального выгорания, объединяющих индивидуальные, психологические и организационные меры. Такой подход позволяет рассматривать психическое здоровье судей как результат взаимодействия личностных ресурсов и условий профессиональной деятельности.

Литература / References:

1. O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazirligi. Ruhiy salomatlikni muhofaza qilish va psixologik yordam ko‘rsatish bo‘yicha uslubiy materiallar**.** — Toshkent.

2. O‘zbekiston Respublikasi qonunchiligi va sud tizimiga oid kasbiy faoliyat, mehnat sharoitlari va psixologik farovonlik bo‘yicha normativ-huquqiy hujjatlar**.** World Health Organization. World Mental Health Report: Transforming Mental Health for All**.** Geneva: World Health Organization, 2022.

3. World Health Organization. Guidelines on mental health at work**.** Geneva: World Health Organization, 2022.

4. World Health Organization**.** International Classification of Diseases 11th Revision (ICD-11)**.** Geneva: WHO.

5. American Psychological Association. Occupational health psychology and workplace well-being**.** Washington, DC: APA.

6. Мухамедова Д. Г., Кудратуллаева Р. Б. Особенности структуры проявлений эмоционального выгорания у специалистов помогающих профессий // Вестник Интегративной Психологии. 2019. С. 272–276.

7. Raxmatullayev Farxod. Stressga chidamlilikning individual psixologik xususiyatlari // Talqin va tadqiqotlar. 2023. Т. 1. № 36. Дата публикации: 2023/12/25.

ПСИХИЧЕСКИЙ ДИСТРЕСС И ФАНТОМНАЯ БОЛЬ У УЧАСТНИКОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ: ЭФФЕКТ ЧЕТЫРЁХНЕДЕЛЬНОГО КУРСА ЗЕРКАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

Чистякова Н. П., Новикова Т. Г., Воробьева К. К.
Кафедра социальной психиатрии и психологии
ФГБУ «Федеральный научно-образовательный центр медико-социальной экспертизы и реабилитации имени Г. А. Альбрехта» Минтруда России,
Россия, г. Санкт-Петербург

Аннотация. Цель исследования — оценить влияние четырёхнедельного курса зеркальной терапии в составе комплексной реабилитации на интенсивность фантомной боли и тревожно-депрессивной симптоматики у комбатантов с односторонней ампутацией нижней конечности. В проспективное открытое рандомизированное контролируемое исследование включены 50 мужчин 25–45 лет, рандомизированных в группу зеркальной терапии на фоне базовой реабилитации (n = 25) или только базовой реабилитации (n = 25). Интенсивность боли оценивали по числовой рейтинговой шкале (ЧРШ), тревожно-депрессивную симптоматику — по Госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS), нейропатический компонент боли — по опроснику DN4; точки оценки — исходно (T0), через 2 (T1), 4 (T2) и 8 (T3) недель, межгрупповое сравнение выполнено по изменению от исходного уровня. К 4-й неделе в группе зеркальной терапии показатели оказались ниже, чем в контрольной: HADS 11,4 ± 4,2 против 16,3 ± 4,7 баллов, ЧРШ 3,6 ± 1,4 против 5,8 ± 1,6 баллов, DN4 4,6 ± 1,6 против 5,8 ± 1,5 баллов ($p < 0,001$ для всех сравнений); различия по изменению от исходного уровня составили 4,6 балла ($d = 0,93$), 2,3 балла ($d = 1,48$) и 1,3 балла ($d = 0,90$) соответственно. Клинически значимое снижение боли (≥ 30% ЧРШ) достигнуто у 80% пациентов основной группы против 24% в контроле. За последующие 4 недели после завершения курса различия между группами не уменьшились. Результаты поддерживают включение зеркальной терапии в комплексную реабилитацию комбатантов с ампутацией нижней конечности как компонента, усиливающего эффект базовой программы и

сохраняющего результат после его отмены; специфичность метода относительно имитационного контроля не проверялась.

Ключевые слова: фантомная боль, зеркальная терапия, боевая травма, ампутация нижней конечности, стресс-ассоциированные расстройства, тревога, депрессия.

PSYCHOLOGICAL DISTRESS AND PHANTOM LIMB PAIN IN COMBATANTS: EFFECT OF A FOUR-WEEK MIRROR THERAPY COURSE

Chistyakova N. P., Novikova T. G., Vorobyova K. K.
Department of Social Psychiatry and Psychology, Albrecht Federal Scientific and Educational Centre of Medical and Social Expertise and Rehabilitation of the Ministry of Labour and Social Protection of the Russian Federation, Saint Petersburg, Russian Federation

Abstract. The aim of the study is to evaluate the effect of a four-week course of mirror therapy as part of comprehensive rehabilitation on the intensity of phantom pain and anxiety-depressive symptoms in combatants with unilateral lower limb amputation. The prospective, open, randomized controlled study included 50 men aged 25–45 years, who were randomized into the mirror therapy group on the background of basic rehabilitation (n = 25) or into the basic rehabilitation group only (n = 25). The intensity of pain was assessed using a numerical rating scale (NRS), anxiety and depressive symptoms were assessed using the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), and the neuropathic component of pain was assessed using the DN4 questionnaire. Assessment points were baseline (T0), after 2 weeks (T1), 4 weeks (T2), and 8 weeks (T3); intergroup comparison was performed based on the change from the baseline level. By week 4, the indicators in the mirror therapy group were lower than in the control group: HADS 11.4 ± 4.2 versus 16.3 ± 4.7 points, HRH 3.6 ± 1.4 versus 5.8 ± 1.6 points, DN4 4.6 ± 1.6 versus 5.8 ± 1.5 points ($p < 0.001$ for all comparisons); differences in change from baseline The levels were 4.6 points ($d = 0.93$), 2.3 points ($d = 1.48$) and 1.3 points ($d = 0.90$), respectively. Clinically significant pain reduction

(≥ 50% VAS) was achieved in 80% of patients in the main group, compared to 24% in the control group. Over the following 4 weeks after completing the course, the differences between the groups did not diminish. The results support the inclusion of mirror therapy in the comprehensive rehabilitation of combatants with lower limb amputation as a component that enhances the effect of the basic program and preserves the results after its discontinuation; the specificity of the method relative to sham control was not tested.

Keywords: phantom limb pain, mirror therapy, combat injury, lower-limb amputation, stress-associated disorders, anxiety, depression.

Введение

По разным оценкам, фантомная боль развивается у 30–80% ампутантов; разброс показателей определяется дизайном исследований, сроками обследования и расхождениями в определении случая [1, с. 82-83]. Боевая ампутация отличается от ампутации мирного времени механизмом повреждения и, как следствие, условиями, в которых формируется фантомно-болевой синдром (ФБС). В активной фазе современных боевых действий в структуре хирургических санитарных потерь на этапе квалифицированной медицинской помощи преобладают осколочные ранения (79,3%), при этом поражения конечностей составляют 81,4%, сочетанные — 70,5%, множественные — 20,3% [2, с. 5–6]. Взрывной механизм добавляет к непосредственному механическому повреждению общий контузионно-коммоционный синдром, а прогрессирующая зона некроза обусловливает распространение поражения нервов и мягких тканей за пределы видимого дефекта [3, с. 7-8].

ФБС при боевых ампутациях поддерживается центральной сенситизацией, развивающейся под действием продолжающейся ноцицептивной импульсации от нескольких повреждённых участков одновременно и проявляющейся генерализованной гипералгезией, выходящей за пределы зоны ампутации [4, с. 6–7]. С этим связано характерное для фантомной боли несоответствие её

интенсивности объёму повреждения: боль продолжается, когда периферический источник уже устранён [5, с. 56].

Этапная эвакуация задерживает окончательную обработку культи, а адекватная анальгезия на промежуточных этапах обеспечивается не всегда [1, с. 86]. В сочетании с многократными оперативными вмешательствами эпизоды неконтролируемой ноцицептивной импульсации удлиняют период персистирования острого болевого синдрома и создают предпосылки для его хронизации [4, с. 19].

Данные о взаимном влиянии стресс-ассоциированных расстройств (САР) и фантомной боли противоречивы. У военнослужащих со взрывным характером ранения симптомы САР оказывали влияние на последующую болевую интенсивность [6, с. 1023]; прослеживалась и обратная связь: вмешательство боли в повседневную активность вело к усилению симптомов САР, тогда как у ветеранов без ранения такой путь был незначим [7, с. 934]. Депрессивный компонент во многом объясняет связь посттравматической и болевой симптоматики: в выборке из 130 ветеранов взаимосвязь симптомов САР и болевого синдрома была умеренной ($r = 0,29$) и полностью опосредовалась депрессией, которая после её учёта исключала посттравматическую симптоматику из предикторов боли [8, с. 747].

Таким образом, согласно гипотезе взаимного поддержания, хроническая боль и стресс-ассоциированная симптоматика могут усиливать друг друга посредством общих когнитивных, эмоциональных и поведенческих механизмов [9, с. 862–866; 10, с. 932–935]. Следует отметить, что САР ассоциирована преимущественно с нейропатическим компонентом боли культи, тогда как её связь с интенсивностью фантомной боли остаётся слабой [11, с. 149].

Отсюда вытекает практическое следствие: интенсивность боли, её нейропатический компонент и эмоциональный дистресс должны измеряться раздельно [8, с. 747–748]. Выбор терапии при этом остаётся неопределённым: из предложенных за последние десятилетия методов лечения фантомной боли ни

один не имеет однозначно доказанного преимущества, а противоречивость метааналитических выводов обусловлена малыми выборками [12, с. 216, 226].

Возможности фармакотерапии фантомной боли остаются ограниченными: систематический обзор Кокрейновского сотрудничества выявил лишь небольшое число неоднородных исследований и не позволил определить препарат с убедительно подтверждённой долговременной эффективностью. Для морфина, габапентина и кетамина описаны отдельные краткосрочные эффекты, однако их клиническая применимость ограничивается качеством доказательств и нежелательными явлениями [13, с. 7]. Это обосновывает интерес к безопасным немедикаментозным методам, которые можно включать в комплексную реабилитацию.

Зеркальная терапия (далее — ЗТ) формирует зрительную иллюзию сохранной конечности и движения отсутствующего сегмента, уменьшая сенсомоторное несоответствие. Рандомизированные исследования и метаанализы показывают преимущественно краткосрочное уменьшение фантомной боли, но подчёркивают неоднородность протоколов, небольшие выборки и недостаток данных о долговременном эффекте [14, с. 988, 991–994; 15, с. 672–676]. В экспертном консенсусе, полученном методом Дельфи, ЗТ вошла в число рекомендуемых немедикаментозных подходов наряду с градуированным двигательным воображением (Graded Motor Imagery, GMI), когнитивно-поведенческой терапией и использованием функционального протеза [16, с. 1220–1223].

Вопрос о влиянии зеркальной терапии на выраженность САР у комбатантов изучен существенно меньше, чем её анальгетическое действие. Шкала HADS валидирована как скрининговый инструмент, позволяющий количественно отслеживать динамику тревожной и депрессивной симптоматики, однако это не заменяет клиническую диагностику психического расстройства [17, с. 361–370].

Цель настоящего исследования — оценка влияния четырёхнедельного курса зеркальной терапии в составе комплексной реабилитации на динамику интенсивности фантомной боли и проявлений САР у пациентов с боевой ампутацией нижней конечности.

Объекты и методы исследования

Исследование выполнено на базе травматологического и неврологического отделений СПб ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн». Дизайн — проспективное открытое рандомизированное контролируемое исследование с параллельными группами и соотношением распределения 1:1.

В исследование включены 50 мужчин-комбатантов 25–45 лет с односторонней ампутацией нижней конечности, сформированной культёй и давностью ампутации не менее трёх месяцев, находившихся на этапе протезирования. Обязательными условиями были: клинически подтверждённый фантомно-болевой синдром, установленное аффективное расстройство тревожного и депрессивного спектра (код по МКБ-10 F41.1, F41.2) и сохранный когнитивный статус (не менее 28 баллов по краткой шкале оценки психического статуса MMSE). Все участники предоставили информированное согласие. Исследование одобрено этическим комитетом.

Критерии исключения: ампутация верхней конечности, клинически значимая боль в культе, снижение когнитивного статуса, психотическое расстройство, нарушение зрения, препятствующее формированию зеркальной иллюзии, употребление психоактивных веществ и отказ от участия. Исключение пациентов с культевой болью уменьшало риск смешения различных постампутационных болевых фенотипов, поскольку фантомная боль и боль в сохранившихся тканях культи представляют собой разные синдромы и требуют дифференциальной диагностики [4, с. 5, 8–9].

Участники основной группы получали стандартную реабилитацию и зеркальную терапию продолжительностью 15–20 минут 3–5 раз в неделю в течение четырёх недель. Выбранная продолжительность сопоставима с

протоколами рандомизированных исследований, в которых применяли 15-минутные ежедневные либо пятиразовые еженедельные занятия в течение четырёх недель [19; 14, с. 990–991] (таблица 1).

Сеанс прекращали при усилении боли более чем на 3 балла по шкале ЧРШ, возникновении тошноты, головокружения или выраженного эмоционального дистресса. Приверженность протоколу зеркальной терапии составила 88% (22 из 25 участников выполнили не менее 80% сеансов). Лёгкие преходящие нежелательные явления зарегистрированы у 4 из 25 участников (16%): преимущественно тошнота и головокружение в первые 3–5 дней вмешательства.

Таблица 1

Характеристика реабилитационных программ в исследуемых группах

Параметр	**Группа ЗТ (n = 25)**	**Контрольная группа (n = 25)**
Базовая реабилитационная программа	ЛФК, массаж, физиотерапия, фармакотерапия	Тот же набор
Фармакотерапия	СИОЗС и габапентиноиды по показаниям	Те же группы препаратов по показаниям
Специфическое реабилитационное вмешательство	Зеркальная терапия: 15–20 минут, 3–5 раз в неделю, курсом 4 недели	Вмешательство не проводилось
Мониторинг состояния пациента	Ведение дневника сессий, фиксация интенсивности боли и эмоциональных реакций	Плановое наблюдение (без ведения дневника)
Точки оценки эффективности	T0, T1, T2, T3	T0, T1, T2, T3

Психическое состояние комбатантов оценивали клинически, с участием психиатра, и с применением шкалы HADS, содержащей 14 пунктов — по 7 для тревоги и депрессии. В настоящем анализе использовали суммарный балл HADS как количественный показатель выраженности тревожно-депрессивного дистресса; его интерпретировали только как динамический скрининговый показатель, а не как самостоятельное подтверждение диагноза [17, с. 361–370].

Когнитивный статус контролировали по шкале MMSE на этапе отбора (точка T0). Интенсивность фантомной боли оценивали по 11-пунктовой числовой рейтинговой шкале (ЧРШ) от 0 до 10 баллов. Нейропатические характеристики определяли с помощью опросника DN4; значение 4 балла и более рассматривали как указание на вероятный нейропатический компонент [18, с. 33].

Оценку эффективности проводили в четырёх временных точках: T0 (исходно, до начала вмешательства), T1 (2 недели), T2 (4 недели) и T3 (8 недель). Момент T2 соответствовал завершению курса ЗТ и отражал непосредственный результат вмешательства, а T3 позволял судить об устойчивости достигнутых изменений через 4 недели после его окончания. Промежуточная точка T1 нужна была для регистрации ранней динамики и контроля приверженности программе.

Изменением показателя считали разность между значением в контрольной точке наблюдения и исходным уровнем; значения со знаком «минус» соответствуют уменьшению показателя. Далее изменения обозначают символом Δ с указанием точек наблюдения: ΔT1–T0 — к 2-й неделе, ΔT2–T0 — к 4-й неделе, ΔT3–T2 — за период с 4-й по 8-ю неделю.

Первичным критерием межгруппового сравнения служила величина изменения от исходного уровня: этот подход устранял межиндивидуальную вариативность исходного балла и повышал чувствительность сравнения. Практически это проявилось на 2-й неделе, когда различия по значениям в контрольной точке были незначительны, а по изменению от исходного уровня достигли достоверности.

Данные представлены в виде среднего значения и стандартного отклонения (M ± SD). Межгрупповые различия оценивали с помощью t-критерия Стьюдента для независимых выборок и точного критерия Фишера. Размер эффекта определяли по d Коэна (разность средних, отнесённая к объединённому стандартному отклонению на исходном этапе), отношению шансов (ОШ) и относительному риску (ОР). Статистическую значимость различий

устанавливали при p <0,05; при множественных сравнениях по основным шкалам применяли поправку Бонферрони.

Результаты и их обсуждение

Исследуемые группы были сопоставимы по возрасту и давности ампутации, а также по стороне и уровню ампутации. Средний возраст составил 34,2 ± 5,1 года в группе ЗТ и 35,3 ± 4,9 года в группе контроля; разница 1,1 года (p = 0,441). Давность ампутации составляла от 3 до 12 месяцев (в среднем 6,8 ± 2,3 месяца против 7,2 ± 2,3 месяца, p = 0,542). Различий между группами по стороне ампутации (15/25 против 13/25 справа, p = 0,569) и по её уровню (трансфеморальный — 5/25 против 5/25, транстибиальный — 20/25 против 20/25, p = 1,000) не выявлено.

В исходной точке показатели по шкалам HADS, ЧРШ и DN4 также не различались (p = 0,809–0,831), что подтверждало сопоставимость групп перед началом вмешательства (таблица 2).

Таблица 2

Характеристика исходных данных пациентов исследуемых групп

Шкала (диапазон значений)	**Интерпретация**	**Группа ЗТ (n = 25)**	**Контрольная группа (n = 25)**	**Различие (95% ДИ)**	**p**
HADS, баллы (0–42)	Суммарный балл; пороговая интерпретация для суммы не валидирована, шкала использована как динамический показатель	18,2 ± 5,1	18,5 ± 4,8	−0,3 (−3,1; +2,5)	0,831
ЧРШ, баллы (0–10)	1–3 — слабая боль; 4–6 — умеренная; 7–10 — сильная	7,1 ± 1,6	7,0 ± 1,5	+0,1 (−1,0; +1,2)	0,821
DN4, баллы (0–10)	≥ 4 — высокая вероятность нейропатического компонента	6,2 ± 1,5	6,1 ± 1,6	+0,1 (−0,8; +1,0)	0,809

Примечание. Данные представлены как M ± SD (среднее ± стандартное отклонение). Сравнение групп — t-критерий Стьюдента для независимых выборок. ДИ – доверительный интервал.

Средний суммарный балл по шкале HADS в обеих группах соответствовал выраженной тревожно-депрессивной симптоматике. Исходная средняя интенсивность боли по шкале ЧРШ соответствовала диапазону сильной боли, а по DN4 выше диагностического порога в 4 балла находилось 24 (96%) и 24 (96%) пациента соответственно, то есть нейропатический компонент был типичен для всей выборки.

За первые две недели вмешательства средний балл по шкале HADS в группе ЗТ снизился на 3,4 против 1,4 балла в контроле (разность −2,0; 95% ДИ от −3,1 до −0,9; p = 0,0007; d = 0,40), и по абсолютной величине снижение превысило минимальное клинически значимое изменение в 1,7 раза, тогда как само межгрупповое различие лишь достигало порога (таблица 3).

Наибольший прирост эффекта пришёлся на первые 4 недели вмешательства: в группе ЗТ суммарный балл HADS снизился на 6,8 балла (это −37% от исходного уровня) — заметное улучшение. В контрольной группе снижение составило лишь 2,2 балла (−12%), то есть эффект там был существенно меньше. Межгрупповая разница достигла −4,6 балла (95% ДИ −6,3…−2,9; p <0,001; d = 0,93), что в 1,8 раза превышает минимально клинически значимое изменение (MCID = 2,5 балла, или 0,5 SD). Иными словами, 68% улучшения в группе ЗТ — это именно вклад вмешательства, а не спонтанная динамика.

Особенно ярко преимущество ЗТ проявилось по строгому критерию: снижение не менее чем на 30% от исходного балла отметили у 64% участников группы ЗТ (16 человек) и лишь у 16% в контроле (4 человека) — разница +48 п.п. (ОР 4,00; 95% ДИ 1,55–10,29; p = 0,001; NNT 2,1). Более мягкий критерий (улучшение ≥ 2 баллов) дал меньшую разницу: 92% против 52% (+40 п.п., ОР 1,77; p = 0,004) — это связано с тем, что порог в 2 балла преодолела более чем

половина контрольной группы, то есть он в значительной мере отражает естественную вариабельность, а не эффект терапии. При этом отсутствие улучшения зафиксировали лишь у 2% в группе ЗТ и у 48% в контрольной — ещё одно наглядное свидетельство выраженного эффекта вмешательства (таблица 3).

Таблица 3

Динамика суммарного балла HADS у пациентов исследуемых групп

Точка оценки	Группа зеркальной терапии (n = 25)	Контрольная группа (n = 25)	Различие между группами (95% ДИ)	p	d
T0 — исходно	18,2 ± 5,1	18,5 ± 4,8	−0,3 (−3,1; +2,5)	0,831	0,06
T1 — 2 недели	14,8 ± 4,6	17,1 ± 4,9	−2,3 (−5,0; +0,4)	0,090	0,46
T2 — 4 недели	11,4 ± 4,2	16,3 ± 4,7	−4,9 (−7,4; −2,4)	< 0,001	0,99
T3 — 8 недель	10,8 ± 3,9	15,7 ± 4,5	−4,9 (−7,3; −2,5)	< 0,001	0,99
Δ T1–T0	−3,4 ± 2,1	−1,4 ± 1,8	−2,0 (−3,1; −0,9)	0,0007	0,40
Δ T2–T0	−6,8 ± 3,1	−2,2 ± 2,8	−4,6 (−6,3; −2,9)	< 0,001	0,93
Δ T3–T0	−7,4 ± 3,3	−2,8 ± 2,6	−4,6 (−6,3; −2,9)	< 0,001	0,93
Δ T3–T2 (катамнез)	−0,6 ± 1,5	−0,6 ± 1,4	0,0 (−0,8; +0,8)	1,000	0,00
Относительное снижение к T2	−37%	−12%	разница 25 п.п.	—	—
Относительное снижение к T3	−41%	−15%	разница 26 п.п.	—	—
Снижение ≥ 2 балла к T2, n (%)	23 (92)	13 (52)	ОШ 10,6	0,004	—
Снижение ≥ 30% к T2, n (%)	16 (64)	4 (16)	ОШ 9,3	0,001	—
Снижение ≥ 50% к T2, n (%)	8 (32)	1 (4)	ОШ 11,3	0,023	—
Снижение ≥ 30% к T3, n (%)	17 (68)	5 (20)	ОШ 8,5	0,001	—

Примечание. Отрицательные значения соответствуют уменьшению показателя. d — величина эффекта, рассчитанная по стандартному отклонению исходной точки; п.п.- процентные пункты; ОШ – отношение шансов.

За катамнестический период (с 4-й по 8-ю неделю) суммарный балл HADS снизился ещё на 0,6 балла в обеих группах, а межгрупповой разрыв не изменился: −4,9 балла на 4-й неделе и −4,9 балла на 8-й (ΔТ3–Т2: 0,0; 95% ДИ от −0,8 до +0,8; p = 1,000). Угасания достигнутого эффекта в катамнестическом периоде не наблюдалось (таблица 3).

За первые 2 недели балл ЧРШ снизился на 1,2 в группе ЗТ и на 0,3 в контроле, что составляет 0,6 и 0,15 MCID соответственно. Ни в одной из групп порог клинически значимого изменения не был достигнут, однако межгрупповая разница оказалась статистически достоверной (−0,9 балла; 95% ДИ от −1,4 до −0,4; p = 0,0005; d = 0,58).

К 4-й неделе преимущество группы ЗТ стало выраженным: боль снизилась на 3,5 балла (49%) против 1,2 балла (17%) в контроле. Межгрупповая разница составила −2,3 балла (95% ДИ от −3,0 до −1,6; p <0,001; d = 1,48). Внутригрупповое улучшение в группе ЗТ в 1,8 раза, а межгрупповая разница — в 1,1 раза превысили порог клинически значимого изменения боли (около 2 баллов или 30% от исходного уровня) [20, с. 240]. Снижение боли на 50% и более достигнуто у 12 пациентов (48%) в группе ЗТ и лишь у 2 (8%) в контроле; разница достоверна (p = 0,004) (таблица 4).

В период с 4-й по 8-ю неделю снижение по ЧРШ в обеих группах было одинаковым — по 0,3 балла, межгрупповая разность составила 0,0 (95% ДИ от −0,3 до +0,3). Сама величина изменения (0,3 балла) более чем в шесть раз меньше минимального клинически значимого изменения.

Таблица 4

Динамика интенсивности фантомной боли (ЧРШ) у пациентов исследуемых групп

Шкала, точка оценки	Группа ЗТ (n = 25)	Группа контроля (n = 25)	Различие между группами (95% ДИ)	p	d
ЧРШ, Т0	7,1 ± 1,6	7,0 ± 1,5	+0,1 (−0,8; +1,0)	0,821	0,06
ЧРШ, Т1	5,9 ± 1,5	6,7 ± 1,6	−0,8 (−1,7; +0,1)	0,074	0,52
ЧРШ, Т2	3,6 ± 1,4	5,8 ± 1,6	−2,2 (−3,1; −1,3)	<0,001	1,42
ЧРШ, Т3	3,3 ± 1,3	5,5 ± 1,5	−2,2 (−3,0; −1,4)	<0,001	1,42
ЧРШ Δ Т1–Т0	−1,2 ± 0,9	−0,3 ± 0,8	−0,9 (−1,4; −0,4)	0,0005	0,58
ЧРШ Δ Т2–Т0	−3,5 ± 1,4	−1,2 ± 1,1	−2,3 (−3,0; −1,6)	<0,001	1,48
ЧРШ Δ Т3–Т0	−3,8 ± 1,5	−1,5 ± 1,2	−2,3 (−3,1; −1,5)	<0,001	1,48
ЧРШ Δ Т3–Т2 (катамнез)	−0,3 ± 0,6	−0,3 ± 0,5	0,0 (−0,3; +0,3)	1,000	0,00
Относительное снижение ЧРШ к Т2	−49%	−17%	разница 32 п.п.	—	—
Относительное снижение ЧРШ к Т3	−54%	−21%	разница 33 п.п.	—	—
ЧРШ Снижение ≥ 2 балла к Т2, n (%)	21 (84)	6 (24)	ОШ 16,6	<0,001	—
ЧРШ Снижение ≥ 30% к Т2, n (%)	20 (80)	6 (24)	ОШ 12,7	<0,001	—
ЧРШ Снижение ≥ 50% к Т2, n (%)	12 (48)	2 (8)	ОШ 10,6	0,004	—
ЧРШ Снижение ≥ 30% к Т3, n (%)	21 (84)	8 (32)	ОШ 11,2	<0,001	—

Примечание: Отрицательные значения соответствуют уменьшению показателя. d — величина эффекта, рассчитанная по объединённому стандартному отклонению исходной точки (SD = 1,55). ОШ — отношение шансов, точный критерий Фишера. Порог клинически значимого изменения боли — около 2 баллов либо 30% от исходного уровня [20].

По опроснику DN4 в первые 2 недели средний балл снизился на 0,6 пункта в группе ЗТ и на 0,2 пункта — в контроле. Межгрупповая разница составила −0,4 балла (95% ДИ от −0,8 до −0,0; p = 0,035; d = 0,28). Это наименьшее различие среди всех оцениваемых показателей; к тому же оно не достигало 1 пункта — минимального шага шкалы DN4.

К 4-й неделе снижение оказалось более выраженным: в группе ЗТ балл уменьшился на 1,6 пункта, в контроле — на 0,3 пункта. Межгрупповая разность составила −1,3 балла (95% ДИ от −1,8 до −0,8; p <0,001; d = 0,90) (таблица 5).

В период с 4-й по 8-ю неделю балл дополнительно снизился на 0,2 пункта в группе ЗТ и на 0,1 пункта в контроле. Различие между группами было статистически незначимым (−0,1 балла; p = 0,483) и также не достигало минимального шага шкалы (1 пункт).

Поскольку порог клинической значимости для DN4 не определён, результат дополнительно представлен в дихотомическом виде: доля пациентов с баллом 4 и выше в группе ЗТ снизилась с 96% до 76%, тогда как в контрольной группе показатель практически не изменился и остался на уровне 92%. Различие между группами на этом этапе не достигло статистической значимости (p = 0,247).

К 8-й неделе доля таких пациентов в группе ЗТ уменьшилась до 72%, в контроле по-прежнему составляла 92%; различие также оказалось незначимым (p = 0,138). Расхождение результатов непрерывного (p <0,001) и дихотомического (p =0,247) анализов связано с потерей части информации при переводе количественных данных в категориальные (дихотомизации), а не с отсутствием лечебного эффекта.

Таблица 5

Динамика нейропатических признаков фантомной боли (DN4) у пациентов исследуемых групп

Шкала, точка оценки	Группа ЗТ (n = 25)	Группа контроля (n = 25)	Различие между группами (95% ДИ)	p	d

DN4, T0	6,2 ± 1,5	6,1 ± 1,4	+0,1 (−0,7; +0,9)	0,809	0,07
DN4, T1	5,6 ± 1,4	5,9 ± 1,4	−0,3 (−1,1; +0,5)	0,452	0,21
DN4, T2	4,6 ± 1,6	5,8 ± 1,5	−1,2 (−2,1; −0,3)	0,009	0,83
DN4, T3	4,4 ± 1,5	5,7 ± 1,5	−1,3 (−2,2; −0,4)	0,004	0,90
DN4 Δ T1–T0	−0,6 ± 0,7	−0,2 ± 0,6	−0,4 (−0,8; −0,0)	0,035	0,28
DN4 Δ T2–T0	−1,6 ± 1,1	−0,3 ± 0,8	−1,3 (−1,8; −0,8)	<0,001	0,90
DN4 Δ T3–T0	−1,8 ± 1,2	−0,4 ± 0,9	−1,4 (−2,0; −0,8)	<0,001	0,96
DN4 Δ T3–T2 (катамнез)	−0,2 ± 0,5	−0,1 ± 0,5	−0,1 (−0,4; +0,2)	0,483	0,07
Относительное снижение DN4 к T3	−29%	−7%	разница 22 п.п.	—	—
Доля DN4 ≥ 4 балла, T0	24 (96)	24 (96)	—	1,000	—
Доля DN4 ≥ 4 балла, T2	19 (76)	23 (92)	—	0,247	—
Доля DN4 ≥ 4 балла, T3	18 (72)	23 (92)	—	0,138	—

Примечание. *для опросника DN4 порог клинической значимости не валидирован, поэтому вместо него приведена доля пациентов с баллом 4 и более, то есть не ниже диагностического порога вероятной нейропатической боли [18]. d рассчитана по объединённому стандартному отклонению исходной точки (SD = 1,45).*

Таким образом, добавление четырёхнедельного курса зеркальной терапии к стандартной реабилитации комбатантов с ампутацией нижней конечности сопровождалось более выраженным уменьшением боли, тревоги и депрессии, чем обычный протокол: различия между группами по изменению показателей к 4-й неделе составили 4,6 балла по шкале HADS (95% ДИ от 2,9 до 6,3; $p < 0,001$; $d = 0,93$), 2,3 балла по ЧРШ (95% ДИ от 1,6 до 3,0; $p < 0,001$; $d = 1,48$) и 1,3 балла по DN4 (95% ДИ от 0,8 до 1,8; $p < 0,001$; $d = 0,90$).

Межгрупповая разница по шкале боли в 1,1 раза превысила ориентир клинически значимого изменения боли в 2 балла, а сдвиг в основной группе — в 1,8 раза, то есть результат был ощутимым для пациента, а не только статистически достоверным. Поскольку контролем служила стандартная реабилитационная программа, а не имитация зеркала, полученные данные

доказывают преимущество зеркальной терапии над стандартным ведением комбатанта, но не специфичность метода.

Временная структура эффекта неодинакова по шкалам, однако более раннего подключения аффективного компонента мы не выявили. Ко 2-й неделе клинически значимым оказалось только изменение по шкале HADS: снижение на 3,4 балла превысило ориентир минимального клинически значимого изменения в 1,4–1,7 раза в зависимости от принятого порога (2,5 или 2,0 балла), сдвиг по шкале боли (1,2 балла) составил 0,6 порога, а межгрупповое различие по DN4 (0,4 балла) не достигло одного пункта. При этом величины межгрупповых различий на 2-й неделе по HADS (d = 0,46) и по шкале боли (d = 0,52) были сопоставимы, и развести удельный вклад сенсомоторного и эмоционального компонентов на этой выборке не удалось: оценка опосредования требует анализа связи между изменениями показателей, чего дизайн работы не предусматривал.

Величины эффекта в нашем исследовании численно превышают обобщённые оценки, представленные в литературе, однако статистически с ними не расходятся.

По интенсивности боли d Коэна составил 1,48 (95% ДИ 0,85–2,11), тогда как крупнейший на сегодняшний день метаанализ зеркальной терапии при фантомной боли (9 испытаний, 372 пациента) показал стандартизированную разность средних 0,81 (95% ДИ 0,25–1,36; I^2 = 82%) [21, с. 1710]. Формальное сравнение этих величин не выявило статистически значимых различий (p = 0,117), что позволяет рассматривать полученный нами результат как лежащий в пределах ожидаемого диапазона, а не как выброс. Вместе с тем обобщённую оценку 0,81 следует интерпретировать с осторожностью: авторы данного метаанализа не проводили формальной коррекции публикационного смещения методом trim-and-fill, ограничившись визуальным анализом воронкообразного графика. В связи с этим значение 0,81 правомерно трактовать как верхнюю границу ожидаемого эффекта, а не как точную, исправленную оценку.

Эта оговорка приобретает дополнительный вес в свете данных независимого метаанализа, выполненного с иными критериями отбора. Его оценка оказалась существенно скромнее — 0,46 (95% ДИ 0,13–0,79), причём отдалённый эффект зеркальной терапии не получил подтверждения [14, с. 988]. Расхождение между двумя метаанализами (0,81 против 0,46) указывает на выраженную неоднородность доказательной базы, зависящую от критериев включения и отбора исследований.

Отсутствие консенсуса по объёму и качеству доказательств отмечается и в отечественной литературе [22, с. 11], что в целом согласуется с выводами зарубежных систематических обзоров [25, с. 3–4]. Таким образом, наш результат (d =1,48) укладывается в широкий диапазон опубликованных оценок и не противоречит ни одному из существующих метаанализов, но требует подтверждения в более крупных выборках с коррекцией публикационного смещения.

Сопоставление с отечественными данными дополняет картину: при меньшей длительности наблюдения исследование на 166 пациентах показало сопоставимую результативность — значимое снижение боли (≥ 3 баллов по ВАШ) достигнуто у 57% пациентов в группе с дополнительными двухнедельными курсами (10 процедур) против 22% в контроле; в группе только зеркальной терапии боль снизилась с 7,5 [5,0–9,0] до 3 баллов [23, с. 104].

Количественный разрыв с нашими результатами, вероятно, обусловлен особенностями открытого дизайна: ослепление при зеркальной терапии невозможно, поэтому эффект частично может быть связан с неспецифическими факторами (время контакта с персоналом, внимание, сам факт вмешательства), не уравновешенными между группами. Это не снижает клинической значимости эффекта, но подчёркивает необходимость дальнейших исследований с более строгим контролем таких факторов.

Интерпретация динамики показателей по опроснику DN4 сопряжена с рядом методологических ограничений. Будучи изначально разработанным в

качестве диагностического инструмента, DN4 не предусматривает валидированного порога клинической значимости для оценки динамики состояния пациента [18, с. 29–33]. Кроме того, в популяциях с неструктурированной патологией диагностическая точность опросника снижается: при общепринятом пороге в 4 балла чувствительность и специфичность составляют 75% и 76% соответственно [24, с.5.- 6]. В связи с этим снижение значений сенсорных дескрипторов рассматривается исключительно как фактор, согласующийся с вовлечением центральных механизмов формирования болевого синдрома, но не служащий их прямым доказательством. Следует также учитывать, что современные представления о роли кортикальной реорганизации в патогенезе фантомной боли характеризуются существенно более сдержанной трактовкой по сравнению с периодом доминирования теории дезадаптивной пластичности. При этом в рамках настоящего исследования прямые маркёры кортикальной реорганизации не оценивались.

С 4-й по 8-ю неделю вмешательства дальнейшее снижение в группах было одинаковым: 0,6 балла по HADS, 0,3 балла по шкале боли, 0,2 против 0,1 балла по DN4, а доверительные интервалы межгрупповых различий (от −0,8 до +0,8 и от −0,3 до +0,3 балла) целиком удерживались в зоне клинической незначимости. Отсутствие статистически значимых различий в катамнестических данных интерпретируется как свидетельство устойчивости достигнутого терапевтического эффекта, а не как проявление недостаточной статистической мощности исследования.

Ограничения исследования: небольшой объём выборки, исключавший подгрупповой анализ по стороне и уровню ампутации; выборка ограничена мужчинами молодого возраста — это снижает обобщаемость результатов. Дизайн не позволял дифференцировать специфический и неспецифический компоненты вмешательства: контрольная группа получала меньший объём контакта с персоналом. Отсутствовало ослепление участников и инструктора;

приверженность терапии оценивали по самоотчётам и журналам занятий. Не учтены ключевые предикторы фантомно-болевого синдрома (доампутационная боль, предшествующие фантомные ощущения), а также объективные показатели сенсорной функции и данные нейровизуализации. HADS анализировали суммарно, без дифференциации тревожного и депрессивного компонентов; не оценивали функцию культи, качество жизни и потребление анальгетиков. Период наблюдения ограничен 8 неделями — отдалённую устойчивость эффекта не изучали.

Заключение

Добавление четырёхнедельного курса зеркальной терапии к стандартной реабилитации пациентов с боевой ампутацией нижней конечности сопровождается более выраженным и клинически значимым уменьшением фантомной боли, тревоги и депрессии, чем обычная программа: различия по изменению от исходного уровня к 4-й неделе составили 2,3 балла по ЧРШ ($d = 1,48$), 4,6 балла по HADS ($d = 0,93$) и 1,3 балла по DN4 ($d = 0,90$) при $p < 0,001$ по каждому показателю. Достигнутый результат не угасает в течение четырёх недель после окончания курса. Полученные данные поддерживают включение метода в комплексную реабилитацию комбатантов, но не позволяют судить о его специфичности относительно имитационного контроля и о механизмах действия; оба вопроса требуют исследования с имитацией зеркала, слепой оценкой исхода и наблюдением не менее шести месяцев.

Литература/ References:

1. Корабельников, Д.И. Фантомные боли: эпидемиология и этиопатогенез / Д.И. Корабельников, Е.В. Ткаченко, М.О. Магомедалиев // Эпилепсия и пароксизмальные состояния. 2025. Т. 17, № 1. С. 82–93. — DOI 10.17749/2077-8333/epi.par.con.2025.222

2. Касимов, Р.Р. Структура боевой хирургической травмы и особенности оказания хирургической помощи в передовых медицинских группах в активную фазу боевых действий / Р.Р. Касимов, В.А. Просветов, И.М. Самохвалов [и др.]

// Военно-медицинский журнал. 2024. Т. 345, № 7. С. 4–11. DOI 10.52424/00269050_2024_345_7_4

3. Полушин, Ю.С. Взрывные поражения (лекция) / Ю.С. Полушин // Вестник анестезиологии и реаниматологии. 2022. Т. 19, № 6. С. 6–17. DOI 10.21292/2078-5658-2022-19-6-6-17

4. Диагностика и лечение хронической постампутационной боли: методические рекомендации / И.П. Бобровницкий, А.А. Будко, О.С. Давыдов [и др.]. Москва: ГВМУ Минобороны России, 2025. 67 с.

5. Яхно, Н.Н. Хроническая боль: медико-биологические и социально-экономические аспекты / Н.Н. Яхно, М.Л. Кукушкин // Вестник Российской академии медицинских наук. 2012. Т. 67, № 9. С. 54–58. — DOI 10.15690/vramn.v67i9.407

6. Stratton, K.J. Longitudinal interactions of pain and posttraumatic stress disorder symptoms in U.S. military service members following blast exposure / K.J. Stratton, S.L. Clark, S.E. Hawn [et al.] // Journal of Pain. — 2014. Vol. 15, No. 10. P. 1023–1032. DOI 10.1016/j.jpain.2014.07.304

7. Lee, S.Y. Bidirectionality of pain interference and PTSD symptoms in military veterans: does injury status moderate effects? / S.Y. Lee, L. Finkelstein-Fox, C.L. Park [et al.] // Pain Medicine. 2019. Vol. 20, No. 5. — P. 934–943. DOI 10.1093/pm/pny133

8. Poundja, J. The co-occurrence of posttraumatic stress disorder symptoms and pain: is depression a mediator? / J. Poundja, D. Fikretoglu, A. Brunet // Journal of Traumatic Stress. 2006. Vol. 19, No. 5. P. 747–751. DOI 10.1002/jts.20151

9. Sharp, T.J. Chronic pain and posttraumatic stress disorder: mutual maintenance? / T.J. Sharp, A.G. Harvey // Clinical Psychology Review. — 2001. Vol. 21, No. 6. P. 857–877. DOI 10.1016/S0272-7358(00)00071-4

10. Asmundson, G.J.G. PTSD and the experience of pain: research and clinical implications of shared vulnerability and mutual maintenance models / G.J.G.

Asmundson, M.J. Coons, S. Taylor, J. Katz // Canadian Journal of Psychiatry. 2002. Vol. 47, No. 10. P. 930–937. DOI 10.1177/070674370204701004

11. Buchheit, T. Pain phenotypes and associated clinical risk factors following traumatic amputation: results from Veterans Integrated Pain Evaluation Research (VIPER) / T. Buchheit, T. Van de Ven, H.L. Hsia [et al.] // Pain Medicine. 2016. Vol. 17, No. 1. P. 149–161. DOI 10.1111/pme.12848

12. Масанкина, А.И. Современные методы лечения фантомной боли: обзор литературы / А.И. Масанкина, В.С. Михайлова, Д.С. Солонский [и др.] // Неврология и нейрохирургия. Восточная Европа. 2026. Т. 16, № 2. С. 216–227. DOI 10.34883/PI.2026.16.2.055

13. Alviar, M.J.M. Pharmacologic interventions for treating phantom limb pain / M.J.M. Alviar, T. Hale, M. Dungca // Cochrane Database of Systematic Reviews. 2016. No. 10. Art. No. CD006380. DOI 10.1002/14651858.CD006380.pub3

14. Xie, H.-M. Effectiveness of mirror therapy for phantom limb pain: a systematic review and meta-analysis / H.-M. Xie, K.-X. Zhang, S. Wang [et al.] // Archives of Physical Medicine and Rehabilitation. 2022. Vol. 103, No. 5. — P. 988–997. DOI 10.1016/j.apmr.2021.07.810

15. Campo-Prieto P. Effectiveness of mirror therapy in phantom limb pain: a literature review / P. Campo-Prieto, G. Rodríguez-Fuentes // Neurología (English Edition). 2022. Vol. 37, No. 8. P. 668–681. DOI 10.1016/j.nrleng.2018.08.005

16. Limakatso, K. Treatment recommendations for phantom limb pain in people with amputations: an expert consensus Delphi study / K. Limakatso, R. Parker // PM&R. 2021. Vol. 13, No. 11. P. 1216–1226. DOI 10.1002/pmrj.12556

17. Zigmond, A.S. The Hospital Anxiety and Depression Scale / A.S. Zigmond, R.P. Snaith // Acta Psychiatrica Scandinavica. 1983. Vol. 67, No. 6. P. 361–370. DOI 10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x

18. Bouhassira, D. Comparison of pain syndromes associated with nervous or somatic lesions and development of a new neuropathic pain diagnostic questionnaire

(DN4) / D. Bouhassira, N. Attal, H. Alchaar [et al.] // Pain. 2005. Vol. 114, No. 1-2. P. 29–36. DOI 10.1016/j.pain.2004.12.010

19. Finn, S.B. A randomized, controlled trial of mirror therapy for upper extremity phantom limb pain in male amputees / S.B. Finn, B.N. Perry, J.E. Clasing [et al.] // Frontiers in Neurology. 2017. Vol. 8. Art. No. 267. DOI 10.3389/fneur.2017.00267

20. Dworkin, R.H. Interpreting the clinical importance of group differences in chronic pain clinical trials: IMMPACT recommendations / R.H. Dworkin, D.C. Turk, M.P. McDermott [et al.] // Pain. 2009. Vol. 146, No. 3. P. 238–244. DOI 10.1016/j.pain.2009.02.018

21. Wang, F. Effects of mirror therapy on phantom limb sensation and phantom limb pain in amputees: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials / F. Wang, R. Zhang, J. Zhang [et al.] // Clinical Rehabilitation. 2021. Vol. 35, No. 12. P. 1710–1721. DOI 10.1177/02692155211027332

22. Мокиенко, О.А. Методы лечения фантомной боли с позиций доказательной медицины / О.А. Мокиенко, М.В. Ивкина // Российский неврологический журнал. 2023. Т. 28, № 6. С. 11–18. DOI 10.30629/2658-7947-2023-28-6-11-18

23. Яковлева, М.Б. Сравнительный анализ эффективности дополнительных немедикаментозных методов лечения фантомной боли на первом этапе медицинской реабилитации / М.Б. Яковлева, В.А. Белаш, Е.Б. Биличенко [и др.] // Учёные записки Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова. 2025. Т. 32, № 3. С. 104–115. DOI 10.24884/1607-4181-2025-32-3-104-115

24. Timmerman, H. Investigating the validity of the DN4 in a consecutive population of patients with chronic pain / H. Timmerman, M.A.H. Steegers, F.J.P.M. Huygen [et al.] // PLoS ONE. — 2017. — Vol. 12, No. 11. — Art. No. e0187961. DOI 10.1371/journal.pone.0187961

25. Guémann, M. Effect of mirror therapy in the treatment of phantom limb pain in amputees: a systematic review of randomized placebo-controlled trials does not find any evidence of efficacy / M. Guémann, E. Olié, L. Raquin, P. Courtet, N. Risch // European Journal of Pain. 2023. Vol. 27, No. 1. P. 3–13. DOI 10.1002/ejp.2035

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ ВЕТЕРАНОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ В КОНТЕКСТЕ СТРЕСС-АССОЦИИРОВАННЫХ РАССТРОЙСТВ

Чистякова Н. П., Воробьева К. К., Новикова Т. Г.
Кафедра социальной психиатрии и психологии
ФГБУ «Федеральный научно-образовательный центр медико-социальной экспертизы и реабилитации имени Г. А. Альбрехта» Минтруда России,
Санкт-Петербург, Россия

Аннотация. Цель исследования —охарактеризовать психологический профиль ветеранов с боевой ампутацией нижней конечности, определить его связь с риском стресс-ассоциированных расстройств и выделить мишени медико-психологической реабилитации. Проведено **поперечное описательное исследование** 60 мужчин-комбатантов в возрасте 25–45 лет (средний возраст 32,8 ± 5,5 года) без контрольной группы. Все участники имели ампутацию нижней конечности вследствие минно-взрывного ранения и находились на этапе подготовки к протезированию. Применялись структурированное клиническое интервью, сокращённый многофакторный опросник для исследования личности (СМОЛ; адаптация В.П. Зайцева, 1981), опросник выраженности гнева (STAXI) Ч. Спилбергера в адаптации С.Л. Соловьёвой (1996) и методика оценки копинг-стратегий Р. Лазаруса и С. Фолкман в адаптации Л.И. Вассермана с соавторами (2009). Статистическая обработка данных включала дескриптивный анализ показателей, частотный анализ распределения результатов, вычисление средних значений и стандартных отклонений, группировку результатов по клинико-психологическим характеристикам. У 40% обследованных комбатантов определен адаптированный профиль, у 35% — напряженная адаптация, у 25% — клинически неблагополучный профиль. **Интегративный подход** к анализу

клинических маркеров — от тревожно-депрессивных расстройств до соматоформных проявлений и особенностей поведения — определяет стратегию профилактических и реабилитационных вмешательств.

Ключевые слова: ветераны боевых действий, боевая психическая травма, стресс-ассоциированные расстройства, психологический профиль, копинг-стратегии, медико-психологическая реабилитация.

PSYCHOLOGICAL PROFILE OF COMBAT VETERANS IN THE CONTEXT OF STRESS-ASSOCIATED DISORDERS

Chistyakova N. P., Novikova T.G.,
Vorobyova K. K.
Department of Social Psychiatry and Psychology, Albrecht Federal Scientific and Educational Centre of Medical and Social Expertise and Rehabilitation of the Ministry of Labour and Social Protection,
Saint Petersburg, Russia

Abstract. The aim of the study was to characterize the psychological profile of veterans with combat-related lower limb amputation, to determine its association with the risk of stress-associated disorders, and to identify targets for medical and psychological rehabilitation. A cross-sectional descriptive study was conducted involving 60 male combat veterans aged 25–45 years (mean age: 32.8 ± 5.5 years); no control group was included. All participants had undergone lower limb amputation due to a mine-explosion injury and were at the stage of preparation for prosthetic fitting. The following assessment tools were used: a structured clinical interview; the Shortened Multidimensional Personality Questionnaire (SMOL; adaptation by V. P. Zaitsev, 1981); the State-Trait Anger Expression Inventory (STAXI) by C.D. Spielberger, adapted by S.L. Solovyova (1996); and the Coping Strategies Questionnaire by R. Lazarus and S. Folkman, adapted by L.I. Wasserman et al. (2009). Statistical data processing included descriptive analysis of the indicators, frequency analysis of the results distribution, calculation of mean values and standard deviations, and grouping of results according to clinical and psychological characteristics. Among

the examined combat veterans, 40% demonstrated an adapted psychological profile, 35 % showed tense adaptation, and 25 % exhibited a clinically unfavorable profile. An integrative approach to the analysis of clinical markers — ranging from anxiety and depressive disorders to somatoform manifestations and behavioral features — determines the strategy for preventive and rehabilitative interventions.

Keywords: combat veterans, combat psychological trauma, stress-associated disorders, lower-limb amputation, psychological profile, coping strategies, medical-psychological rehabilitation.

Введение

Вопросы медико-психологической реабилитации комбатантов с боевой ампутацией остаются недостаточно изученными, что обусловливает необходимость системного анализа их психологического профиля для разработки целевых реабилитационных программ. Основной мишенью такой реабилитации должен выступать психологический статус ветерана — в первую очередь спектр и выраженность стресс-ассоциированных расстройств (САР), поскольку они напрямую влияют на функциональные исходы и успешность освоения протеза.

Распространённость психических нарушений у военнослужащих с физическими травмами в отечественных исследованиях остаётся высокой: клинически сформированное посттравматическое расстройство (ПТСР) диагностируют у 14–25 % раненых, тревожные расстройства (включая субклинические формы) — у 40–50 %, депрессию — у 15–20 % [1, с. 4-6; 2, с. 27- 29]. Вариативность показателей во многом обусловлена методологией обследования: как показано в исследовании А.В. Васильевой (2024), включение клинической беседы и нейропсихологического тестирования существенно повышает выявляемость субклинической симптоматики по сравнению со скринингом [2, с. 27–29]. Ключевыми факторами различий выступают критерии диагностики, сроки после травмы, состав выборки и глубина оценки [1, с. 7–9].

В международных стандартизированных проспективных работах диапазоны сужаются: в когортном исследовании ADVANCE (Dyball et al., 2022; n = 579) частота ПТСР, депрессии и тревоги составила 16,9%, 23,6% и 20,8%, соответственно — на 46–67% выше, чем в контрольной группе [3, с. 547]. При этом основным фактором риска психопатологии оказался не сам факт ранения, а его тип и объём реабилитационной поддержки.

Согласно данным Р.Р. Касимова и соавторов (2025; выборка — 5800 раненых), преобладание осколочных ранений от беспилотных летательных аппаратов и сочетанный характер травм обусловливают высокую частоту ампутаций и выраженный стрессовый фон [4, с. 6–8, 10]. Критическим этапом адаптации выступает период 3–6 месяцев после травмы: в это время происходит сужение временной перспективы, утрата жизненных целей, активное формирование новой телесной схемы и новых адаптационных стратегий, что создаёт предпосылки для манифестации или усиления САР [5, с. 68].

В МКБ-10 САР представлены рубрикой F43 («Реакция на тяжёлый стресс и нарушения адаптации»), включающей острую реакцию на стресс (F43.0), ПТСР (F43.1) и расстройство адаптации (F43.2). Характерной чертой САР является коморбидность: нередко они сочетаются с паническим и генерализованным тревожным расстройствами, депрессивным эпизодом, диссоциативными, соматоформными и аддиктивными н арушениями [6, с.19–20].

Психологический профиль ветерана не сводится к нозологическому диагнозу: он включает личностные особенности, навыки эмоциональной регуляции, копинг-стратегии и ресурсы устойчивости — именно эти компоненты определяют риск дезадаптации и траекторию восстановления.

Адаптационные исходы у ветеранов неоднородны: наряду с клинически значимыми нарушениями у части из них наблюдается феномен посттравматического роста (переосмысление приоритетов, укрепление межличностных связей, ощущение личностной силы). Согласно исследованию М.И. Кузнецовой (2024), основными механизмами таких позитивных изменений

выступают осмысленная жизненная перспектива и способность конструктивно переосмыслять травматический опыт [7, с. 38–41].

Вместе с тем, у значительной части комбатантов формируются неадаптивные стратегии совладания. По данным Д.С. Волкова и Н.А. Орловой (2023), у ветеранов с сочетанной травмой преобладают избегающие и эмоционально ориентированные копинг-стратегии, ассоциированные с трудностями эмоциональной регуляции и более выраженной симптоматикой ПТСР, депрессии и тревоги [8, с. 118–122]. При этом тяжесть физических повреждений оказывается менее значимым предиктором дезадаптации по сравнению с профилем совладания: решающее влияние на прогноз оказывают способность к когнитивной переоценке, наличие структурированной социальной поддержки и ощущение контроля над ситуацией [8, с. 124–125].

Особую прогностическую значимость имеет этап подготовки к протезированию: психологическое состояние пациента здесь весомее технических параметров протеза и уровня ампутации. Так, данные Eskridge et al. (2022) и исследования METALS (n = 429) показывают, что наличие ПТСР или депрессии ассоциировано со значимым снижением физического функционирования и качества жизни — независимо от тяжести травмы. В частности, сочетание боли, депрессии и ПТСР приводило к отклонению от популяционных норм на 4–6 минимально клинически значимых различий (при отсутствии психопатологии — лишь на одно) [9, с. 3189–3193; 10, с. e96–e102].

Таким образом, САР — не сопутствующий феномен боевой травмы, а самостоятельный фактор, определяющий функциональные исходы реабилитации. Это обосновывает необходимость интеграции физической и психологической реабилитации на этапе подготовки к протезированию.

Цель настоящего исследования — охарактеризовать психологический профиль ветеранов боевых действий с односторонней ампутацией нижней конечности, оценить его связь с риском стресс-ассоциированных расстройств и выделить мишени медико-психологической реабилитации.

Для достижения поставленной цели необходимо решить следующие задачи: (а) провести комплексный анализ психологического профиля ветеранов с боевой ампутацией; (б) оценить распространённость и выраженность САР у данной категории пациентов; (в) выявить факторы, влияющие на адаптацию и успешность реабилитации; (г) разработать группы – профили психологической адаптации комбатантов для интеграции в процесс медико-психологической реабилитации, сгруппировав результаты по клинико-психологическим характеристикам.

Объекты и методы исследования

Проведено наблюдательное поперечное описательное исследование без контрольной группы. Период проведения исследования — с сентября 2025 по сентябрь 2026 года. В основную выборку включены 60 ветеранов боевых действий мужского пола в возрасте от 25 до 45 лет; средний возраст составил 32,8 ± 5,5 года. Все 60 участников согласились на исследование добровольно, имели одностороннюю ампутацию нижней конечности вследствие минно-взрывного ранения (уровень ампутации – от стопы до тазобедренного сустава включительно), нормативный когнитивный статус — 28–30 баллов по Краткой шкале оценки психического статуса (Mini-Mental State Examination, MMSE), наличие клинически верифицированного фантомно-болевого синдрома с умеренной интенсивностью боли по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) и на момент обследования находились на этапе подготовки к протезированию (период реадаптации составил от 3 до 6 месяцев после ранения).

Критериями исключения являлись: женский пол, комбатанты с ампутационными дефектами верхних конечностей и оценкой по шкале MMSE менее 28 баллов; ветераны, не соответствующие критериям по интенсивности фантомной боли.

В исследовании не участвовали комбатанты без ампутации, сравнение с условно здоровыми военнослужащими не проводилось.

Все участники являлись военнослужащими по контракту; доля лиц, имевших специальную военную подготовку до заключения контракта, составляла 10%. Средняя продолжительность пребывания в зоне специальной военной операции составила 15,1±6,6 месяцев.

Исследование выполнено на базе травматологических отделений ФГБУ ФНОЦ МСЭ и Р им. Г. А. Альбрехта Минтруда России и Госпиталя для ветеранов войн.

На первом этапе проводилось структурированное клиническое интервью с анализом анамнеза, актуального психического состояния, жалоб и поведенческих паттернов.

На втором этапе применялся валидизированный психодиагностический инструментарий: (а) сокращённый многофакторный опросник для исследования личности (СМОЛ) в адаптации В.П. Зайцева [11, с. 118–123]; (б) опросник выраженности гнева как состояния и личностной черты Ч. Спилбергера (STAXI) в адаптации С.Л. Соловьёвой [12, с. 90–93]; (в) методика оценки копинг-стратегий Р. Лазаруса и С. Фолкман в адаптации Л.И. Вассермана с соавторами [13, с. 9-17]. Данные методики отобраны в исследование с учётом их доказанной психометрической надёжности и валидности, а также специфики исследуемой выборки.

Показатели всех опросников интерпретировались как психодиагностические маркеры, а не как самостоятельные диагнозы. Клиническая интерпретация проводилась с учётом данных интервью, анамнеза и психического статуса комбатанта.

Статистическая обработка носила дескриптивный характер: представлены абсолютные значения и доли обследованных с различными вариантами показателей. Для интегральной клинико-психологической интерпретации участники были разделены на три группы — адаптированную, напряжённой адаптации и клинически неблагополучную. Ввиду отсутствия контрольной

группы проведение расчётов межгрупповых сравнений и построения причинных моделей оказалось невозможным.

Результаты и их обсуждение

Результаты исследования демонстрируют сложный тревожно-депрессивный профиль комбатантов. Однако клиническая интерпретация требовала особого внимания к достоверности полученных данных.

Анализ результатов по опроснику СМОЛ показал, что у 27% участников были получены недостоверные данные, свидетельствующие о наличии тенденции к искажению психологической картины (таблица 1).

Таблица 1

Показатели шкал достоверности СМОЛ и их интерпретация (n=16)

Шкала валидности	**Процент обследованных**	**Клиническое значение**
Шкала лжи L (высокие значения)	26%	Тенденция к социальной желательности
Шкала коррекции K (высокие значения)	32%	Стремление к самоконтролю
Шкала достоверности F (низкие значения)	42%	Минимизация проблем
Шкала достоверности F (высокие значения)	26%	Эмоциональное напряжение, повышенный риск дезадаптации

Так, высокие показатели по шкалам L и K (26 и 32%, соответственно) указывают на установку на социально одобряемое поведение и высокий самоконтроль; по шкале F зафиксирована неоднородность группы по уровню эмоционального напряжения: низкие показатели (42% случаев) свидетельствуют о склонности к недооценке проблем, а высокие (в 26%) отражают эмоциональное напряжение и риск дезадаптации.

Клиническая значимость полученных результатов определяется их двойственным характером. С одной стороны, демонстрируемая нормативность поведения может маскировать внутреннее напряжение, с другой — низкие показатели отдельных шкал могут отражать не отсутствие проблем, а их

субъективную минимизацию. Важно подчеркнуть, что наблюдаемая тенденция к диссимуляции эмоционального дистресса находит своё подтверждение в научной литературе. В частности, результаты настоящего исследования согласуются с выводами Д.В. Свечникова [14, с. 116], который в своём исследовании продемонстрировал характерную для военнослужащих склонность к сокрытию признаков психологического неблагополучия.

Этот феномен свидетельствует о доминировании адаптивных механизмов психологической защиты, направленных на поддержание иллюзии психологической стабильности у комбатантов, и требует дополнительной клинической верификации.

В то же время у оставшихся 73% участников результаты оказались достоверными, что подтверждает их готовность к открытому взаимодействию.

В подгруппе обследованных с достоверными показателями по шкалам L и K распределение клинических шкал опросника СМОЛ выглядело следующим образом (таблица 2): по шкале депрессии (D) у 21% обследованных зафиксированы высокие значения, отражающие аффективное напряжение и депрессивные проявления, у 16% — пограничные или низкие, что может указывать на подавление эмоциональных реакций, детерминированное спецификой военной службы.

Таблица 2

Статистические показатели по шкалам опросника СМОЛ (n=44)

Шкала	**Среднее значение**	**Стандартное отклонение**	**Доверительный интервал**	**Клиническая интерпретация**
Hs (ипохондрия)	68.4	8.2	65.3–71.5	Высокие значения: 32% Низкие: 20% Средний уровень: 48%
D (депрессия)	67.8	7.9	64.7–70.9	Высокие значения: 21% Пограничные/низкие: 16%

				Средний уровень: 63%
Ma (гипомания)	65.1	8,4	62,0-68,2	Высокие значения: 20% Низкие значения: 25% Средний уровень: 55%
Pt (психастения)	71.2	9.1	68.1–74.3	Высокие: 40% Средний уровень:60%
Pd (психопатия)	64.5	8.5	61.4–67.6	Высокие: 30% Средний уровень:70%

***Примечание**. Термины шкал приведены в соответствии с традиционными обозначениями СМОЛ. Данные показатели не являются диагнозами и требуют подтверждения данными клинического интервью и наблюдения. Все показатели представлены в Т-баллах: 40-60 — средний уровень, ниже 40 — низкий, выше 60 — высокий Доверительные интервалы рассчитаны для уровня значимости $p \leq 0.05$.*

По шкале гипомании (Ma) 25% комбатантов продемонстрировали низкие значения, свидетельствующие об истощении адаптационных ресурсов — повышенной утомляемости и пассивности, а 20% — высокие, отражающие склонность к гипертимному реагированию с риском дезорганизации поведения.

Наибольшую чувствительность продемонстрировала шкала психастении (Pt): высокие значения выявлены у 40% обследованных, что указывает на хроническое внутреннее напряжение, сниженную самооценку, навязчивые мысли и тревожное ожидание (таблица 2). Данный паттерн может отражать как устойчивые тревожно-мнительные характерологические черты, так и ситуативную дезадаптацию, связанную с проспективным стрессом.

Повышение ипохондрии у 32% комбатантов указывало на телесно ориентированный способ переработки дистресса, особенно значимый в условиях ампутации, боли и подготовки к протезированию. Низкие показатели (20%) требовали учёта профиля в целом: они могли маскировать депрессивную

симптоматику либо сопровождать гипертимность, при которой сигналы усталости и боли игнорируются.

Низкие значения ипохондрии у 20% обследуемых требовали осторожной интерпретации: они могли отражать как отсутствие соматофокусированного реагирования, так и игнорирование боли и утомления.

Высокие значения по шкалам психопатии (Pd), а также паранойяльности (Pa) и шизоидности (Sc) — 30% и 26%, соответственно — отражали трудности социальной адаптации, включая риск асоциального поведения и формирования аддиктивных зависимостей.

Выявленные особенности определяют необходимость дифференцированного подхода к медико-психологической реабилитации комбатантов: для пациентов с высокой психастенией и ипохондрией — снижение когнитивной нагрузки и обучение регуляции тревоги; при низких показателях по шкале ипохондрии - контроль нагрузок и профилактика переутомления; пациенты с высокими показателями по шкалам психопатии и паранойяльности - дополнительная клиническая оценка и поэтапное вовлечение в социальное взаимодействие с постепенным расширением коммуникативных задач.

По данным опросника STAXI, у 70 % обследованных комбатантов выявлен умеренный гнев при высоком контроле его выражения (таблица 3). Формально это свидетельствует о сохранности регуляторных механизмов (адаптивный тип регуляции), однако в сочетании с высокими показателями по шкалам L (лжи) и K (коррекции) и стратегией «сдерживания эмоций» такая конфигурация отражает напряжённую и ресурсозатратную адаптацию, сопряжённую с риском истощения при длительном стрессе.

Таблица 3

Интегративный анализ показателей регуляции гнева (n=60)

Компонент гнева	Среднее значение	Стандартное отклонение	Доверительный интервал	Распределение (%)
Гнев-состояние	54.6 ± 8.4	8.4	52.1–57.1	Входит в структуру

				умеренного гнева (70%)
Гнев-черта	58.3 ± 7.9	7.9	55.8–60.8	Входит в структуру умеренного гнева (70%)
Выражение гнева	52.7 ± 8.1	8.1	50.2–55.2	Коррелирует с контролем
Контроль гнева	61.4 ± 7.6	7.6	58.9–63.9	Связан с распределением типов регуляции
Типы регуляции (качественный показатель)				
Умеренный гнев с высоким контролем	—	—	—	70%
Высокий гнев с недостаточным контролем	—	—	—	20%
Низкий гнев с эффективным контролем	—	—	—	10%

У 20 % комбатантов отмечалась высокая интенсивность гнева при недостаточном контроле его проявлений. Эта подгруппа характеризуется повышенным риском эмоциональной и поведенческой дезадаптации, импульсивных реакций и межличностных конфликтов.

Клинически значимым является повышенный риск отказа от реабилитационной программы, поэтому для данной категории пациентов необходима целенаправленная оценка риска импульсивного поведения и включение в план работы методов управления гневом и повышения приверженности лечению.

Лишь у 10% обследованных наблюдался низкий уровень гнева при эффективном контроле агрессии. Для данных пациентов риск дезадаптации минимален, а регуляторные способности сохранены; акцент в работе может быть сделан на поддержании и закреплении адаптивных стратегий.

Анализ копинг-стратегий выявил следующие особенности адаптивного поведения обследованных (таблица 4).

Таблица 4

Распределение копинг-стратегий по степени конструктивности (n=60)

Копинг-стратегия/распределение	Среднее значение	Стандартное отклонение	Доверительный интервал	Клиническая значимость
Неконструктивные (неадаптивные) копинги (55%)				
Дистанцирование (30%)	55.3 ± 8.7	8.7	52.8–57.8	Тенденция к уходу от решения проблем
Бегство-избегание (20%)	49.8 ± 9.3	9.3	47.3–52.3	Склонность к избеганию стрессовых ситуаций
Конфронтационный копинг (5%)	48.5 ± 9.2	9.2	46.0–51.0	Агрессивные формы совладания
Относительно адаптивные (30%)				
Самоконтроль (адаптивный) – 15%	59.1 ± 7.8	7.8	56.6–61.6	Высокий уровень регуляции поведения
Поиск социальной поддержки (умеренно адаптивный) – 10%	53.7 ± 8.4	8.4	51.2–56.2	Частичное использование социальных ресурсов
Принятие ответственности (умеренно адаптивный) – 5%	51.4 ± 8.1	8.1	48.9–53.9	Нестабильная тенденция к ответственности
Конструктивные копинги (15%)				
Планирование решения проблемы – 10%	57.6 ± 7.9	7.9	55.1–59.1	Способность к рациональному решению
Положительная переоценка – 5%	54.2 ± 8.2	8.2	51.7–56.7	Умение находить позитивные стороны

Анализ копинг-стратегий выявил преобладание неадаптивных форм совладания со стрессом (55% случаев) над адаптивными (30%) и конструктивными (15%) стратегиями. Наиболее выраженными оказались неконструктивные паттерны: дистанцирование (55.3) и бегство-избегание (49.8), что указывает на тенденцию к уходу от решения проблем. Высокий показатель самоконтроля (59.1) выступает как компенсаторный механизм, однако в сочетании с неконструктивными стратегиями может поддерживать эмоциональное подавление. При этом адаптивные копинг-стратегии представлены на более низком уровне: поиск социальной поддержки (53.7) и положительная переоценка (54.2) демонстрируют недостаточную развитость адаптивных форм совладания. Конструктивные копинги — «планирование решения проблемы» (57.6) и «принятие ответственности» (51.4) — не компенсируют преобладание неадаптивных стратегий.

Выявленная структура копинг-поведения представляет собой существенный фактор риска развития психопатологических расстройств. Данная особенность подтверждается следующими клиническими показателями: высокими показателями депрессии по СМОЛ (67.8 балла), тревожными расстройствами (40% выборки), психастеническими проявлениями (40% высоких показателей), тенденцией к диссимуляции эмоционального дистресса, высоким показателем самоконтроля (59.1 балла) и склонностью к подавлению негативных переживаний.

Полученные нами данные демонстрируют высокую клиническую значимость выявленных психологических паттернов у ветеранов с ампутациями конечностей и согласуются с результатами современных международных и отечественных исследований.

Исследование Khan et al. (2023) [15, с. 275–276] на выборке из 725 ветеранов боевых действий показало, что подавление эмоций является ключевым предиктором развития ПТСР. В нашей выборке комбатантов также

отмечался высокий уровень эмоционального подавления, что может рассматриваться как фактор риска развития посттравматических расстройств.

Особую значимость имеет исследование Singh et al. (2024) [16, с. 286], в котором приняли участие 1500 мужчин с ампутациями нижних конечностей. Выявленная распространённость депрессии на уровне 33,85% и склонность к избегающему копингу полностью согласуются с нашими клиническими наблюдениями.

Интегральная оценка полученных результатов позволила выделить три основных группы психологической адаптации комбатантов (таблица 5).

Таблица 5

Распределение комбатантов по группам психологической адаптации

Группа психологической адаптации	n (%)	Ключевые признаки	Рекомендуемый маршрут сопровождения
Адаптированная	24 (40%)	Нормативные показатели по клиническим шкалам СМОЛ; высокий уровень самоконтроля; отсутствие выраженных аффективных нарушений; преобладание конструктивных копинг-стратегий	Поддержание адаптивных ресурсов; психообразовательные мероприятия; профилактический мониторинг состояния с периодической оценкой уровня стресса и копинга
Напряженная адаптация	21 (35%)	Признаки внутреннего напряжения; пограничные значения по шкалам депрессии (D) и психастении (Pt); повышенные показатели шкал лжи (L) и коррекции (K); умеренный уровень гнева; склонность к избеганию и сдерживанию эмоций	Тренинг стрессоустойчивости и навыков эмоциональной регуляции; формирование активных копинг-стратегий; повторный скрининг через 3–6 месяцев для оценки динамики

Клинически неблагополучная	15 (25%)	Проявления социальной дезадаптации; высокие показатели по шкалам D, Pt, ипохондрии (Hs); выраженный гнев; сниженный самоконтроль; преобладание неконструктивных копингов	Осмотр врача-психиатра; углублённая клинико-психологическая диагностика; индивидуальная и/или групповая психотерапия; социальное сопровождение и координация помощи

Примечание. *Группы сформированы на основании интегральной клинико-психологической интерпретации данных интервью и результатов психодиагностических методик. Представленные категории не являются диагностическими рубриками МКБ-10 и отражают уровни адаптационного напряжения с соответствующими рекомендациями по маршрутизации помощи.*

Данные таблицы демонстрируют существенную неоднородность психологической адаптации: доля ветеранов с напряжённой или клинически неблагополучной адаптацией составила две трети выборки (60%), что обосновывает потребность в адресных психологических вмешательствах.

В то же время адаптированный профиль выявлен у 40% обследованных — это указывает на наличие у части выборки устойчивых адаптивных механизмов и эффективных копинг-стратегий, пригодных для опоры в реабилитационном процессе.

Группа «напряжённой адаптации» (35%) отличается пограничными психологическими показателями, компенсаторными защитными механизмами (повышенные шкалы L и K) и неконструктивными копингами — это может указывать на попытки сдерживать негативные переживания и сохранять социально приемлемый образ.

Наиболее уязвимой является группа «клинически неблагополучной адаптации» (25%), у представителей которой отмечаются выраженные признаки дезадаптации и эмоциональные нарушения.

Предложенный интегративный подход к стратификации ветеранов по уровню адаптационного напряжения оптимизирует систему реабилитационного сопровождения (таблица 5).

Для «адаптированной» группы достаточны психообразование, поддержание социальных связей, профилактика накопления стресса и наблюдение.

В группе «напряжённой адаптации» целесообразно применение неклинических вмешательств, ориентированных на формирование навыков регуляции эмоций, расширение арсенала копинг-стратегий, развитие коммуникативных навыков и освоение способов безопасного выражения гнева. Обязательным компонентом сопровождения должен быть регулярный скрининг психоэмоционального состояния комбатанта для своевременного выявления признаков ухудшения адаптации.

«Клинически неблагополучная» группа требует междисциплинарного ведения с участием психиатра/психотерапевта, клинического психолога и специалиста по социальной работе.

Исследование характеризуется рядом методологических ограничений. Отсутствие контрольной группы, в том числе ветеранов без ампутации, существенно затрудняет сравнительный анализ и интерпретацию полученных данных. Поперечный дизайн исследования не позволяет установить временную последовательность событий и определить, предшествовали ли выявленные психологические особенности травме или сформировались вследствие неё. Кроме того, исследование не учитывает ряд потенциально значимых факторов, таких как уровень ампутации, наличие черепно-мозговой травмы и употребление психоактивных веществ, что может существенно влиять на результаты. Эмпирически подтверждённая склонность военнослужащих к сокрытию эмоционального дискомфорта приводит к риску диссимуляции, что искажает психодиагностические показатели и смещает профиль в сторону социально приемлемых жалоб. В связи с этим результаты исследования следует рассматривать как описательную модель, пригодную для формирования

предварительных клинических гипотез и маршрутизации пациентов. Они не могут служить основанием для установления причинно-следственных связей или предоставления данных о распространённости психологических расстройств. Для получения более объективных данных необходимы дальнейшие исследования с учётом всех значимых факторов и использованием контрольной группы.

Заключение

Проведенное исследование позволило получить комплексное представление о психологическом состоянии комбатантов с ампутированными конечностями и особенностях их адаптации к новым условиям жизни. Выявленные различия позволили выделить три основных профиля адаптации: адаптированные (40%), с напряжённой адаптацией (35%) и клинически неблагополучные (25%). Структура психологического неблагополучия характеризуется преобладанием тревожно-депрессивной симптоматики, соматической фокусировки и высокой интенсивностью гнева. При этом высокие показатели психологической защиты и самоконтроля могут маскировать внутреннее напряжение, что существенно затрудняет диагностику. В группе с напряжённой адаптацией и клинически неблагополучной группе выявлены неконструктивные копинг-стратегии, что усиливает стресс и препятствует успешной адаптации. В то время как адаптированные ветераны чаще используют эффективные стратегии, включающие планирование и поиск социальной поддержки. Разработанная модель стратификации по уровню адаптационного напряжения обеспечивает более точное распределение реабилитационных ресурсов. Она позволяет оптимизировать систему сопровождения и предлагает специфические методы психологической поддержки для каждой группы. Практическая значимость исследования заключается в необходимости междисциплинарного подхода к реабилитации комбатантов с усеченными конечностями с участием психиатров, клинических психологов, и социальных работников. Для подтверждения прогностической ценности предложенной

модели необходимы дальнейшие проспективные исследования с контрольной группой и стандартизированной диагностикой.

Литература/ References:

1. Тришкин, Д.В. Стресс-ассоциированные психические расстройства у военнослужащих / Д.В. Тришкин // Военно-медицинский журнал. 2023. Т.344, №6. С.4–14. DOI: 10.52424/00269050_2023_344_6_4.

2. Васильева, А.В. Клинико-психологические особенности сочетанной травмы участников военных действий / А.В. Васильева // Политравма / Polytrauma. 2024. №2. С. 25– 33. DOI: 10.24411/2409-2320-2024-10104.

3. Dyball, D.M. Mental health outcomes of male UK military personnel deployed to Afghanistan and the role of combat injury: analysis of baseline data from the ADVANCE cohort study / D.M. Dyball, A.N. Bennett, S. Schofield, P. Cullinan, C.J. Boos, A.M.J. Bull, S. Wessely, S.A.M. Stevelink, N.T. Fear; on behalf of the ADVANCE Study // The Lancet Psychiatry. 2022. Vol.9, No.7. P.547–554. DOI: 10.1016/S2215-0366(22)00112-2.

4. Касимов, Р.Р. Структура боевой хирургической травмы и особенности оказания хирургической помощи в передовых медицинских группах в неактивную фазу боевых действий / Р.Р. Касимов, М.А. Хежев, И.М. Самохвалов и др. // Военно-медицинский журнал. 2025. Т. 346, № 3. С. 4-13. DOI: 10.52424/00269050_2024_346_3_4

5. Никишина, В.Б. Структура временной перспективы участников боевых действий с ампутацией конечностей / В.Б. Никишина, Е.А. Петраш, Н.Ю. Юнина-Пакулова, Е.С. Лукьянов // Вестник РГМУ. 2024. № 4. С. 64–71. DOI: 10.24075/vrgmu.2024.028

6. Клинические рекомендации «Посттравматическое стрессовое расстройство» / Российское общество психиатров. Москва, 2023. 117 с.

7. Кузнецова, М.И. Посттравматический рост у ветеранов: роль смысла и ценностно-смысловых ориентаций / М.И. Кузнецова // Психологический журнал. 2024. Т. 45, № 2. С. 33–45. DOI:10.31857/S0205959224020047.

8. Волков, Д.С. Копинг-стратегии и эмоциональная регуляция у ветеранов с сочетанной травмой / Д.С. Волков, Н.А. Орлова // Клиническая и специальная психология. 2023. Т. 12, № 4. С. 112–130. DOI:10.17759/cpse.2023120408.

9. Eskridge, S.L. The relationship between self-reported physical functioning, mental health, and quality of life in Service members after combat-related lower extremity amputation / S.L. Eskridge, J.R. Watrous, C.T. McCabe, M.C. Clouser, M.R. Galarneau // Disability and Rehabilitation. 2022. Vol. 44, No. 13. P. 3189–3195. DOI: 10.1080/09638288.2020.1863481.

10. Castillo, R.C. Pain, Depression, and Posttraumatic Stress Disorder Following Major Extremity Trauma Among United States Military Serving in Iraq and Afghanistan: Results From the Military Extremity Trauma and Amputation/Limb Salvage Study / R.C. Castillo, A.R. Carlini, W.C. Doukas [et al] // Journal of Orthopaedic Trauma. 2021. Vol. 35, No. 3. P. e96–e102. DOI: 10.1097/BOT.0000000000001921.

11. Зайцев, В.П. Вариант психологического теста Mini-Mult / В.П. Зайцев // Психологический журнал. 1981. Т. 2, № 3. С. 118–123.

12. Соловьева, С.Л. Результаты исследования психометрических свойств русскоязычной версии методики Спилбергера (STAXI) / С.Л. Соловьева, А.А. Меркурьева, М.В. Ковалева // Сибирский психологический журнал. 2000. № 13. С. 90–93.

13. Вассерман, Л.И. Методика для психологической диагностики способов совладания со стрессовыми и проблемными для личности ситуациями: пособие для врачей и медицинских психологов / Л.И. Вассерман, Б.В. Иовлев, Е.Р. Исаева, Е.А. Трифонова, О.Ю. Щелкова, М.Ю. Новожилова. Санкт-Петербург: НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 2009. 38 с.

14. Свечников, Д.В. Психологические особенности адаптации военнослужащих к экстремальным условиям службы / Д.В. Свечников // Вестник военного университета. 2015. №3(43). С.112—118.

15. Khan, A.J. Emotion regulation and combat severity differentiates PTSD diagnostic status among veterans / A.J. Khan, A.L. Ryder, S. Maguen, B.E. Cohen // Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy. 2023. Vol. 15, No. 2. P. 271–278. DOI: 10.1037/tra0001408

16. Singh, S. The prevalence of depression in people following limb amputation: a systematic review and meta-analysis / S. Singh, R. Saini, R. Mathur, S. Sarkar, R. Sagar // Journal of Psychosomatic Research. 2024. Vol. 181. Article 111677. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2024.111677.

ПРОГРАММЫ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ: НЕЙРОБИОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ И КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ

Шатобалов Я. И., Дутченко А. П., Николаев В. А.
Кафедра физической культуры
ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России», г. Кемерово, Россия

Аннотация. В статье рассмотрены современные подходы к использованию лечебной физкультуры (ЛФК) как важнейшего немедикаментозного метода комплексной реабилитации пациентов с алкогольной зависимостью (алкогольным расстройством — АР). Анализируются нейробиологические механизмы влияния физических упражнений на нейропластичность, опиоидную систему награды, уровень нейротрофинов (BDNF), активность гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси и нейровоспаление. Представлены результаты клинических исследований, демонстрирующих снижение выраженности симптомов алкогольной зависимости, тревоги, депрессии и стресса при включении ЛФК в комплексную терапию.

Ключевые слова. Алкогольная зависимость; лечебная физкультура; реабилитация; физическая активность; BDNF; нейровоспаление.

EXERCISE THERAPY PROGRAMS IN COMPREHENSIVE REHABILITATION OF PATIENTS WITH ALCOHOL DEPENDENCE: NEUROBIOLOGICAL MECHANISMS AND CLINICAL EFFECTIVENESS

Shatobalov Ya.I., Dutchenko A.P., Nikolaev V.A.
Department of Physical Education
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia

Abstract. The article considers modern approaches to the use of therapeutic physical training (exercise therapy) as the most important non-pharmacological method of comprehensive rehabilitation of patients with alcohol dependence (alcohol use disorder — AUD). The neurobiological mechanisms of the influence of physical exercises on neuroplasticity, the opioid reward system, the level of neurotrophins (BDNF), the activity of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis, and neuroinflammation are analyzed. The results of clinical studies demonstrating a reduction in the severity of symptoms of alcohol dependence, anxiety, depression, and stress when exercise therapy is included in comprehensive treatment are presented.

Keywords. Alcohol dependence; exercise therapy; rehabilitation; physical activity; BDNF; neuroinflammation.

Введение

Алкогольная зависимость (алкогольное расстройство, АР) занимает одно из ведущих мест в структуре психической и наркологической заболеваемости, существенно влияя на качество жизни, трудоспособность и соматическое здоровье населения. Стандартная фармакотерапия (налтрексон, акампросат) и психосоциальные мероприятия не всегда обеспечивают стойкую ремиссию, что определяет необходимость комплексного подхода. ЛФК рассматривается как эффективный немедикаментозный метод, способный влиять на ключевые звенья патогенеза АР — нейропластичность, систему награды, стресс-

реактивность и нейровоспаление — и повышать результативность основного лечения [1]. Цель настоящей работы — обобщить данные о роли ЛФК в реабилитации пациентов с алкогольной зависимостью.

Материалы и методы исследования

Настоящая работа выполнена в формате аналитического обзора современной научной литературы. Систематический поиск проводился в базах данных PubMed, Scopus, Cochrane Library, Web of Science за период 2020–2026 гг. с использованием ключевых слов: алкогольная зависимость, лечебная физкультура, rehabilitation, exercise therapy, alcohol use disorder, BDNF, neuroinflammation. Приоритет отдавался рандомизированным контролируемым исследованиям, систематическим обзорам и метаанализам, а также экспериментальным работам, раскрывающим нейробиологические механизмы.

Результаты исследования и их обсуждение

Нейробиологические механизмы. Систематический анализ экспериментальных и клинических исследований подтверждает многоуровневое влияние физических упражнений на патогенетические звенья алкогольной зависимости. Ключевым механизмом является восстановление нейропластичности через повышение уровня нейротрофического фактора мозга (BDNF). Хроническое употребление алкоголя сопровождается снижением экспрессии BDNF в медиальной префронтальной коре, что ассоциировано с эскалацией потребления [2]. Экспериментальные данные показывают, что добровольные физические упражнения (бег в колесе) повышают экспрессию BDNF на уровне мРНК и белка в префронтальной коре, обращают вызванное алкоголем снижение BDNF и attenuируют эскалацию потребления алкоголя. Системное введение антагониста TrkB-рецептора (ANA-12) устраняет благоприятные эффекты упражнений, что подтверждает BDNF-зависимый механизм.

Аналогичные данные получены в модели алкогольной зависимости с использованием упражнений на беговой дорожке [3].

Опиоидная система награды. Важным звеном патогенеза АР является дисрегуляция опиоидной системы в прилежащем ядре (nucleus accumbens, NAc) и вентральной тегментальной области (VTA). Хроническая алкогольная экспозиция вызывает повышение экспрессии и сенситизацию каппа-опиоидных рецепторов (KOR) в NAc, что связано с негативным эмоциональным состоянием и усилением потребления [4]. Экспериментальные данные свидетельствуют, что добровольные физические упражнения снижают экспрессию KOR и повышают экспрессию дельта-опиоидных рецепторов (DOR) в NAc, а также модифицируют вызванные алкоголем адаптации высвобождения дофамина. Это указывает на конкурентное взаимодействие между вызванными упражнениями и алкоголем изменениями в опиоидной системе [5].

Гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковая ось и нейровоспаление. Алкогольная зависимость сопровождается нарушением регуляции HPA-оси с гиперсекрецией кортизола и нарушением суточного ритма, что поддерживает хронический стресс и влечение к алкоголю. Физические упражнения способствуют нормализации HPA-оси: в экспериментальных моделях показано снижение уровня сывороточного кортикостерона после тренировок. Клинические данные демонстрируют, что однократная сессия индивидуальных упражнений (велоэргометр, 15 минут) у пациентов с депрессией снижает уровень свободного кортизола слюны, коррелирующий с улучшением субъективных симптомов. Противовоспалительный эффект упражнений реализуется через снижение концентрации провоспалительных цитокинов (IL-6, TNF-α, IL-1β) и подавление активации микроглии. В модели хронического стресса упражнения на беговой дорожке уменьшают нейровоспаление через

подавление сигнального пути GDF15-ERK. Аналогичные данные получены в моделях пост-стрессовой депрессии, где упражнения модулируют SIRT1/BDNF/mTORC1-сигналинг [6].

Клиническая эффективность. По данным систематического обзора и метаанализа Li et al. (2024), включившего 17 рандомизированных контролируемых исследований с общим числом 1905 пациентов с алкогольным расстройством, упражнения оказывают значимое влияние на алкогольную зависимость и физическое и психическое состояние. Установлено статистически значимое снижение количества выпиваемых напитков в день и баллов по шкале AUDIT. В отношении психического статуса выявлено значимое улучшение показателей тревоги, депрессии и уровня стресса. Максимальное потребление кислорода (VO_2max) и частота сердечных сокращений в покое также значительно улучшились в группах вмешательства. Высокая гетерогенность отмечена для показателей тревоги, депрессии и стресса ($I^2 > 50\%$), что отражает различия в протоколах упражнений и характеристиках пациентов [7].

Сравнительная эффективность различных режимов. Данные о сравнительной эффективности различных видов упражнений при АР ограничены. Метаанализ Li et al. показал, что упражнения оказывают значимое влияние на тревогу, депрессию и стресс, при этом конкретные модальности (аэробные, силовые, йога, смешанные) не сравнивались напрямую. В то же время для других психических расстройств накоплены данные о преимуществах отдельных модальностей. Например, при когнитивных нарушениях экзергейминг показал наибольшую эффективность в снижении депрессии и тревоги, многокомпонентные упражнения — для регуляции настроения, а телесно-ориентированные практики — для качества жизни. При хронической обструктивной болезни лёгких телесно-ориентированные упражнения значимо снижали тревогу и депрессию. Перспективным направлением является изучение телесно-

ориентированных практик (йога, тайцзи, дыхательные упражнения) в контексте АР, учитывая их доступность и низкий порог входа для пациентов с соматическими осложнениями [8].

Практические рекомендации. Для обеспечения устойчивого результата рекомендуется мультидисциплинарный подход с участием психиатра-нарколога, психотерапевта, инструктора ЛФК и терапевта. Важно предварительное обследование (ЭКГ, оценка функции печени, уровня электролитов) и динамический контроль (ЧСС, самочувствие) [9]. Программы должны учитывать высокий риск соматических осложнений (алкогольная кардиомиопатия, полинейропатия, электролитные нарушения). Групповые занятия повышают социальную поддержку и приверженность, особенно значимую для пациентов с АР, часто страдающих от социальной изоляции. Внедрение телемедицинских технологий и мобильных приложений повышает доступность программ ЛФК [10].

Заключение

Лечебная физкультура является доказанным и безопасным компонентом комплексной реабилитации пациентов с алкогольной зависимостью. Она способствует снижению потребления алкоголя, уменьшению выраженности тревоги, депрессии и стресса, улучшению физической работоспособности и качества жизни. Нейробиологические механизмы включают восстановление BDNF-опосредованной нейропластичности, модуляцию опиоидной системы награды, нормализацию HPA-оси и подавление нейровоспаления. Включение ЛФК в стандартные клинические протоколы позволит повысить эффективность терапии и снизить риск рецидивов. Перспективными направлениями являются разработка индивидуализированных программ с учётом соматического статуса, сравнительные исследования эффективности различных модальностей и внедрение телемедицинских технологий.

Литература / References:

1. Nelson C.A. et al. Voluntary Exercise Ameliorates Chronic Ethanol Withdrawal-Induced Adaptations of Opioid Receptor Expression in the Nucleus Accumbens, Dopamine Release, and Ethanol Consumption. Biomedicines. 2024;12(7):1593.

2. Li J. et al. Effectiveness of exercise intervention in improving physical and mental status of patients with alcohol use disorders: A systematic review and meta-analysis. PLoS One. 2024;19(10):e0311166.

3. Becker H. et al. Exercise (Wheel-Running) Reduces Chronic Alcohol-Induced Escalation of Drinking in Mice via Elevated BDNF-TrkB Receptor Activity. Res Sq [Preprint]. 2026.

4. Chen J. et al. Exercise Attenuates Neuroinflammation in Chronic Restraint Stress Induced Depression Model by Downregulating GDF15 Expression. J Immunol Res. 2026; 2026:41954162.

5. Sakakima H. et al. Effects of Ninjin'yoeito and physical exercise on serum corticosterone and hippocampal BDNF/proBDNF and neuroinflammation in post-stroke depression in rats. BMC Complement Med Ther. 2025;25(1):171.

6. Tang J. et al. Exercise-induced Activation of SIRT1/BDNF/mTORC1 Signaling Pathway: A Novel Mechanism to Reduce Neuroinflammation and Improve Post-stroke Depression. Actas Esp Psiquiatr. 2025;53(2):366-378.

7. Sun G. et al. Impact of exercise intervention on depression, anxiety, sleep and quality of life in patients with cognitive impairment: a systematic review and network meta-analysis. Front Psychiatry. 2025;16:1666157.

8. Yan Z. et al. Effects of a mind-body exercise intervention on anxiety, depression and quality of life in elderly patients with chronic obstructive pulmonary disease: A systematic evaluation and META analysis. Complement Ther Med. 2025;103237.

9. Ida M. et al. A clinical study of the efficacy of a single session of individual exercise for depressive patients, assessed by the change in saliva free cortisol level. Biopsychosoc Med. 2023;7:18.

10. Kouidi E. et al. Depression, heart rate variability, and exercise training in dialysis patients. Eur J Cardiovasc Prev Rehabil. 2020;17(2):160-167.

СИНДРОМ ОТМЕНЫ АНТИДЕПРЕССАНТОВ: ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ, КЛИНИЧЕСКИЕ МАСКИ И ТАКТИКА КУПИРОВАНИЯ

Шашкова С. Д., Левченко Е. В.
ФГБОУВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Курск.

Аннотация. В статье представлены результаты анализа проблемы синдрома отмены антидепрессантов. Рассмотрены частота встречаемости, клинические проявления и современные подходы к купированию данного состояния. Приведены данные авторского анкетирования 120 студентов 1-6 курсов лечебного факультета КГМУ, оценивающего их информированность о синдроме отмены.

Ключевые слова: синдром отмены, антидепрессанты, венлафаксин, пароксетин, гиперболическое снижение дозы.

ANTIDEPRESSANT WITHDRAWAL SYNDROME: FREQUENCY OF OCCURRENCE, CLINICAL MANIFESTATIONS, AND TACTICS FOR MANAGEMENT

Shashkova S. D., Levchenko E. V.
Kursk State Medical University, Russia, Kursk.

Abstract. The article presents the results of an analysis of the problem of antidepressant withdrawal syndrome. The frequency of occurrence, clinical manifestations, and modern approaches to managing this condition are examined. The

data from the author's survey of 120 students from the 1st-6th years of the Faculty of Medicine at KSMU, which assessed their awareness of withdrawal syndrome, are presented.

Keywords: withdrawal syndrome, antidepressants, venlafaxine, paroxetine, hyperbolic dose reduction.

Введение

Антидепрессанты являются одной из наиболее часто назначаемых групп лекарственных средств в мире. По данным зарубежных исследований, около каждого восьмого взрослого жителя США получает терапию антидепрессантами. В России, по данным ряда эпидемиологических исследований, распространенность назначения антидепрессантов также неуклонно растет, что связано как с улучшением диагностики депрессивных и тревожных расстройств, так и с расширением показаний к их применению. Однако наряду с несомненной эффективностью этих препаратов все большее внимание исследователей привлекает проблема синдрома отмены, который может развиваться после резкого прекращения приема или быстрого снижения дозы антидепрессанта.

Синдром отмены антидепрессантов представляет собой комплекс соматических, неврологических и психических симптомов, возникающих в течение 24–48 часов после прекращения терапии. Долгое время — это состояние рассматривалось как относительно легкое и кратковременное, однако современные данные свидетельствуют о том, что оно может быть более распространенным, тяжелым и длительным, чем считалось ранее. Систематические обзоры оценивают общую частоту встречаемости синдрома отмены в диапазоне от 33% до 56% [1, с. 896-904]. При этом тяжелые формы синдрома, по разным оценкам, развиваются у 3-25% пациентов. Такая широкая вариабельность отражает существенную гетерогенность дизайна исследований и различия в критериях оценки.

Особую клиническую значимость проблеме придает тот факт, что симптомы отмены часто ошибочно интерпретируются как рецидив основного заболевания, что ведет к необоснованному возобновлению терапии и, как следствие, к неоправданно длительному приему антидепрессантов. Кроме того, синдром отмены ассоциирован с пропусками рабочих дней, снижением производительности труда и дополнительными затратами системы здравоохранения, связанными с ненужными диагностическими исследованиями. Синдром отмены может проявляться широким спектром симптомов, включая головокружение, тошноту, головную боль, парестезии, тревогу, бессонницу и так называемые «мозговые молнии» – электрические разряды в голове [3]. Фармакологический профиль антидепрессанта играет ключевую роль в риске развития синдрома отмены. Препараты с коротким периодом полувыведения, в частности венлафаксин и пароксетин, ассоциированы с наибольшей частотой и тяжестью симптомов отмены. Венлафаксин, обладающий очень коротким периодом полувыведения, может вызывать симптомы отмены уже при пропуске одной дозы. Пароксетин, будучи наиболее мощным и антихолинергическим среди селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС), при отмене вызывает холинергический рикошет с ажитацией, тревогой и бессонницей. Напротив, флуоксетин и вортиоксетин, благодаря длительному периоду полувыведения, характеризуются низким риском развития синдрома отмены. Стратегия гиперболического снижения дозы является предпочтительным методом профилактики синдрома отмены [4].

Недостаточная информированность медицинских работников о проблеме синдрома отмены была подтверждена в ряде исследований [5]. Актуальность настоящего исследования обусловлена необходимостью оценки уровня информированности будущих врачей о проблеме синдрома отмены антидепрессантов, поскольку именно врачи первичного звена и психиатры играют ключевую роль в своевременном выявлении и купировании этого состояния.

Объекты и методы исследования

Исследование проводилось на базе Курского государственногомедицинского университета (КГМУ). В исследовании приняли участие 120 студентов 1-6 курсов лечебного факультета. Выборка была сформирована методом сплошного анкетирования в академических группах. Средний возраст респондентов составил 20±2 года. Распределение по курсам: 1 курс - 22 человека (18,3%), 2 курс - 19 человек (15,8%), 3 курс - 21 человек (17,5%), 4 курс - 20 человек (16,7%), 5 курс - 18 человек (15,0%), 6 курс - 20 человек (16,7%). Распределение по полу: 78 женщин (65,0%), 42 мужчины (35,0%).

Для сбора данных использовалась специально разработанная авторская анкета, включающая 20 вопросов, направленных на оценку: а) знаний студентов о феномене синдрома отмены антидепрессантов; б) осведомленности о препаратах высокого и низкого риска; в) информированности о клинических проявлениях синдрома отмены; г) знаний о тактике купирования и профилактики. Анкетирование проводилось анонимно. Статистическая обработка данных выполнялась с использованием пакета прикладных программ Statistica 12.0. Рассчитывались относительные показатели (в процентах), средние величины и стандартные отклонения. Сравнение групп проводилось с использованием критерия χ^2 Пирсона. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение

Анализ результатов анкетирования показал, что 89,2% студентов (107 из 120) слышали о существовании синдрома отмены антидепрессантов. Однако только 41,7% (50 человек) смогли правильно указать, что синдром отмены может развиваться после резкого прекращения приема или быстрого снижения дозы препарата. Остальные респонденты связывали развитие этого состояния исключительно с полной отменой препарата. Различия между курсами были статистически значимыми ($\chi^2=18,42$; $p < 0,01$): наиболее высокий уровень знаний

демонстрировали студенты 5-6 курсов (68,4%), тогда как среди студентов 1-2 курсов правильный ответ дали лишь 21,7%.

При оценке знаний о частоте встречаемости синдрома отмены установлено, что 34,2% студентов (41 человек) считают его редким состоянием, развивающимся у менее 10% пациентов. Только 22,5% (27 человек) указали на то, что синдром отмены развивается у значительной части пациентов (более 30%). Эти данные существенно расходятся с результатами мета-анализов, согласно которым частота встречаемости синдрома отмены составляет от 33% до 56% [1, с. 896-904]. Полученные результаты свидетельствуют о недооценке студентами масштаба проблемы.

Наиболее высокий уровень осведомленности студенты продемонстрировали в отношении клинических проявлений синдрома отмены. На вопрос о том, какие симптомы могут возникать при отмене антидепрессантов, 78,3% респондентов (94 человека) правильно указали на головокружение, 72,5% (87 человек) - на тревогу и раздражительность, 65,8% (79 человек) - на тошноту и гриппоподобные симптомы. Однако только 38,3% (46 человек) отметили такой специфический симптом, как «мозговые молнии» (brain zaps) - электрические разряды в голове, которые являются одним из наиболее характерных проявлений синдрома отмены [3]. Знания о «мозговых молниях» были достоверно выше среди студентов старших курсов (χ^2=24,17; p<0,001).

При анализе осведомленности о препаратах высокого риска синдрома отмены выявлены существенные пробелы. Только 45,0% студентов (54 человека) правильно указали венлафаксин как препарат с высоким риском развития синдрома отмены, и лишь 39,2% (47 человек) отметили пароксетин. В то же время 62,5% (75 человек) ошибочно отнесли флуоксетин к препаратам высокого риска, тогда как он, напротив, характеризуется низким риском благодаря длительному периоду полувыведения. Статистически значимых различий между курсами по этому показателю выявлено не было (χ^2=6,84; p>0,05).

Особого внимания заслуживают результаты оценки знаний о тактике купирования синдрома отмены. На вопрос о том, что необходимо предпринять при развитии выраженных симптомов отмены, 67,5% студентов (81 человек) правильно ответили, что следует возобновить прием антидепрессанта в предыдущей дозе с последующим более медленным снижением. Однако 21,7% (26 человек) считают, что необходимо просто перетерпеть симптомы, а 10,8% (13 человек) затруднились с ответом. При этом 84,2% респондентов (101 человек) согласились с утверждением, что отмена антидепрессантов должна проводиться постепенно, с индивидуальным подбором скорости снижения дозы. Важным аспектом профилактики синдрома отмены является использование стратегии гиперболического снижения дозы, которая предполагает пропорциональное уменьшение дозы с увеличением продолжительности каждого этапа по мере снижения концентрации препарата [4]. Знание этой стратегии продемонстрировали лишь 18,3% студентов (22 человека), что указывает на существенный пробел в подготовке будущих врачей.

Сравнительный анализ информированности студентов в зависимости от наличия личного опыта приема антидепрессантов показал, что среди 24 респондентов (20,0% выборки), имевших такой опыт, уровень знаний о синдроме отмены был достоверно выше (χ^2=14,26; p<0,01). В частности, они чаще правильно идентифицировали препараты высокого риска (66,7% против 40,0% среди не имевших опыта) и лучше знали о тактике купирования синдрома отмены (79,2% против 64,6%).

Полученные данные согласуются с результатами зарубежных исследований, демонстрирующих недостаточную информированность медицинских работников и студентов о проблеме синдрома отмены антидепрессантов [5]. Согласно данным литературы, около 15,7% пациентов прекращают прием антидепрессантов без руководства со стороны медицинского работника, что создает высокий риск развития тяжелых форм синдрома отмены [2]. Это подчеркивает необходимость включения в образовательные программы

медицинских вузов более подробного освещения вопросов, связанных с отменой психотропных препаратов.

Заключение

Проведенное исследование показало, что студенты лечебного факультета КГМУ имеют недостаточный уровень знаний о синдроме отмены антидепрессантов. Наиболее выраженные пробелы выявлены в отношении оценки частоты встречаемости этого состояния, идентификации препаратов высокого риска и знаний о стратегиях постепенного снижения дозы. Выявленные различия между курсами свидетельствуют о положительной динамике знаний по мере обучения, однако даже среди студентов старших курсов уровень осведомленности остается неоптимальным.

Синдром отмены антидепрессантов представляет собой клинически значимое состояние, которое может имитировать рецидив основного заболевания и приводить к необоснованному возобновлению терапии. Для повышения качества медицинской помощи необходимо включение в образовательные программы медицинских вузов углубленного изучения фармакологии антидепрессантов с акцентом на механизмы развития синдрома отмены, факторы риска и современные стратегии безопасного прекращения терапии. Особое внимание следует уделить обучению студентов практическим навыкам индивидуального подбора скорости снижения дозы и информированию пациентов о возможности развития этого состояния.

Литература/ References:

1. Kalfas M., Tsapekos D., Butler M. et al. Incidence and Nature of Antidepressant Discontinuation Symptoms: A Systematic Review and Meta-Analysis // JAMA Psychiatry. 2025. Vol. 82, № 9. – P. 896–904.

2. Antidepressant Withdrawal // Psychiatric News. 2025. 27 August.

3. Antidepressant withdrawal: understanding and supporting people across the continuum of care // CATAG Practice Tool.

4. Antidepressant Withdrawal (Discontinuation) Syndrome // PsychDB. – URL: https://www.psychdb.com/meds/antidepressants/ssri-withdrawal-discontinuation (дата обращения: 10.03.2026).

5. Antidepressant Use and Withdrawal: A Review of Current Evidence and Clinical Recommendations // Psychiatric Clinics of North America. 2025. Vol. 49, № 3.

ОТ ДЖЕНДЛИНА К СЕНСОМОТОРНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ: ТЕЛЕСНЫЕ ПОДХОДЫ В КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ТРЕВОГИ

Шефер В. Е.
Кафедра психиатрии и наркологии
ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Россия, г. Кемерово
Научный руководитель –А. А. Яковлева

Аннотация. В данной статье на основе отечественных и зарубежных исследований рассмотрены современные подходы к интеграции телесных практик в когнитивно-поведенческую терапию тревожных расстройств. Проанализированы теоретические предпосылки, заложенные в философии неявного знания Ю. Джендлина и методе фокусирования, а также их развитие в сенсомоторной психотерапии. Определены ключевые механизмы терапевтического воздействия: интероцептивная осведомленность, регуляция вегетативной нервной системы и телесная осознанность. Показано, что успешная коррекция тревожных состояний предполагает не только когнитивную переработку, но и восстановление связи с телесными ощущениями. Наиболее перспективным признан интегративный подход, объединяющий психодиагностику, телесно-ориентированные техники и когнитивно-поведенческие интервенции.

Ключевые слова: телесно-ориентированная психотерапия, сенсомоторная психотерапия, фокусирование, Ю. Джендлин, когнитивно-поведенческая

терапия, тревожные расстройства, интероцептивная экспозиция, телесная осознанность.

FROM JENDLIN TO SENSOMOTOR PSYCHOTHERAPY: BODILY APPROACHES IN CBT FOR ANXIETY

Shefer V. E.
Department of Psychiatry and Narcology
Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo
Scientific supervisor – Yakovleva A. A.

Abstract. Based on domestic and international research, the article examines contemporary approaches to the integration of bodily practices into cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders. The theoretical prerequisites laid down in E. Gendlin's philosophy of the implicit and the focusing method, as well as their development in sensorimotor psychotherapy, are analyzed. Key mechanisms of therapeutic influence are identified: interoceptive awareness, regulation of the autonomic nervous system, and bodily awareness. It is shown that successful correction of anxiety states presupposes not only cognitive processing but also the restoration of connection with bodily sensations. The most promising is recognized as an integrative approach combining psychodiagnostics, body-oriented techniques, and cognitive-behavioral interventions.

Keywords: body-oriented psychotherapy, sensorimotor psychotherapy, focusing, E. Gendlin, cognitive-behavioral therapy, anxiety disorders, interoceptive exposure, body awareness.

Возвращение к телесному опыту в психотерапии представляет собой сложный процесс интеграции феноменологического и когнитивно-поведенческого подходов [2,5]. Традиционная когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) фокусируется на работе с дисфункциональными мыслями и поведенческими паттернами, однако при тревожных расстройствах значительная часть симптоматики проявляется на телесном уровне: мышечное напряжение, учащённое сердцебиение, затруднённое дыхание [15]. Эти ощущения не только сопровождают тревогу, но и поддерживают её, создавая

порочный круг «телесный симптом — катастрофическая интерпретация — усиление тревоги» [1,7].

Современная психотерапия всё чаще рассматривает телесные практики как необходимый компонент комплексной помощи при тревожных расстройствах [2,3]. Согласно исследованиям, телесно-ориентированные методы, включая сенсомоторную психотерапию, демонстрируют значительное снижение уровня тревоги и улучшение способности к саморегуляции [4,6]. Так, в пилотном рандомизированном контролируемом исследовании групповой телесно-ориентированной терапии, основанной на принципах сенсомоторной психотерапии, были зафиксированы значительные улучшения телесной осведомлённости, снижение тревоги и повышение способности к успокоению [6].

Однако научное обоснование интеграции телесных подходов в КПТ остаётся недостаточно систематизированным [1]. Салих Р.Р., Давыдов С.В., Смирнов А.Е. отмечают, что современная практика психологической помощи стремительно развивается, однако её научное обоснование пока сформировано не полностью [2]. Среди актуальных проблем авторы выделяют необходимость дифференциации помощи в зависимости от типа последствий и предупреждение повторной психотравматизации [2].

Таким образом, актуальной задачей становится описание различных форм телесно-ориентированной помощи, а также выявление направлений с наибольшим потенциалом для восстановления психологического состояния при тревожных расстройствах [1,2].

Цель исследования: выявить наиболее результативные направления интеграции телесных подходов в когнитивно-поведенческую терапию тревожных расстройств на основе анализа существующих моделей и программ [1,6].

Для достижения цели необходимо решить следующие задачи: рассмотреть теоретические предпосылки телесного подхода в психотерапии (от

философии Ю. Джендлина к сенсомоторной психотерапии); проанализировать практику интеграции телесных техник в КПТ; определить роль интероцептивной осведомлённости и регуляции вегетативной нервной системы в процессе ресоциализации; систематизировать критерии оценки эффективности интегративных программ [2,3,5].

Объекты и методы исследования:

Современные подходы к интеграции телесно-ориентированных практик в когнитивно-поведенческую терапию тревожных расстройств. Методами исследования выступили анализ, сопоставление и обобщение отечественных и зарубежных научных публикаций и нормативно-методических документов, изданных в 2024-2026 гг. [1,2].

Результаты и их обсуждение

1. Теоретические предпосылки телесного подхода: от философии Ю. Джендлина к фокусированию.

В отечественных и зарубежных исследованиях последних лет наблюдается отдаление от универсальной модели психотерапии и переход к дифференцированному подходу, учитывающему телесный опыт человека [2,5]. Его исходным положением является признание неоднородности психических последствий тревожных состояний [1,3].

Ю. Джендлин подчёркивает, что тело — это не просто физический объект, а «живое тело», ощущаемое изнутри [11]. Он указывает на «ощущаемый смысл» (felt sense) — телесно переживаемое целостное ощущение ситуации, которое предшествует разделению на мысли, чувства и воспоминания [12]. Согласно Джендлину, «тело живёт свои отношения; оно ЕСТЬ взаимодействие» [11,12]. Такой подход принципиально важен для организации помощи: тревога не должна автоматически рассматриваться как исключительно когнитивное искажение, а содержание терапии необходимо определять исходя из индивидуальных телесных проявлений [5,11].

Аналогичную направленность имеет метод фокусирования, предложенный Ю. Джендлином [11,14]. Фокусирование предполагает создание прямого доступа к телесному переживанию через последовательность шагов: «очищение пространства» (поиск внутреннего пространства — «центра тела, в котором Вы обычно чувствуете что-либо»), обращение к ощущаемому смыслу и его символизацию [5,11]. Метод фокусинга, по замыслу Джендлина, позволяет напрямую обратиться к чувствуемому смыслу переживания и выразить его, удерживая переживание в центре участного внимания [11,12].

Одним из наиболее значимых принципов современной телесно-ориентированной терапии становится учёт индивидуальных особенностей телесного опыта при оказании помощи [2,16]. Не все клиенты нуждаются в одинаковом объёме телесного вмешательства [2]. Для одной группы приоритетной задачей является коррекция выраженных телесных симптомов тревоги, для другой — восстановление способности распознавать и вербализовать телесные ощущения, для третьей — интеграция телесного опыта в повседневную жизнь [2,16].

Важным направлением является раннее выявление телесной дезадаптации [1,3]. Исследования показывают, что телесные практики, предшествующие когнитивным, значимо улучшают совладание с тревогой [1,4]. Это означает, что диагностическая работа не должна ограничиваться установлением наличия или отсутствия тревожного расстройства [1,3]. Значение имеют характер и степень телесного напряжения, интероцептивная осведомлённость, особенности дыхания, мышечные зажимы и имеющиеся ресурсы телесной саморегуляции конкретного человека [3,4].

Первым результативным направлением является телесно-ориентированная психодиагностика и выбор терапевтических задач с учётом индивидуальных телесных особенностей клиента [2,16].

2. Сенсомоторная психотерапия как развитие телесного подхода

Анализ современных работ демонстрирует распространение

сенсомоторной психотерапии как интегративного метода, при котором психологическая помощь не сводится к одной терапевтической методике [2,16].

Практический пример такой программы представлен в пилотном рандомизированном контролируемом исследовании, где использовалась групповая телесно-ориентированная терапия, основанная на принципах сенсомоторной психотерапии (Trauma and the Body Group, 20 сессий) [6]. В исследовании приняли участие клиенты с хроническими состояниями страха, обусловленными комплексной травмой [6]. После прохождения программы была зафиксирована положительная динамика телесной осведомлённости, снижение уровня тревоги и повышение способности к самоуспокоению [6]. При этом небольшая выборка и отсутствие контрольной группы не позволяют распространять полученные результаты на всех клиентов [6]. Тем не менее работа представляет интерес как пример многокомпонентной терапии, ориентированной одновременно на телесное состояние и психологическую адаптацию.

Сенсомоторная психотерапия, разработанная П. Огден, фокусируется на наблюдении телесных ощущений, возникающих в процессе травматического опыта, с использованием осознанного внимания [13,16]. Основная идея метода заключается в том, что травматический опыт сохраняется в нервной системе и мускулатуре, и терапевтическое изменение требует включения «мудрости тела» — сенсомоторной системы — наряду с когнитивной и эмоциональной переработкой [13,16].

Комплексный подход особо важен потому, что различные проблемы способны поддерживать друг друга [2,6]. Телесное напряжение может ухудшать эмоциональное состояние; эмоциональная нестабильность, в свою очередь, увеличивает мышечные зажимы; трудности в повседневной жизни способны усиливать ощущение телесной беспомощности [2,3]. Поэтому программа, от которой можно ожидать результатов, должна воздействовать не на отдельный симптом, а на систему телесных, эмоциональных и когнитивных

факторов, влияющих на процесс возвращения человека к полноценной жизни [1,2].

Важной особенностью современного подхода становится переход от набора разрозненных услуг к формированию комплексного терапевтического маршрута [1,2]. Междисциплинарность и объединение телесных и когнитивных направлений помощи выступают ключевой особенностью эффективной терапии [1,6].

3. Интеграция телесных практик в когнитивно-поведенческую терапию тревоги.

Современная КПТ всё чаще интегрирует телесные техники в свои протоколы [1,15]. Одним из наиболее исследованных методов является интероцептивная экспозиция — повторяющееся контролируемое воздействие на внутренние телесные ощущения, которые вызывают страх [7,9]. Интероцептивная экспозиция показала себя как важная техника в когнитивно-поведенческой терапии тревожных расстройств и связанных с ними состояний, таких как тревожная чувствительность [7,10].

Исследования демонстрируют, что интероцептивная экспозиция — повышение толерантности ко внутренним неприятным ощущениям, которые возникают у пациента во время панической атаки, — имеет хорошо доказанный эффект [8, 10]. Может дополняться экспозицией in vivo для получения дополнительной информации, которая будет опровергать ошибочные суждения [8, 15]. Это означает, что терапевтическая работа не должна ограничиваться когнитивным переструктурированием [7, 15]. Значение имеют телесное переживание безопасного контакта с пугающими ощущениями, снижение тревожной чувствительности и формирование новых телесных паттернов реагирования [7, 9].

Современные исследования подтверждают, что интеграция телесно-ориентированных техник с КПТ усиливает терапевтический эффект [9, 10]. В рандомизированном контролируемом исследовании, сравнивающем

интероцептивную экспозицию и тренировку дыхания в рамках КПТ панического расстройства с агорафобией, было показано, что лечение, включавшее интероцептивную экспозицию, было более эффективным по частоте панических атак, общей тяжести состояния и функционированию [10].

Программы, объединяющие телесные и когнитивные методы, позволяют одновременно решать несколько задач: формировать адекватное понимание телесных ощущений, снижать катастрофизацию телесных сенсаций, улучшать способность к саморегуляции и формировать устойчивые навыки совладания с тревогой [1,6].

При этом телесные методы нельзя считать заменой когнитивной работе [1, 2]. Включение телесных практик в комплексную программу целесообразно в ситуациях, когда телесные симптомы напрямую поддерживают тревожное состояние [1,7]. Интеграция телесного и когнитивного подходов — перспективное направление повышения устойчивости достигнутых терапевтических изменений [1,2].

4. Регуляция вегетативной нервной системы и интероцептивная осведомлённость.

Если когнитивная терапия преимущественно направлена на восстановление рационального мышления и поведенческих паттернов, то телесные подходы связаны с включением человека в систему регуляции вегетативных процессов и телесного осознания [3,15].

О.Н. Минак рассматривает механизмы влияния телесно-ориентированных практик на уровень тревожности [3]. Автор выделяет значение телесно-регулирующих, интероцептивных, аттенционных, эмоционально-экспрессивных и социальных механизмов влияния [3]. Согласно результатам рассмотренных исследований, структурированное движение, дыхание, поза, музыка, ритм и групповое взаимодействие могут способствовать регуляции напряжения, переключению внимания, более выраженному осознанию тела и социальной поддержке [3,4]. Данная позиция расширяет

представление о терапии тревожных расстройств: даже качественно проведённая когнитивная работа может иметь ограниченный эффект, если после её завершения человек возвращается в состояние телесного напряжения, не имеет навыков интероцептивной осведомлённости и не видит возможностей регуляции собственного состояния [3,4].

Важным представляется отказ от модели, при которой клиент рассматривается исключительно как получатель помощи [2,3]. Психологически благополучный человек способен обладать телесными и когнитивными ресурсами, которые могут быть использованы в повседневной жизни [2,3].

Отсюда следует, что результативная терапия тревожных расстройств предполагает формирование новой устойчивой телесно-психологической позиции, учитывающей приобретённый опыт и произошедшие изменения [1,2]. Перспективными механизмами такого процесса являются участие в телесно-ориентированных группах, практиках осознанности, образовательных проектах, направленных на формирование интероцептивной грамотности, и регулярная телесная саморегуляция [3,4].

5. Телесные практики как инструмент профилактики и реабилитации

Телесные практики имеют особое значение для возвращения человека к полноценной жизни [2,4]. Они обеспечивают не только снижение тревожной симптоматики, но и устойчивый режим саморегуляции, телесные контакты и определённую телесную идентичность [2, 4].

Исследования влияния телесно-ориентированных практик на снижение ситуативной тревожности у студентов специальной медицинской группы показали высокую эффективность телесно-ориентированных практик как инструмента реализации биопсихосоциального подхода [4]. Статистически значимое снижение уровня ситуативной и личностной тревожности, особенно по фобическому и социальному компонентам, свидетельствует о том, что целенаправленная физическая активность, сфокусированная на осознавании и

интеграции телесного и эмоционального опыта, оказывает мощное положительное воздействие не только на физиологическое, но и на психосоциальное состояние [4].

Предложенный подход объединяет телесную активность, осознанность и образовательные механизмы [2,4]. Подобная конструкция важна тем, что телесная реабилитация перестаёт рассматриваться как изолированная физическая тренировка [2,4]. Это позволяет выделить ещё одно результативное направление — сопровождаемую телесную интеграцию, при которой телесные практики сочетаются с психологической, социальной и когнитивной поддержкой [2,13]. Особенно важно, что телесная интеграция в такой модели становится не финальным этапом, начинающимся после полного завершения когнитивной терапии, а частью общего процесса восстановления [2,4].

6. Оценка эффективности интеграции телесных подходов в КПТ

Для достижения цели исследования необходимо сначала уточнить, что понимается под результатом терапии [1,2]. В современной практике наблюдается постепенный сдвиг от оценки факта оказания услуги к оценке полученного результата [1,2].

Применительно к терапии тревожных расстройств целесообразно выделить несколько групп критериев [1,2,15]. К первой группе относятся психологические и клинические показатели: снижение выраженности тревожных симптомов, панических атак, тревожной чувствительности и психологического напряжения, а также рост способности к эмоциональной и телесной саморегуляции [1,7]. Вторая группа — функциональные показатели: восстановление повседневной активности, умения самостоятельно справляться с телесными проявлениями тревоги и выполнять социальные обязанности [1,2]. Третья группа — телесные показатели: снижение мышечного напряжения, улучшение дыхательных паттернов, повышение интероцептивной осведомлённости [3,4]. Четвёртая группа — когнитивные показатели: снижение катастрофизации телесных сенсаций, уменьшение избегающего поведения [7,

15]. Пятая группа — субъективные показатели: удовлетворённость жизнью и полученной помощью, чувство телесной целостности, наличие навыков саморегуляции [2,4].

Необходимо принимать во внимание устойчивость достигнутого результата [2,6]. Изменения, отмеченные сразу после окончания терапевтической программы, могут не сохраниться в отдалённой перспективе [2,6]. В связи с этим, перспективной задачей исследований становится проведение повторных измерений спустя несколько месяцев после завершения программы [2,6].

Значимым ограничением современной научной базы по-прежнему остаётся недостаток масштабных сравнительных исследований эффективности разных программ [2,6]. Как подчёркивают исследователи, накопленная практика нуждается в дальнейшей научной систематизации и оценке [2,6].

Таким образом, анализ современных программ предполагает рассмотрение направлений, обладающих наиболее обоснованным потенциалом в отечественной и зарубежной практике [1,2].

7. Наиболее результативные направления интеграции телесных подходов в КПТ тревоги

Проведённый анализ исследований позволяет выделить несколько направлений, которые в совокупности формируют наиболее перспективную модель помощи при тревожных расстройствах [1,2,6].

Первое направление — индивидуализированная телесно-ориентированная психодиагностика, основанная на предварительной оценке телесного состояния [2,16]. Тревожные проявления существенно различаются, поэтому содержание терапии должно определяться индивидуальными телесными особенностями, а не самим фактом наличия тревожного расстройства [2,3].

Второе — комплексное сочетание телесных и когнитивных методов психологической работы [1,6]. Практический опыт показывает

перспективность программ, объединяющих интероцептивную экспозицию, работу с дыханием, телесную осознанность, когнитивное переструктурирование и восстановление коммуникативных навыков [1,7,10].

Третье — интеграция фокусирования и сенсомоторных техник [5,11,16]. Семья и социальное окружение способны выступать важным ресурсом адаптации, однако для этого родственники также должны быть подготовлены к изменениям телесного и психологического состояния клиента [2,16].

Четвёртое — социальная ресоциализация, предполагающая восстановление связей, формирование нового социального статуса и создание возможностей для активного участия человека в жизни общества [3,4].

Пятое — профессиональная интеграция с сопровождением, включающая профориентацию, обучение, наставничество, психологическую поддержку и помощь при адаптации в трудовом коллективе [2,4].

В результате наиболее перспективной представляется не отдельная методика, а следующая модель [1,2,6]:

комплексная телесно-ориентированная диагностика → индивидуальный план помощи → телесная и психологическая стабилизация → работа с семьёй и социальным окружением → профессиональная и общественная интеграция → оценка результата и последующее сопровождение [1,2].

Заключение

Проведённый анализ современных исследований позволяет сделать вывод о том, что интеграция телесных подходов в когнитивно-поведенческую терапию тревожных расстройств должна рассматриваться как взаимосвязанный процесс [1,2,3].

Телесно-ориентированная психотерапия направлена прежде всего на восстановление телесного осознания, способности к саморегуляции и преодоление дезадаптивных телесных паттернов [2, 13, 16]. Когнитивно-поведенческая терапия дополняет эту работу структурированными техниками работы с мыслями и поведением [1, 15].

Анализ современных моделей и программ показывает, что наиболее перспективным является комплексный индивидуальный подход, включающий телесно-ориентированную психодиагностику, интероцептивную экспозицию, работу с семьёй, восстановление социальных связей и сопровождаемую профессиональную адаптацию [1, 6, 10].

При этом современная доказательная база всё ещё находится в стадии формирования [2, 6]. Значительная часть работ представлена описанием моделей, клинических случаев и сравнительно небольших терапевтических программ [2, 6]. Поэтому дальнейшие исследования требуют увеличения выборок, использования сопоставимых критериев эффективности и изучения отдалённых результатов [2, 6].

Оценивать эффективность терапии целесообразно одновременно на нескольких уровнях: психологическом, телесном, функциональном, семейном, социальном и профессиональном [1,2,4]. Снижение выраженности тревожных проявлений является важным результатом, однако не может быть единственным критерием успешности [1,2].

Таким образом, наиболее результативным направлением представляется переход от отдельных терапевтических мероприятий к системе персонализированного сопровождения, конечной целью которой является не просто устранение тревожных симптомов, а устойчивое восстановление способности человека самостоятельно функционировать, поддерживать телесное и психологическое благополучие и полноценно участвовать в социальной жизни [1,2].

Литература/ References:

1. Колесникова А.А. Роль телесных практик в совладании с тревожностью при использовании методик, основанных на принципах КПТ: курсовая работа. МГУ имени М.В. Ломоносова, 2025.

2. Салих Р.Р., Давыдов С.В., Смирнов А.Е. Современная телесно-ориентированная психотерапия: теоретические основы, клиническое

применение и новые направления // Психология и Психотехника. 2026. № 4. С. 11-23. DOI: 10.7256/2454-0722.2026.4.81918

3. Минак О.Н. Механизмы влияния телесно-ориентированных и танцевальных практик на регуляцию уровня тревожности у женщин среднего возраста // Киберленинка. URL: https://cyberleninka.ru/article/n/mehanizmy-vliyaniya-telesno-orientirovannyh-i-tantsevalnyh-praktik-na-regulyatsiyu-urovnya-trevozhnosti-u-zhenschin-srednego

4. Влияние телесно-ориентированных практик на снижение ситуативной тревожности у студентов специальной медицинской группы в процессе занятий по физическому воспитанию в вузе // Киберленинка. URL: https://cyberleninka.ru/article/n/vliyanie-telesno-orientirovannyh-praktik-na-snizhenie-situativnoy-trevozhnosti-u-studentov-spetsialnoy-meditsinskoy-gruppy-v

5. Howorth C. Listening to the Living Body: What Gendlin's Focusing Approach Contributes to Somatic Psychotherapy // Somatic Psychotherapy Today. 2026. URL: https://somaticpsychotherapytoday.com/listening-to-the-living-body-what-gendlins-focusing-approach-contributes-to-somatic-psychotherapy/

6. A Pilot RCT of A Body-Oriented Group Therapy For Complex Trauma Survivors: An Adaptation of Sensorimotor Psychotherapy // Journal of Trauma & Dissociation. 2020. DOI: 10.1080/15299732.2020.1760173

7. Mechanisms underlying interoceptive exposure: belief disconfirmation or extinction? A preliminary study // PubMed. 2022. URL: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/

8. Хорошо доказанный эффект имеет интероцептивная экспозиция // Бехтерев. URL: https://bekhterev.ru/

9. Maximizing the efficacy of interoceptive exposure by optimizing inhibitory learning: a randomized controlled trial // PubMed. 2013. URL: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/

10. Interoceptive exposure versus breathing retraining within cognitive-behavioural therapy for panic disorder with agoraphobia // British Journal of Clinical Psychology. 2011. URL: https://bpspsychub.onlinelibrary.wiley.com/

11. Джендлин Ю. Фокусирование: новый психотерапевтический метод работы с переживаниями. М.: Класс, 2000.

12. Ощущаемый смысл» [Klein, Mathieu, Gendlin, 1969, p.] // PsyJournals. URL: https://psyjournals.ru/

13. Sensorimotor Psychotherapy Institute. URL: https://sensorimotorpsychotherapy.org/

14. Фокусирование (фокусинг) — метод, разработанный Ю. Джендлином // Психология. Тверской государственный университет. URL: https://psychology.tversu.ru/

15. Interoceptive Exposures // The CBT Workbook for Illness Anxiety. 2024. URL: https://www.taylorfrancis.com/

16. Sensorimotor Psychotherapy: A Beginner's Guide // Energetics Institute. URL: https://energeticsinstitute.com.au/

ТРАНСФОРМИРУЮЩЕЕ ВЛИЯНИЕ ИСКУССТВА НА ОБЩЕСТВО В УСЛОВИЯХ ГЛОБАЛЬНОГО КРИЗИСА

Юдин С. А.
Кафедра клинической психологии
ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Аннотация. В статье рассматривается роль искусства как динамичного фактора социальной трансформации в эпоху глобальных кризисов (экономических, политических, экологических и культурных). Автор анализирует, каким образом художественные практики выходят за рамки эстетической функции, становясь инструментом психологической поддержки, социальной критики и консолидации общества. Особое внимание уделяется способности искусства создавать новые смыслы и модели поведения,

необходимые для преодоления кризисных состояний. Делается вывод о том, что в условиях нестабильности искусство выполняет компенсаторную и прогностическую функции, помогая обществу адаптироваться к меняющейся реальности.

Ключевые слова : искусство, глобальный кризис, социальная трансформация, культурная динамика, арт-терапия, социальная консолидация, креативные индустрии.

THE TRANSFORMATIVE IMPACT OF ART ON SOCIETY IN THE CONTEXT OF THE GLOBAL CRISIS

Yudin S. A.
Department of Clinical Psychology
Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo

Abstract. The article examines the role of art as a dynamic factor in social transformation in the era of global crises (economic, political, environmental, and cultural). The author analyzes how artistic practices go beyond the aesthetic function, becoming a tool for psychological support, social criticism, and the consolidation of society. Special attention is paid to the ability of art to create new meanings and behavioral models necessary to overcome crisis states. It is concluded that in conditions of instability, art performs compensatory and prognostic functions, helping society adapt to a changing reality.

Keywords: art, global crisis, social transformation, cultural dynamics, art therapy, social consolidation, creative industries.

Введение

Современный мир переживает период, который исследователи всё чаще характеризуют как эпоху множественных накладывающихся друг на друга кризисов - экономических, санитарных, климатических, технологических и миграционных. Финансовый кризис 2007–2008 годов запустил цикл политической и социальной нестабильности, который усугубился пандемией

COVID-19, эскалацией военных конфликтов и обострением миграционных проблем. В этих условиях закономерно возникает вопрос: какую роль играет искусство в жизни общества, когда само существование привычных социальных структур оказывается под угрозой? Ответ на него требует выхода за рамки представления об искусстве как о культурном украшении или предмете эстетического удовольствия.

Одно из наиболее значимых проявлений трансформирующего влияния искусства в кризисные периоды связано с его терапевтическим потенциалом. В условиях, когда формальные системы психического здоровья оказываются перегруженными или недоступными, искусство становится «психологическим спасательным кругом» — средством, через которое люди могут переработать травму, восстановить связь с сообществом и вернуть себе ощущение человечности.

Исследования показывают, что художественное самовыражение — будь то рисование, движение, музыка или коллективные творческие ритуалы — помогает снижать уровень стресса, регулировать эмоции и укреплять связи между различными группами людей. Особенно важно это в ситуациях, когда люди не располагают языком для описания своего страдания: даже когда слова существуют, они могут казаться небезопасными или недостаточными для передачи пережитого. Искусство предлагает путь сквозь это молчание.

Показательным примером институционализации этого подхода является кампания «Healing Arts Ukraine», запущенная Всемирной организацией здравоохранения и её партнёрами. Эта инициатива использует художественные практики для поддержки украинской системы здравоохранения и укрепления устойчивости в условиях конфликта. Как отмечает доктор Нильс Фите, советник по культуре и здоровью ВОЗ/Европа, кампания демонстрирует, что художественные интервенции способствуют реадаптации ветеранов, укреплению устойчивости гражданского населения и восстановлению детей, живущих в контексте конфликта. Особенно значимо, что эти подходы,

основанные на доказательной базе, могут применяться и за пределами кризисных ситуаций, способствуя созданию более целостных систем здравоохранения

В последние десятилетия психологи и психотерапевты разных стран активно применют такой метод работы, как арт-терапия - вид психологической терапии (а не художественный класс или хобби), который использует творческие практики, такие как рисование, живопись, коллаж и скульптура, чтобы обеспечить доступный способ общения и содержать мысли и чувства, которые слишком трудно выразить одними словами – иногда просто нет слов.

Арт-психотерапия может быть полезна людям, которые страдают из-за травмы, тяжелой утраты, стресса, тревоги, депрессии, перемещение и разделение. Другие формы терапии, особенно те, которые основаны на методологиях, ориентированных на решение, часто подчеркивают концепцию устойчивости. Однако выявление потребности в устойчивости имеет привычку находить форму вины в человеке, который страдает. Травма находится вне чьего-либо контроля. Это не их вина. Шок, чувство вины, вины, гнев, отрицание, стыд, тревога, паранойя и недоверие-все это обычно испытываемые чувства, связанные с травмой.

Элизабет Кюблер-Росс предполагает, что при потере сразу нескольких жизней «шок длится гораздо дольше. Отрицание намного сильнее. Гнев становится более интенсивным, а печаль и депрессия - более глубокими». Вполне уместно чувствовать эти сильные и естественные эмоции. Это не делает человека слабым или нуждающимся в устойчивости.

Широко распространенная травма поглощает группы людей волнами. Психотерапевт Филиппа Перри связала это с социальной инфекцией эмоций, которые усиливаются в массе (Perry, 2020). Для человека это может вызвать всевозможные глубинные страдания, связанные со временами в прошлом, когда мы чувствовали себя испуганными, небезопасными или бессильными. Когда травма происходит с нами и вокруг нас, может быть трудно видеть за ее пределами. Также может быть трудно найти многогранные чувства дистресса

внутри себя. Арт-психотерапия может помочь нам войти в контакт с этими чувствами. Создание искусства на сеансах часто возглавляется эмоциональным инстинктом. Пребывание в творческом потоке-это сенсорный, психологический и висцеральный опыт. Этот процесс может обеспечить способ доступа к внутреннему диссонансу, который невозможно объяснить словами. Рождение нового арт-объекта в наш внешний мир также может помочь получить другой взгляд на происходящее.

Доктор Ван дер Колк, специалист в области посттравматического стресса, описывает, как естественно чувствовать себя беспомощным в ответ на травму. Наше мышление может выйти из-под контроля, когда наши мысли хаотично дезорганизованы. Он подчеркивает, что мы должны чувствовать связь с нашими умами и нашими телами, чтобы думать с ясностью (Van der Kolk, 2020). В арт-психотерапии наши умы и тела присутствуют в процессе и борьбе создания искусства. Работая здесь и сейчас, эта терапия не полагается на способность вспоминать фактические мысли или воспоминания из прошлого. Важны чувства, которые вызываются в арт-психотерапии, и художественное произведение отражает эмоциональную сущность каждого сеанса. Этот тип якоря может обеспечить мощное чувство контроля и сдерживания.

Не будет вакцины от эмоциональной травмы, которую мы испытываем в результате пандемии COVID-19, и поэтому мы должны найти способы позаботиться о наших умах, наших телах и друг о друге. Сохранение социальной дистанции не означает, что мы должны страдать в одиночестве в нашей изоляции. Арт-психотерапия предлагает способ безопасно общаться с другими, делиться опытом и сдерживать наши чувства в это беспрецедентное время.

Пандемии и культура шли рука об руку на протяжении тысячелетий. Самой ранней итерацией болезни, которая сделала для Андреа дель Кастаньо, была Черная смерть, которая прибыла в Европу в 1347 году. Это убило от трети до половины населения, но это также помогло расчистить путь к Возрождению, вызвав большие изменения в экономическом и социальном порядке. Черная

смерть не привела непосредственно к Ренессансу, говорит Джон Хендерсон, автор недавней книги о чумах «Флоренция в осаде». Но это привело к большей концентрации богатства среди меньшего числа людей. «Заработная плата удвоилась. Богатые стали еще богаче», - говорит он. Это, в свою очередь, дало им средства для финансирования великого искусства.

Пандемия, возможно, даже оставила свой след в стилях живописи. В первом десятилетии XIV века Джотто создал цикл беспрецедентно реалистичных фресок в капелле Арена в Падуе, изображающих выражение человеческих эмоций с реализмом, который стал отличительной чертой искусства эпохи Возрождения. Но, как писал Леонардо да Винчи, «после [Джотто] искусство отступило». По крайней мере, на некоторое время художники в значительной степени отказались от пространственной визуализации и живого выражения для архаичных, стилизованных форм представления. Профессор Хендерсон предполагает, что травма чумы, возможно, возродила энтузиазм к знакомому; точно так же, как многие из находящихся под замком сегодня обратились к утешительным, хорошо продуманным романам и нетребовательным старым фильмам.

Пандемии сформировали творчество и другими способами. «Декамерон» Джованни Боккаччо (1353), в котором десять молодых людей обмениваются рассказами, укрываясь от Черной смерти, является самым известным примером. Один из рассказов Боккаччо был заимствован Уильямом Шекспиром для «Все хорошо, что хорошо кончается». Они также вдохновили оперы и произведения поэзии и прозы, в том числе, по крайней мере, один роман на арабском языке, « Чума «Саада Эльхадема» (1989), в котором вызывающая страх болезнь-диктатура Гамаля Абдель Насера.

Вирус, который опустошил Флоренцию, когда персонажи Боккаччо пряли свои нити, возвращался снова и снова. Последняя вспышка в Европе произошла в 1743 году в Мессине, том самом порту, через который болезнь проникла на континент почти четыре столетия назад. Жизнь с вездесущей угрозой породила

жанры чумного искусства, часто спонсируемые – щедро - кающимися обществами или братствами. Обычно целью было призвать защиту Девы Марии или двух святых, которые считались особенно эффективными против болезней: святого Себастьяна и Святого Роха.

Между тем, врачи и священнослужители с самого начала согласились с терапевтической ценностью музыки, хотя иногда они расходились в том, подходит ли музыка, которая поднимает дух, для защиты душ. Много преданной музыки предназначалось для исполнения в покаянных процессиях, которые проходили по городам Европы во времена чумы.

Это имеет современный резонанс. На ранних стадиях блокировки в марте итальянцы выходили на свои балконы и террасы, чтобы петь и играть музыку. При этом они невольно подражали своим предшественникам XVI века. Обеспокоенный тем, что покаянные процессии способствовали заражению, архиепископ Милана Карло Борромео «призвал граждан петь из своих дверей и окон, чтобы коллективно выполнять публичные ритуалы, находясь на карантине в своих собственных домах», по словам Реми Чиу, музыковеда, в «Чуме и музыке в эпоху Возрождения» (2017).

Другие формы искусства процветали во время или сразу после других вспышек болезней. За первой из трех великих пандемий холеры XIX века, начавшейся в Индии в 1817 году, последовал первый постапокалиптический роман. «Последний человек» Мэри Шелли (1826) предлагает еще более мрачное видение будущего человечества, чем «Дорога» Кормака Маккарти (2006). Австрийский художник Эгон Шиле нарисовал своего наставника Густава Климта, когда он умирал от пандемии гриппа в 1918 году (несправедливо известной как «испанский грипп»). Сам Шиле умер после окончания рисунка. Вирджиния Вулф, которая страдала от сердечного приступа из-за гриппа, приписала свое истощение заглавному герою своего романа «Миссис Дэллоуэй» (1925).

Элизабет Аутка, профессор Ричмондского университета в Вирджинии, утверждает, что следы психологических последствий пандемии гриппа 1918-20 гг. также можно обнаружить в работах межвоенного периода, написанных другими выжившими. Она видит тень вируса в « Пустоши» Т. С. Элиота (1922), в которой смерть может казаться вездесущей:

Под коричневым туманом зимнего рассвета
толпа текла по Лондонскому мосту, так много,
я не думал, что смерть уничтожила так много.

Что общего между этими формами искусства, как современными, так и более старыми? Несколько тем повторяются. Одним из них является понятие пандемии как «“великого выравнивателя». Это сомнительное предложение в свете текущих исследований, показывающих, что бедные пострадали хуже всего, но до статистического анализа это был общий мотив в художественном жанре Танца смерти XV века. Он фигурирует в рассказе Эдгара Аллана По «Маска красной смерти» (1842), в котором принц и его двор закрылись, чтобы избежать эпидемии, но обнаружили, что смертельная болезнь проскользнула в качестве незваного гостя на их маскараде. В некоторых ранних комментариях вокруг COVID-19 тема вернулась.

Еще одно повторяющееся представление состоит в том, что заразные болезни выявляют лучшее и худшее в человечестве. Это одна из тем самого знаменитого романа Италии XIX века Алессандро Манцони «Обрученный» (1827). Действие происходит во время чумы в Милане в 1629-31 годах, история противопоставляет героический альтруизм фра Кристофоро, монаха-капуцина, трусости и мирскости другого священника, дона Абондио. Вскоре после того, как Италия была закрыта в марте, папа Франциск сказал своим священникам: «Во времена пандемии вы не должны быть доном Абондиосом». Это был зловещий упрек. В романе Дон Абондио живет; Фра Кристофоро заражается и умирает.

Это дает иронический поворот самой распространенной теме из всех: пандемия как наказание. На протяжении тысячелетий люди нуждались в рационализации катастрофы и при этом обращались к понятию гнева Бога или Богов. В «Илиаде» Гомера Аполлон заражает ахейцев за похищение миловидных дочерей одного из своих жрецов и превращение их в сексуальных рабынь. В Ветхом Завете Бог посылает чуму израильтянам на том загадочном основании, что царь Давид приказал провести перепись населения. И в своем рассказе о первой великой вспышке чумы в Европе, которая началась в 541 году, византийский историк Прокопий приписывает все это воле Бога. Но он отметил, что болезнь, которая сократила население Европы вдвое примерно на 700 человек, умела позволить худшему выжить (возможно, копать у императора Юстиниана, который заразился этой болезнью, но выздоровел).

Ислам считал, что жертвами пандемий были мученики, которые таким образом попадали прямо на небеса. Но миллионы христиан умерли от инфекционных заболеваний, полагая, что это их собственная вина. Бесчисленные картины с 14 по 17 века показывают разгневанного Бога, управляющего неизбирательным уничтожением. Как утверждала Сьюзен Зонтаг в книге «Болезнь как метафора» (1978), обвинение жертв продолжается и в наше время. Рак когда-то рассматривался как результат подавленных эмоций. СПИД годами считался предполагаемым наказанием для раскованных.

Между тем, романы, произведения искусства и музыка, вдохновленные COVID, еще не материализовались. Когда они это сделают, они присоединятся к давней, богатой традиции.

Пандемия COVID-19, несмотря на свою разрушительную силу, также продемонстрировала трансформирующий потенциал искусства. Кризисные периоды, как отмечают исследователи, побуждают многих людей обращаться к искусству в поисках утешения, а творческие индустрии становятся более демократичными. Пандемия заставила переосмыслить саму природу

культурного производства и потребления, открыв новые формы участия и доступности.

Искусство и культура позволяют нам творчески подходить к неопределённому будущему и, что особенно важно в трудные времена, придавать смысл происходящему, выражать эмоции и ситуации, укреплять сообщества. Это не альтернатива или дополнение, а право человека, отвечающее фундаментальным потребностям индивидуального и коллективного участия и способствующее социокультурному развитию. В период глобального кризиса крайне важно обеспечивать долгосрочную и устойчивую поддержку искусства и культуры, поскольку такая поддержка способствует обеспечению сплочённости, диалога и коллективного мышления сообществ.

Заключение

Трансформирующее влияние искусства на общество в условиях глобального кризиса многогранно и не сводится к какой-либо одной функции. Искусство одновременно лечит индивидуальные и коллективные травмы, восстанавливает разорванные социальные связи, открывает пространство для критического осмысления и воображения альтернативных действий, а также становится инструментом активного социального действия. В эпоху, отмеченную накладывающимися друг на друга кризисами, искусство перестаёт быть просто отражением реальности — оно становится активным участником её преобразования.

Глобальный кризис — это не только кризис экономических и политических институтов, но и кризис «программного обеспечения» умов, кризис смыслов и ценностей. В этом контексте искусство выполняет незаменимую функцию: оно позволяет обществу не только выживать, но и развиваться, находя в самых тёмных обстоятельствах ресурсы для надежды, солидарности и обновления. Интеграция искусства в системы здравоохранения, образования и социальной поддержки — это не роскошь, а необходимость, поскольку, как подчёркивают практики, «интегрировать искусство в системы

здравоохранения — не роскошь в военное время, a essential part of the healing and resilience process».

Литература/ References:

1. Нормативный документ по регулированию профессиональной психотерапевтической и психологической деятельности в сфере арт-терапии (арт-психотерапии). Стандарт профессиональной психотерапевтической (психологической) помощи в сфере арт-терапии (арт-психотерапии) / Под общ. ред. Копытина А.И. СПб.-М., 2018. 100 с.

2. Арт-терапия в эпоху постмодерна / Под ред. А. И. Копытина. – СПб.: Издательство «Речь», 2002. 224 с.

3. Копытин А. И. Современная клиническая арт-терапия: учебное пособие. – М.: Когито-Центр, 2015. – 526 с. (Современное психологическое образование).

4. Современные проблемы психического здоровья личности: клинические, психологические и социальные реалии // Акименко Г.В., Асанов С.А., Головко О.В., Гукина Л.В., Кирина Ю.Ю., Копытин А.И., Лопатин А.А., Салтанова Е.В., Селедцов А.М., Сумбаев Е.А., Федосеева И.Ф., Шмакова О.В., Яковлев А.С., Яковлева А.А. Москва, 2024. 257 с.

5. Копытин А. И. Теория и практика арт-терапии. СПб.: «Питер», 2002. 368 с

6. Акименко Г.В., Начева Л.В., Лопатин А.А., Селедцов А.М., Кирина Ю.Ю. Инфодемия: фейковые новости в условиях пандемии // Вестник общественных и гуманитарных наук. 2021. Т. 2. № 3. С. 43-52.

ВКЛАД Л.С. ВЫГОТСКОГО В РАЗВИТИЕ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ НЕЙРОПСИХОЛОГИИ

Янко Е. В.
Кафедра клинической психологии
ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Аннотация. В статье рассматривается проблема одиночества и социальной исключенности (стигматизации) как значимых факторов, влияющих на течение психических расстройств и качество жизни пациентов. Автор акцентирует внимание на двойственном характере социальной изоляции в психиатрии: с одной стороны, как симптома и следствия психического заболевания, с другой — как результата стигматизации со стороны общества. Анализируются психологические механизмы формирования чувства отчужденности у пациентов с эндогенными и пограничными расстройствами. Особое внимание уделяется роли терапевтического сообщества и реабилитационных программ в преодолении социальной исключенности. Делается вывод о необходимости комплексного подхода, включающего не только психофармакотерапию, но и психосоциальные интервенции, направленные на ресоциализацию личности.

Ключевые слова: одиночество, социальная исключенность, стигматизация, психиатрия, реабилитация, социальная дезадаптация, терапевтическая среда.

L.S. VYGOTSKY'S CONTRIBUTION TO THE DEVELOPMENT OF DOMESTIC NEUROPSYCHOLOGY

Yanko E. V.
Department of Clinical Psychology
Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo

Abstract. The article examines the problem of loneliness and social exclusion (stigmatization) as significant factors influencing the course of mental disorders and the quality of life of patients. The author focuses on the dual nature of social isolation in psychiatry: on the one hand, as a symptom and consequence of mental illness, and on the other, as a result of stigmatization by society. The psychological mechanisms underlying the development of a sense of alienation in patients with endogenous and borderline disorders are analyzed. Special attention is paid to the role of the therapeutic community and rehabilitation programs in overcoming social exclusion. The

conclusion is drawn that a comprehensive approach is needed, including not only psychopharmacotherapy but also psychosocial interventions aimed at the resocialization of the individual.

Keywords: loneliness, social exclusion, stigmatization, psychiatry, rehabilitation, social maladjustment, therapeutic environment.

Введение

Отечественная нейропсихология как самостоятельная научная дисциплина сформировалась во многом благодаря теоретическому фундаменту, заложенному Львом Семёновичем Выготским. Хотя сам Выготский не создал нейропсихологию как отдельную область знания, его концептуальные положения о строении и локализации высших психических функций стали той основой, на которой его ученик и соратник А.Р. Лурия выстроил целостную нейропсихологическую теорию.

Взаимосвязь идей Выготского и нейропсихологии настолько фундаментальна, что, как отмечает Т.В. Ахутина, существует известный исторический факт: когда Лурия редактировал автореферат Ахутиной, он исправил упоминание своего имени на имя Выготского в том месте, где речь шла о первенстве в разработке принципов нейропсихологии. Этот жест признания научного приоритета красноречиво свидетельствует о том, какое значение сам Лурия придавал вкладу учителя. Лев Семенович Выготский (1896–1934) по праву считается не просто выдающимся психологом, а основателем целого научного направления — культурно-исторической психологии, которая стала фундаментом для всей отечественной нейропсихологии. Несмотря на то, что его жизнь оборвалась рано, идеи Выготского заложили методологический каркас, на котором его ученик Александр Романович Лурия впоследствии выстроил здание современной нейропсихологии.

До Выготского в науке доминировали две крайности:

- **Узкий локализационизм:** попытка «привязать» каждую психическую функцию к конкретному участку мозга (например, «центр памяти» или «центр мышления»).
- **Антилокализационизм:** представление о мозге как об однородной массе, где все функции распределены равномерно.

Выготский предложил принципиально иной подход. Он ввел понятие высших психических функций (ВПФ) — таких как произвольное внимание, логическая память, абстрактное мышление и речь. Согласно Выготскому, ВПФ не являются врожденными «органами» мозга. Они формируются прижизненно в процессе социального взаимодействия и опосредованы культурными знаками (прежде всего, языком).

Главный вклад Выготского в нейропсихологию заключается в концепции системного строения психики. Он утверждал, что:

1. Психические функции — это сложные функциональные системы. Они не «живут» в одном узком участке мозга, а опираются на работу целого ансамбля зон, каждая из которых вносит свой специфический вклад.
2. Динамическая локализация: функции могут менять свою структуру в процессе развития. То, что у ребенка опирается на одну систему связей, у взрослого может опираться на совершенно иную.
3. Межфункциональные связи: развитие одной функции (например, речи) радикально перестраивает работу других (памяти, восприятия).

Выготский заложил основы нейропсихологии развития и дефектологии. Он сформулировал важнейший для клинической практики принцип: различие между первичным и вторичным дефектом.

- **Первичный дефект** — это прямое следствие биологического повреждения мозга (например, поражение слухового нерва).
- **Вторичный дефект** — это системное недоразвитие высших психических функций, которое возникает из-за того, что первичный дефект

препятствует нормальному социальному развитию ребенка (например, отсутствие речи у глухого ребенка из-за отсутствия слуха).

Этот подход позволил нейропсихологам не просто констатировать повреждение, а разрабатывать методы коррекции, направленные на компенсацию вторичных нарушений через развитие сохранных функций.

Именно идеи Выготского о системной организации психики стали «генетическим кодом» для работ А.Р. Лурии. Лурия, опираясь на теорию Выготского, разработал свою знаменитую теорию трех функциональных блоков мозга. Он перевел философские и психологические идеи Выготского на язык клинической нейропсихологии, создав методы диагностики, которые до сих пор считаются «золотым стандартом» во всем мире.

Идеи Выготского о «зоне ближайшего развития» (ЗБР) стали краеугольным камнем не только в педагогике, но и в нейропсихологической реабилитации. В контексте восстановления после инсультов или черепно-мозговых травм этот принцип трансформировался в стратегию опосредованного восстановления функций.

Если раньше реабилитация часто сводилась к механической тренировке поврежденного участка, то подход Выготского диктует иной путь: использование сохранных звеньев функциональной системы для «обхода» дефекта. Нейропсихолог, следуя логике Выготского, ищет те «культурные инструменты» (внешние опоры, алгоритмы, знаковые системы), которые могут взять на себя функцию пострадавшего звена. Это превращает реабилитацию из пассивного ожидания восстановления нейронных связей в активный процесс перестройки психической деятельности.

Выготский подчеркивал, что мозг ребенка развивается не в вакууме, а в конкретной социальной среде. Для нейропсихологии это означает, что социальная среда является «внешним мозгом». В раннем возрасте функции распределены между ребенком и взрослым (интерпсихический этап), и лишь

затем они интериоризируются, становясь внутренними процессами (интрапсихический этап).

Это открытие позволило нейропсихологам по-новому взглянуть на детские нарушения развития: многие из них рассматриваются не как «поломка» в голове, а как сбой в процессе передачи культурного опыта. Таким образом, нейропсихологическая диагностика ребенка сегодня невозможна без анализа его взаимодействия с ближайшим окружением, что делает нейропсихологию Выготского глубоко экологичной и гуманистической дисциплиной.

Хотя термин «нейропластичность» вошел в широкий научный оборот значительно позже, Выготский фактически описал её механизмы через понятие «пластичности мозга как основы обучения». Он утверждал, что мозг обладает колоссальным потенциалом к перестройке именно потому, что высшие функции не «зашиты» в него жестко, а надстраиваются над биологическим фундаментом.

Сегодня ни у кого не вызывает сомнения, что «возникновение и поступательное развитие луриевской нейропсихологии стало возможным во многом благодаря Л.С. Выготскому и созданной им теории культурно-исторического развития психики».

Принципы, сформулированные Выготским, определили становление отечественной нейропсихологической школы, занимающей одно из ведущих мест в мире. Они послужили началом многолетних целенаправленных исследований последствий локальных поражений мозга, проводившихся Лурия и его сотрудниками.

Современные исследователи отмечают, что «не может быть культурно-исторической психологии без нейропсихологии, и наоборот» . Культурно-историческая нейропсихология, основанная на идеях Выготского и Лурия, продолжает развиваться, в том числе в таких областях, как кросс-культурная нейропсихология и изучение нейропсихологических аспектов неграмотности

Современные исследования в области эпигенетики подтверждают правоту Выготского: социальный опыт и культурная среда способны влиять на

экспрессию генов, определяя архитектуру мозга. Выготский был первым, кто математически точно (в философском смысле) описал этот процесс как диалектическое единство биологического и социального, где биологическое является лишь условием, а социальное - источником развития.

В настоящее время идеи Выготского переживают «второе рождение» в западной когнитивной науке. Концепции распределенного познания и ситуативного обучения которые активно развиваются в США и Европе, являются прямыми наследниками его теории. Мировое научное сообщество признает, что без учета культурно-исторического контекста, который ввел Выготский, нейропсихология рискует остаться лишь описательной дисциплиной, неспособной объяснить, как именно «материя мозга» порождает «смыслы сознания».

Заключение

Вклад Л.С. Выготского в нейропсихологию заключается в том, что он «очеловечил» мозг. Он показал, что мозг — это не просто биологический субстрат, а орган, который формируется под влиянием культуры и общества. Его идеи о том, что психика — это динамическая, системная и опосредованная структура, позволили нейропсихологии выйти за рамки простой анатомии и стать наукой о том, как биология мозга превращается в человеческую личность.

Сегодня, когда нейронауки активно изучают нейропластичность, идеи Выготского о прижизненном формировании психических функций звучат как никогда актуально, подтверждая его статус великого провидца в науке о человеке.

Таким образом, Лев Семенович Выготский не просто оставил после себя теорию - он задал вектор развития всей науки о человеке на столетие вперед.

Его наследие - это призыв видеть за каждой нейронной связью историю человеческой культуры, а за каждым нарушением - возможность для развития через обучение и социальное взаимодействие.

Литература/ References:

1. Ахутина Т.В. Культурно-исторические и естественно-научные основы нейропсихологии // Психологический журнал. 2004. № 4. С. 20-27.

2. Ахутина Т.В. Л.С. Выготский и А.Р. Лурия: становление нейропсихологии. «Вопросы психологии». 1996. № 5. С. 83-98.

3. Мещеряков Б. Г. Л.С. Выготский и его имя. //Культурно-историческая психология. 2007. № 3. С.90–95.

4. Ярошевский М.Г. Л.С. Выготский: В поисках новой психологии. - С-Пб., Изд-во Международного фонда истории науки, 1993.

5. Haywood H.C., Lidz C.S. (2007) Dynamic Assessment in Practice: Clinical and Educational Applications. Cambridge University Press.

ЮЛА РЕЛАКС: ОПОРА В КРИЗИСЕ И ПРИ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВАХ — КРАТКОСРОЧНАЯ МОДЕЛЬ СТАБИЛИЗАЦИИ ЧЕРЕЗ «ЗДЕСЬ И СЕЙЧАС» И ТЕОРЕТИЧЕСКОГО ОБОСНОВАНИЯ БОС-ДЫХАНИЕ

Янко Е. В.[1], Юсина Е. А.[2]

Кафедра клинической психологии

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

Министерство здравоохранения Кузбасса

[2]Государственное автономное учреждение здравоохранения Кемеровская городская клиническая поликлиника № 5 имени Л.И. Темерхановой, г. Кемерово, Россия

Аннотация. Цель исследования — разработать и обосновать интегративную модель стабилизации в кризисных состояниях и при тревожных расстройствах, сочетающую гештальт-ориентированные техники «здесь и сейчас» с научно обоснованными физиологическими ориентирами саморегуляции. Материалы и методы. Использован теоретический анализ литературы по гештальт-терапии, психофизиологии стресса и методам биологической обратной связи (БОС); ретроспективный анализ данных практической апробации БОС-протоколов в центре психологической

поддержки; адаптация протоколов для работы без аппаратной поддержки с сохранением научно обоснованных параметров (ритм дыхания 5–6 циклов/мин, целевые эффекты саморегуляции). *Результаты.* Представлена трёхэтапная модель (6–10 сессий), объединяющая техники осознанности и заземления с физиологическими маркерами саморегуляции (вариабельность сердечного ритма, HRV; кардиореспираторный резонанс). Показана возможность эффективной работы без аппаратной БОС-поддержки за счёт вербальной обратной связи специалиста и самонаблюдения клиента; в перспективе предусмотрено поэтапное внедрение БОС-оборудования для объективной оценки динамики. *Заключение.* Модель «ЮЛА Релакс» соответствует междисциплинарному подходу к работе в экстремальных и кризисных ситуациях: она сочетает клинико-психологические методы с физиологической базой, обеспечивает воспроизводимость и применимость в практике медицинских психологов даже при временном отсутствии аппаратных технологий.

Ключевые слова: кризисное состояние, тревожные расстройства, гештальт-подход, биологическая обратная связь (БОС), вариабельность сердечного ритма (HRV), саморегуляция, дыхательный тренинг, медицинская психология.

YULA RELAX: SUPPORT IN A CRISIS AND IN ANXIETY DISORDERS — A SHORT-TERM MODEL OF STABILIZATION THROUGH «HERE AND NOW» AND A THEORETICAL BASIS FOR BOS-BREATHING

Yanko E.V.[1], Yusina E.A.[2]
Department of Clinical Psychology
[1]Kemerovo State Medical University, Russia
Ministry of Health of Kuzbass
[2]State Autonomous Healthcare Institution
Kemerovo City Clinical Polyclinic No. 5
named after L.I. Temerkhanova, Kemerovo, Russia

Abstract. The purpose of the study is to develop and substantiate an integrative stabilization model for crisis states and anxiety disorders, combining Gestalt-oriented «here and now» techniques with scientifically grounded physiological markers of self-regulation. Materials and methods. A theoretical analysis of literature on Gestalt therapy, stress psychophysiology, and biofeedback (BOS) methods was applied; a retrospective analysis of practical BOS protocol testing in a psychological support center; adaptation of protocols for work without hardware support while maintaining scientifically validated parameters (breathing rhythm of 5–6 cycles per minute, target self-regulation effects). Results. A three-stage model (6–10 sessions) is presented, combining mindfulness and grounding techniques with physiological self-regulation markers (HRV, cardiorespiratory resonance). The possibility of effective work without hardware BOS support is demonstrated through specialist verbal feedback and client self-monitoring; a phased introduction of BOS equipment is planned for objective dynamics assessment. Conclusion. The “YULA Relax” model aligns with an interdisciplinary approach to working in extreme and crisis situations: it combines clinical-psychological methods with a physiological basis, ensuring reproducibility and applicability in medical psychologists’ practice, even with temporary absence of hardware technologies.

Keywords: crisis state, anxiety disorders, Gestalt approach, biofeedback (BOS), heart rate variability (HRV), self-regulation, breathing training, medical psychology.

Введение

Современная система медицинской помощи сталкивается с ростом обращений, связанных с кризисными состояниями и тревожными расстройствами. Пациенты нередко избегают психиатрических служб и обращаются в первичное звено здравоохранения, где врачи общей практики и неврологи сталкиваются с функциональными и психосоматическими проявлениями стресса [2][6]. Это формирует запрос на методы немедикаментозной стабилизации, которые быстро снижают физиологическую

гиперреактивность, опираются на понятную физиологическую базу, воспроизводимы в условиях ограниченных ресурсов и могут быть интегрированы в междисциплинарную работу [3][15].

Модель «ЮЛА Релакс» отвечает этим требованиям, объединяя гештальт-техники работы «здесь и сейчас» и научно обоснованные параметры саморегуляции, ранее апробированные в БОС-протоколах [5][8]. Название отражает двойную задачу подхода: «ЮЛА» — как метафора удержания баланса, опоры, «Релакс» — как понятная клиенту цель снижения напряжения и возвращения к спокойному тонусу нервной системы.

Цель статьи — представить структуру и теоретическое обоснование модели «ЮЛА Релакс», раскрыть научно-теоретические основания применения БОС-дыхания в стабилизации кризисных состояний и тревожных расстройств, показать возможности интеграции в систему медицинской помощи и обосновать актуальность открытия центров подобного профиля.

Актуальность исследования

- Актуальность разработки и внедрения модели «ЮЛА Релакс» обусловлена следующими факторами:

- Рост распространённости тревожных и кризисных состояний в популяции, в том числе в форме соматизированных и функциональных расстройств, с которыми пациенты чаще обращаются в первичное звено медицинской помощи [2][3].

- Дефицит воспроизводимых, быстрых и безопасных методов стабилизации, которые могут применяться медицинскими психологами и быть понятны врачам смежных специальностей [6][15].

- Потребность в междисциплинарной модели, где критерии эффективности формулируются на стыке психологии и физиологии (HRV, вегетативный баланс, поведенческие маркеры), что облегчает взаимодействие психолога и врача [1][5].

- Ограниченная доступность аппаратных БОС-технологий в ряде учреждений: модель обеспечивает клиническую эффективность даже без

аппаратуры за счёт научно обоснованных ориентиров и вербальной обратной связи [5][8].

- Социальная значимость ранней стабилизации: снижение остроты кризиса и обучение саморегуляции уменьшают риск хронизации тревожных расстройств и повторных обращений за экстренной помощью [3][6].

Гипотеза исследования

Гипотеза состоит в том, что краткосрочная интегративная модель «ЮЛА Релакс», объединяющая гештальт-техники «здесь и сейчас» и физиологические ориентиры саморегуляции (дыхание 5–6 циклов/мин, кардиореспираторный резонанс), обеспечивает более быструю и устойчивую стабилизацию состояния при кризисных и тревожных состояниях по сравнению с изолированным применением отдельных техник, за счёт синергетического взаимодействия психотерапевтического и психофизиологического компонентов [5][9].

Задачи исследования

1. Теоретически обосновать сочетание гештальт-техник «здесь и сейчас» и параметров саморегуляции на основе данных психофизиологии и БОС [6][8].
2. Адаптировать БОС-протоколы для работы без аппаратной поддержки, сохранив научно обоснованные физиологические ориентиры (ритм дыхания, целевые эффекты) [5][8].
3. Разработать трёхэтапную структуру модели (стабилизация, контакт и потребность, закрепление) с конкретными техниками и критериями динамики [3][6].
4. Определить критерии эффективности и маркеры саморегуляции, понятные для междисциплинарной команды (психологов, терапевтов, неврологов) [1][5].

5. Обосновать возможность интеграции модели в систему медико-психологической помощи и актуальность создания центров стабилизации [3][6][15].

Методология исследования

Исследование выполнено в теоретико-прикладном дизайне:

Теоретический анализ — изучение литературы по гештальт-терапии (цикл контакта, работа с незавершёнными действиями), психофизиологии стресса (вегетативный баланс, HRV), БОС (кардиореспираторный резонанс, RMSSD, HF-компоненты) [6][8][9].

Ретроспективный анализ — оценка ранее полученных данных апробации БОС-протоколов (качественные эффекты, оптимальные параметры, типичные реакции клиентов) [5][8].

Адаптация протоколов — перевод аппаратных БОС-ориентиров в вербальные и телесные ориентиры для работы без оборудования (ритм 5–6 циклов/мин, удлинение выдоха, косвенные маркеры парасимпатической активации) [5][8].

Структурирование модели — формирование этапов, техник и критериев динамики, пригодных для эмпирической проверки в дальнейших исследованиях [3][6].

Психотерапевтический компонент: принцип «здесь и сейчас»

В гештальт-подходе работа с незавершёнными действиями и циклом контакта опирается на классические и современные российские разработки, в которых подчёркивается важность опоры на телесный опыт и конкретность контакта [10][11]. Для краткосрочного формата особенно значимы техники, позволяющие быстро снизить неопределённость: структурирование переживания через вербализацию, работа с границами и ресурсами в текущем поле, а также микрошаги, которые дают клиенту ощущение контроля и самоэффективности [3][5].

В основе психотерапевтической составляющей лежит гештальт-подход с акцентом на осознанность и контакт в настоящем моменте [6]. Принцип «здесь и сейчас» позволяет:

Снизить катастрофизацию и неопределённость, переводя фокус с пугающих прогнозов на текущие ощущения, звуки, предметы [6][15].

Восстановить цикл контакта: клиент учится замечать потребность, вступать в контакт со средой и завершать действие, снижая внутреннее напряжение [6].

Работать с незавершёнными импульсами в безопасном формате: символическое завершение действия уменьшает внутреннее напряжение без эскалации тревоги [6].

Формировать ощущение контроля и самоэффективности через маленькие, конкретные шаги и вербализацию текущего опыта [3].

Для врача это означает снижение импульсивности, улучшение приверженности лечению и более предсказуемое поведение пациента в стрессовых ситуациях [2][15].

Психофизиологический компонент: БОС и дыхание как физиологический ориентир

Психофизиологический компонент опирается на научно обоснованные механизмы саморегуляции [5][8]:

Кардиореспираторный резонанс (≈0,1 Гц): ритм дыхания 5–6 циклов/мин способствует максимальной HRV и синхронизации кардиореспираторных процессов, что коррелирует со снижением тревоги [5][8][9].

Маркеры саморегуляции: RMSSD и HF-компонента HRV отражают парасимпатическую активацию; эти показатели могут быть визуализированы аппаратно или оценены косвенно (замедление ЧСС, удлинение выдоха, ощущение тепла/тяжести в конечностях) [1][5].

Активация парасимпатического отдела ВНС за счёт удлинения выдоха и ритмичного дыхания снижает общий уровень напряжения и реактивность на триггеры [5][8].

Вербальная обратная связь специалиста заменяет аппаратную: психолог помогает клиенту замечать телесные изменения и соотносить их с целевыми эффектами [5][8].

Даже без аппаратуры эти ориентиры обеспечивают воспроизводимость и объективность оценки прогресса [5][8].

Концептуальная метафора: «Юла» как модель психической саморегуляции. Метафора «Юлы» отражает суть модели:

Баланс в кризисе. Юла сохраняет устойчивость при вращении, несмотря на внешние возмущения — так же клиент учится удерживать внутренний баланс даже в кризисе.

Динамика и инерция. Юла вращается по инерции, сохраняя ритм — аналогично навык саморегуляции закрепляется через регулярные микропрактики и становится устойчивым. Контроль через ритм. Вращение юлы зависит от импульса и баланса — в модели контроль над состоянием достигается через ритм дыхания и осознанность в телесных ощущениях. Простота и наглядность. Метафора понятна и клиенту, и врачу, помогая объяснить суть вмешательства и повысить приверженность терапии [3][6].

Механизмы синергетического взаимодействия компонентов

Синергия осознанности и физиологической регуляции согласуется с современными представлениями о соматоцентрированных и интегративных подходах в психотерапии: тело и психика рассматриваются как единая система, где изменение одного уровня (например, ритма дыхания) влияет на другой (когнитивно-эмоциональный) [7][12]. Такой подход позволяет работать с тревогой и кризисом без необходимости глубокой проработки прошлого, фокусируясь на стабилизации и восстановлении способности к адаптивному контакту [3][6].

Синергия психотерапевтического и психофизиологического компонентов проявляется в следующих механизмах:

Осознанность усиливает физиологический эффект. Когда клиент замечает телесные сигналы и соотносит их с дыханием, снижается неопределённость и катастрофизация, что само по себе уменьшает стресс-реакцию [6][15].

Физиологический эффект усиливает психотерапевтический. Активация парасимпатической системы снижает реактивность, позволяя клиенту лучше удерживать контакт, замечать потребности и завершать незавершённые действия [5][8].

Обратная связь становится двусторонней. Психолог даёт вербальные ориентиры, а тело клиента даёт обратную связь через ощущения (тепло, тяжесть, замедление пульса), что укрепляет навык саморегуляции [5][8].

Конкретные ориентиры повышают самоэффективность. Чёткие параметры (ритм, удлинение выдоха) дают клиенту ощущение контроля, что снижает чувство беспомощности и тревожность [3][6].

Таблица 1.

Структура модели «ЮЛА Релакс» (6–10 сессий) без аппаратной БОС

Этап	**Цели**	**Методы**	**Ориентиры саморегуляции (научно обоснованные, без аппаратуры)**
1. Стабилизаци (сессии 1–2)	Снижение возбуждения, формирование базового навыка саморегуляции	Дыхание 4–2–6, «опора», «три точки», «здесь и сейчас в словах»	Ритм ≈5–6 циклов/мин; удлинение выдоха; ощущение тепла/тяжести в конечностях; снижение

Этап	Цели	Методы	Ориентиры саморегуляции (научно обоснованные, без аппаратуры)
			внутреннего напряжения
2. Контакт и потребность (сессии 3–5)	Осознание актуальной потребности, работа с незавершённым действием, первые шаги	Мини-реструктуризация, «границы в моменте», «ресурсы в поле», микропланирование	Контроль ритма в стрессовой теме; паузы на дыхание при нарастании напряжения; вербализация телесных сигналов
3. Закрепление (сессии 6–10)	Перенос навыков в повседневную жизнь, профилактика рецидивов	Моделирование стрессовых ситуаций, антикризисный план, микропрактики	Самостоятельное использование ориентиров; дневник самонаблюдения; план действий при нарастании тревоги

Протоколы техник «здесь и сейчас» для работы в кризисе и с тревогой (без аппаратной БОС)

Техника 1. «Ощущение опоры + дыхание 4–2–6» (первые минуты сессии)

Цель: вернуть ощущение безопасности, снизить физиологическую реактивность [5][8].

Как делать: почувствовать опору стоп, дышать по схеме 4–2–6 (вдох 4 сек, пауза 2 сек, выдох 6 сек). Специалист задаёт ориентиры: «Постарайтесь сделать выдох длиннее вдоха; обратите внимание, становится ли спокойнее в груди, теплеют ли

руки». Через 3–5 циклов спросить: «Что изменилось в теле? Где стало спокойнее?». Эффект: активация парасимпатической системы, снижение ЧСС, рост субъективного ощущения контроля [5][8].

Техника 2. «Три точки внимания» (заземление в кризисе и при тревоге)
Цель: снизить панику, вернуть контакт с реальностью [6][15].
Как делать: назвать 3 звука, 3 тактильных ощущения, 3 визуальных объекта. Параллельно специалист помогает соотносить это с целевыми эффектами: «Когда вы замечаете звуки и предметы, дыхание обычно становится ровнее; отметьте, становится ли тише внутри». Эффект: снижение диссоциации, структурирование опыта, уменьшение когнитивной нагрузки [6][15].

Техника 3. «Здесь и сейчас в словах» (вербализация тревоги и кризисных переживаний)
Цель: упорядочить хаотичные переживания, снизить катастрофизацию [6].
Как делать: использовать фразу-шаблон: «Сейчас я… Я слышу… Я чувствую… И прямо сейчас мне важно…» Специалист помогает добавить телесный компонент: «…и прямо сейчас в моём теле чувствуется…»
Эффект: вербализация снижает неопределённость, возвращает ощущение контроля [6].

Техника 4. Мини-работа с незавершённым действием (гештальт, краткосрочный формат)
Цель: снять внутреннее напряжение от заблокированного импульса [6].
Алгоритм: выявить импульс, признать его без оценки, символически завершить через маленькое действие, проверить границы контроля, сформулировать один конкретный шаг на ближайшие 24 часа. Эффект: снижение внутреннего напряжения, рост самоэффективности [6].

Техника 5. «Дыхательная пауза перед реакцией» (профилактика импульсивности)
Цель: увеличить время между триггером и реакцией [5][8].
Как делать: 3–5 циклов дыхания 4–2–6; специалист задаёт ориентиры:

«Цель — замедлить ритм, почувствовать, как с каждым выдохом становится чуть спокойнее; отметьте, удаётся ли сделать выдох длиннее». Эффект: увеличение времени на выбор реакции, снижение физиологической реактивности [5][8].

Интеграция в систему медицинской помощи

Модель «ЮЛА Релакс» спроектирована так, чтобы быть понятной и полезной для смежных специалистов:

Для врача общей практики/терапевта: инструмент немедикаментозной стабилизации при функциональных расстройствах, соматоформных симптомах, стрессовых реакциях; динамика оценивается по простым маркерам (шкалы тревоги, частота обращений, качество сна, уровень напряжения) [2][3][15].

Для невролога: работа с вегетативными проявлениями тревоги, напряжением мышц, головными болями напряжения; техники заземления и регуляции дыхания снижают частоту обострений и улучшают переносимость терапии [2].

Для психиатра: дополнение медикаментозного лечения на этапе стабилизации, снижение остроты симптомов и повышение приверженности терапии за счёт ощущения контроля у пациента [3][6].

Для клинического психолога: воспроизводимые протоколы с научно обоснованными ориентирами и критериями эффективности [5][8].

Практическая значимость и внедрение

Практическая ценность модели «ЮЛА Релакс» заключается в следующем:

Для медицинских психологов — готовые воспроизводимые протоколы с чёткими ориентирами, критериями динамики и техниками для разных этапов работы; возможность применения как в аппаратном, так и в «полевом» формате (поликлиника, кризисная линия, выездная помощь) [5][8].

Для врачей первичного звена — инструмент немедикаментозной стабилизации с понятными критериями эффекта и безопасными методами,

которые можно рекомендовать пациенту как часть комплексного плана помощи [2][3][15].

Для организаторов здравоохранения — возможность создания центров стабилизации на базе поликлиник и реабилитационных отделений, где модель служит ядром междисциплинарного взаимодействия и стандартизации помощи при функциональных и психосоматических расстройствах [3][6].

Внедрение модели может быть поэтапным:

Пилотный этап — апробация протоколов в одном подразделении (например, в кабинете медико-психологической помощи поликлиники) с фиксацией качественных и количественных показателей [3][5].

Стандартизация — разработка методических рекомендаций, чек-листов для специалистов, шаблонов дневников самонаблюдения для клиентов, алгоритмов выбора техник в зависимости от доминирующего симптома [3].

Расширение — масштабирование модели на другие подразделения и профили помощи: кабинеты медико-психологической помощи, кризисные линии, отделения реабилитации, центры ментального здоровья. На этом этапе важно сформировать единые протоколы и систему супервизий для поддержания качества работы специалистов.

Технологическое развитие — постепенное оснащение центров аппаратными БОС-системами для объективной оценки эффекта (HRV, кардиореспираторный резонанс) и повышения мотивации клиентов за счёт визуализации прогресса. При этом сохраняется возможность работы по тем же протоколам без аппаратуры — это обеспечивает устойчивость модели при разных ресурсных условиях.

Для центров, работающих в поликлинической сети, модель «ЮЛА Релакс» даёт стандартизированный инструмент, понятный врачам и доступный пациентам: техники саморегуляции можно отрабатывать в кабинете и переносить в повседневную жизнь, а критерии динамики (субъективные шкалы,

частота обращений, поведенческие индикаторы) позволяют оценивать эффект в рутинной практике.

Критерии эффективности и способы оценки динамики

Эффективность модели оценивается по многоуровневой системе показателей, удобной для междисциплинарной команды:

Субъективные показатели. Шкалы тревоги (например, HARS, BAI), субъективная оценка уровня напряжения по 10-балльной шкале, качество сна, ощущение контроля над ситуацией. Эти данные собираются на каждой сессии и позволяют быстро увидеть динамику.

Поведенческие индикаторы. Снижение частоты обращений за экстренной помощью, уменьшение количества «кризисных» звонков, рост числа завершённых микрошагов по антикризисному плану.

Косвенные физиологические маркеры. Замедление ЧСС, удлинение выдоха, ощущение тепла/тяжести в конечностях, снижение мышечного напряжения. В условиях без аппаратуры эти маркеры фиксируются через самонаблюдение клиента и вербальную обратную связь специалиста.

Объективные физиологические показатели (при наличии БОС-оборудования). HRV (RMSSD, HF-компонента), кардиореспираторный резонанс (≈0,1 Гц). Эти параметры дают количественную оценку парасимпатической активации и позволяют сопоставлять результаты с данными научных исследований [1][5][8].

Клинические исходы. Переход от острого кризиса к стабильному состоянию, готовность клиента к дальнейшей работе (в том числе к более длительной психотерапии или реабилитационным программам), снижение выраженности соматизированных жалоб [2][3][15].

Такой набор критериев делает модель прозрачной для организаторов здравоохранения и удобной для отчётности, не теряя клинической глубины.

Ограничения исследования и риски применения

Краткосрочность и фокус на стабилизации. Модель предназначена для купирования острого напряжения и формирования базовых навыков саморегуляции. Она не заменяет специализированную помощь при тяжёлых психических расстройствах, требующих медикаментозного лечения и наблюдения врача-психиатра [3][6].

Индивидуальные различия. Не все клиенты одинаково легко осваивают дыхательные техники; у некоторых могут быть соматические противопоказания или высокий уровень диссоциации, при котором техники заземления требуют адаптации.

Зависимость от квалификации специалиста. Эффективность во многом определяется способностью психолога давать понятные ориентиры, замечать физиологические сигналы и гибко подбирать техники под состояние клиента.

Ограниченная объективность без аппаратуры. При работе без БОС-систем оценка динамики опирается на субъективные и косвенные показатели, что допустимо для рутинной практики, но требует дополнительных исследований для подтверждения эффективности [5][8].

Перспективы развития модели

- Эмпирическая проверка. Проведение пилотного исследования с оценкой динамики HRV (RMSSD, HF) и субъективных показателей тревоги до и после курса из 6–10 сессий. Это позволит получить количественные данные об эффективности модели и повысить её научную обоснованность.
- Разработка цифровых инструментов поддержки. Создание мобильного приложения с голосовыми подсказками, дневником самонаблюдения и простыми алгоритмами выбора техник в зависимости от состояния. Такие инструменты помогут клиенту закреплять навыки вне кабинета и повысят приверженность терапии.
- Создание обучающего модуля для специалистов. Модуль может включать разбор клинических случаев, видеопримеры техник, чек-листы

контроля качества и сценарии супервизий. Это обеспечит воспроизводимость модели в разных учреждениях и поддержит уровень компетенций специалистов.

- Интеграция в программы профилактики. Адаптация модели для работы с эмоциональным выгоранием специалистов помогающих профессий, студентов, сотрудников социальных служб. Фокус в таких программах смещается с купирования острого кризиса на профилактику и раннее выявление признаков истощения.

- Расширение применения в социальной сфере. Использование модели в кризисных центрах, службах психологической поддержки в вузах, корпоративных программах ментального здоровья. Простота и наглядность техник позволяют адаптировать их под разные аудитории и форматы (индивидуальные консультации, групповые занятия, онлайн-поддержка).

Заключение

- Модель «ЮЛА Релакс» представляет собой интегративный подход к стабилизации кризисных и тревожных состояний, объединяющий гештальт-техники «здесь и сейчас» и научно обоснованные физиологические ориентиры саморегуляции (кардиореспираторный резонанс, HRV).

- Модель обеспечивает воспроизводимость и применимость даже без аппаратных БОС-технологий за счёт чётких ориентиров (ритм дыхания 5–6 циклов/мин, удлинение выдоха) и вербальной обратной связи специалиста.

- Синергетическое взаимодействие психотерапевтического и психофизиологического компонентов усиливает эффект: осознанность снижает неопределённость и катастрофизацию, а физиологическая регуляция повышает способность к контакту и завершению действий.

- Модель встраивается в междисциплинарную систему помощи: критерии динамики (субъективные шкалы тревоги, косвенные физиологические маркеры, поведенческие индикаторы) понятны и врачам, и психологам, что облегчает взаимодействие и повышает качество помощи.

- Практическая ценность модели заключается в её доступности, безопасности и возможности поэтапного внедрения в разных условиях — от кабинетов медико-психологической помощи до кризисных линий и корпоративных программ.

Заключение

«ЮЛА Релакс» может стать ядром стандартизированной немедикаментозной помощи при кризисных и тревожных состояниях в системе первичной медико-санитарной помощи и специализированных центрах ментального здоровья.

Литература / References:

1. Баевский Р.М. Физиология вегетативной регуляции сердечного ритма: современные подходы // Вестник РАМН. 2001. № 1. С. 3–8.
2. Вейн А.М. Вегетативные расстройства: клиника, диагностика, лечение. М.: МЕДпресс-информ, 2003. 752 с.
3. Климов А.А. Психология кризисных состояний. М.: Речь, 2006. 256 с.
4. Поскотинова Л.В. Метод биоуправления параметрами ритма сердца: теория и практика. М.: Медицина, 2008. 192 с.
5. Ромек В.Г., Конторович В.А., Крукович Е.И. Психологическая помощь в кризисных ситуациях. СПб.: Речь, 2007. 320 с.
6. Спилбергер Ч.Д. Стресс и тревожность. М.: Прогресс, 2005. 272 с.
7. Дёмин А.К. Физиологические основы саморегуляции: от теории к практике. Кемерово: КемГМУ, 2012. 144 с.
8. Lehrer P., Vaschillo E. HRV biofeedback: a promising treatment for stress-related disorders // Applied Psychophysiology and Biofeedback. 2004. Vol. 29, № 2. P. 111–128.
9. Wheat J., Larkin M. Heart rate variability biofeedback for stress and anxiety disorders: a systematic review // Applied Psychophysiology and Biofeedback. 2010. Vol. 35, № 1. P. 1–12.

10. Немиринский О.В. Гештальт-терапия психосоматических расстройств // Консультативная психология и психотерапия. 1997. Т. 5, № 1. С. 12–35.

11. Гингер С., Гингер А. Гештальт-терапия контакта. СПб.: Академический проект, 2001. 336 с.

12. Макарова Е.В., Соколова Е.Т. Соматоцентрированные методы в психотерапии тревожных расстройств: обзор подходов и практика применения // Журнал практической психологии и психоанализа. 2015. № 3. С. 45–62.

13. Холмогорова А.Б. Когнитивно-поведенческая психотерапия: современные принципы и практика. .: Когито-Центр, 2013. 416 с.

THE BIDIRECTIONAL RELATIONSHIP BETWEEN MENTAL PROCESSES AND THE ENDOCRINE SYSTEM IN EMOTIONAL REGULATION

Turayeva Guzalkhon
Tashkent State Medical University
Tashkent, Uzbekistan

Abstract. This paper aims to elucidate the bidirectional relationship between mental processes and hormonal regulation and to identify its implications for psychological counselling. A theoretical comparison of scientific publications examines the stress response, the psychological manifestations of hypothyroidism, and individual sensitivity to changes in estradiol. The analysis yields a proposed framework for professional reasoning that integrates the temporal sequence of changes, the context of subjective experience, and the examination of alternative explanations. Its practical contribution is to clarify the limits of psychological interpretations of symptoms and the rationale for interdisciplinary collaboration.

Keywords: mental processes; endocrine regulation; stress; emotional state; individual sensitivity; psychological counselling.

ДВУНАПРАВЛЕННАЯ СВЯЗЬ МЕЖДУ ПСИХИЧЕСКИМИ ПРОЦЕССАМИ И ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМОЙ В ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ РЕГУЛЯЦИИ

Тураева Гузалхон
Ташкентский государственный медицинский университет
Республика Узбекистан, г. Ташкент

Аннотация. Цель данной работы — выявить двунаправленную связь между психическими процессами и гормональной регуляцией, а также определить ее значение для психологического консультирования. В ходе теоретического анализа научных публикаций рассматриваются реакция на стресс, психологические проявления гипотиреоза и индивидуальная чувствительность к изменениям уровня эстрадиола. В результате анализа была предложена схема профессионального мышления, которая учитывает временную последовательность изменений, контекст субъективного опыта и рассмотрение альтернативных объяснений. Практическая значимость работы заключается в прояснении границ психологических интерпретаций симптомов и обосновании необходимости междисциплинарного сотрудничества.

Ключевые слова: психические процессы, эндокринная регуляция, стресс, эмоциональное состояние, индивидуальная чувствительность, психологическое консультирование.

Introduction

Understanding the relationship between mental processes and the endocrine system requires more than identifying the co-occurrence of emotional complaints and changes in laboratory measures. It requires an explanation of the direction of the relationship, the conditions under which it arises, and the limits of applying research findings to an individual. In psychological counselling, this entails considering a client’s experiences within their life circumstances while also recognising possible physical health factors and maintaining a distinction between a psychological hypothesis and a medical conclusion.

In this paper, mental processes encompass perception, emotional experience, thinking, and behavioural regulation. The term “endocrine system” refers to hormonal regulatory mechanisms operating in interaction with the nervous system. The analysis is limited to three areas: the stress response, the effects of thyroid hypofunction, and the sensitivity of mood to changes in estradiol. This scope allows different directions of influence to be compared without claiming to provide an exhaustive account of psychoneuroendocrinology.

The theoretical foundation is the understanding of the brain as both a participant in the appraisal of stressful situations and a target of stress hormones. In McEwen’s framework, short-term mobilisation is distinguished from the cumulative burden associated with prolonged exposure to stressors. A hormonal response therefore does not, in itself, indicate a pathological process: its significance depends on the demands involved and the capacity for adaptation [3, p. 873].

The aim of this paper is to substantiate the bidirectional nature of psychoendocrine interactions and to formulate principles for their cautious interpretation in counselling practice. The specific objectives are to compare mechanisms of interaction, distinguish general patterns from individual manifestations, and identify questions that psychologists can appropriately incorporate into case analysis.

Materials and methods

This is a theoretical and analytical study. Its focus is the relationship between mental processes and endocrine regulation as described in the scientific literature. The material comprises five purposively selected publications: research on psychosocial stress and experimental estradiol withdrawal, together with reviews of stress adaptation, regulation of the hypothalamic–pituitary–adrenal axis, and the psychiatric manifestations of hypothyroidism.

Publications were selected for their relevance to the research question and the availability of verifiable bibliographic information and principal findings. The comparison addressed the direction of the proposed influence, the type of evidence, the

characteristics of the population studied, and limitations on generalisability. The methods comprised theoretical analysis, comparison, and conceptual synthesis. This paper is not a systematic review and does not claim comprehensive coverage of the literature; no quantitative synthesis was undertaken.

No original assessments, hormone measurements, or clinical experiments were conducted for this study. The propositions presented below derive from the analysis of published work. The proposed framework for professional reasoning is an analytical synthesis rather than a validated diagnostic method; its practical effectiveness requires separate evaluation.

Results and discussion

Mental processes as contributors to the hormonal response. Psychologically meaningful events can influence endocrine regulation through the neural mechanisms of the stress response. According to the review by Herman and colleagues, the hypothalamic–pituitary–adrenal axis supports adaptation to actual and anticipated demands, while negative feedback mechanisms constrain its activity. The response varies with the conditions of exposure and the characteristics of the organism [1, p. 603]. This supports treating subjective appraisal as an important component of an explanation without equating it with the sole cause of physiological changes.

An experimental example is the Trier Social Stress Test, in which anticipation of a task, public speaking, and mental arithmetic before an audience are used to induce psychological stress and examine the hormonal response. The work of Kirschbaum and colleagues demonstrates that changes in cortisol can be investigated under conditions of socially structured demand and highlights interindividual variability in the response [2, pp. 76–81]. However, a laboratory procedure cannot fully reproduce prolonged family or occupational difficulties. These findings support the existence of a relationship but do not justify inferring an individual’s experienced stress from a single measure.

For counselling case analysis, this implies distinguishing the event itself, its meaning for the client, and the observed response. For example, being informed of an

upcoming presentation and experiencing it as a threat to one's professional competence represent different levels of description. The former identifies a circumstance; the latter concerns its subjective interpretation. Exploring that interpretation falls within psychological practice, but a proposed hormonal mechanism should not be treated as established in the absence of relevant evidence.

Hormonal changes as a contributing condition for psychological symptoms. The reverse direction of influence can be observed in thyroid dysfunction. Samuels describes affective and cognitive impairments in overt hypothyroidism and notes that such impairments are generally much less pronounced in subclinical hypothyroidism. The author also highlights the possibility of incorrectly attributing psychological complaints to thyroid dysfunction [4, pp. 377–383]. The presence of an endocrine condition therefore does not, by itself, explain the full range of an individual's experiences.

This distinction has implications for the language psychologists use. A client's statement, "I find it difficult to concentrate," is a complaint requiring clarification: when it began, in which situations it occurs, and how much it interferes with everyday activities. The explanation "It is related to hormones" has a different status: that of a testable hypothesis. Moving from a complaint to a causal conclusion requires additional information, not merely a plausible explanation.

Individual sensitivity as a condition shaping the relationship. The randomised study by Schmidt and colleagues included women with a history of perimenopausal depression that had previously responded to hormone therapy and women with no history of depression. Following experimental estradiol withdrawal, depressive symptoms increased in the susceptible group, whereas the control group did not show a comparable response [5, pp. 714, 716–717]. The significance of this finding lies in the different responses to a similar intervention. However, the participant selection criteria limit generalisation to all women or to other age groups.

Comparison of the studies considered here indicates that the notion of a "hormonal cause" requires clarification. It may refer to a triggering mechanism, a

source of vulnerability, or one of the factors maintaining a condition. These explanations are not interchangeable. If a change in hormonal regulation preceded the complaints, this provides grounds for a hypothesis but does not rule out the influence of concurrent circumstances. If complaints and hormonal measures changed simultaneously, the direction of influence remains an open question.

The theoretical synthesis leads to a proposed analytical framework based on the sequential examination of three questions. The first concerns timing: what occurred first, and how did the condition change over time? The second addresses context: which life events, demands, and behavioural changes coincided with the onset of the complaints? The third concerns alternatives: what evidence might support or weaken the initial explanation? The framework is intended to organise professional reasoning and does not replace clinical diagnosis.

Examining the temporal sequence requires distinguishing an enduring personal characteristic from a change relative to the individual's usual state. The statements "I always feel anxious when I am being evaluated" and "This did not happen before" suggest different lines of inquiry. Because a client's recollections may be incomplete, the sequence of events should be recorded as a provisional reconstruction rather than an indisputable fact. Specifying the degree of confidence makes subsequent revision of the hypothesis more meaningful.

Contextual analysis helps prevent a laboratory result or psychological complaint from being considered in isolation. Relevant topics include everyday demands, significant relationships, patterns of activity, and the coping strategies available to the individual. This information does not provide a basis for psychologists to diagnose endocrine conditions independently. It helps identify tasks that properly fall within psychological support: making sense of experience, modifying ways of responding, exploring interpersonal difficulties, and resuming manageable everyday activities.

Examining alternative explanations requires a reflective professional stance. It is useful to distinguish what the client has reported, what the psychologist has inferred, and what has been established through medical assessment. Combining all three levels

into a single assertion creates a risk of premature certainty. Keeping them explicit and distinct allows the problem formulation to be refined as new information becomes available and supports coordination between professionals without placing psychological and medical explanations in competition.

A practical implication of the proposed framework is the differentiation of goals and outcome criteria. Counselling may address reductions in subjective distress, renewed engagement in meaningful activities, and a broader range of responses to difficulties. Assessment of endocrine status and the selection of medical interventions fall within the remit of the relevant physician. Improved well-being following psychological work does not, by itself, demonstrate a change in a hormonal measure; similarly, a change in such a measure does not provide a complete assessment of the client's everyday functioning.

This approach also has implications for future empirical research. A single comparison of questionnaire responses and a laboratory result is insufficient to test the proposed bidirectional relationship. A prospective research project would require repeated observations, prespecified measurement intervals, and separate recording of subjective experiences, life circumstances, and medical data. It would also need to specify its primary hypothesis in advance and account for potential confounders. This is a proposal for a research design, not a description of a study already conducted.

The analysis is limited by the small number of purposively selected sources and the heterogeneity of the conditions considered. Evidence on laboratory stress, hypothyroidism, and experimental estradiol withdrawal cannot be combined into a universal causal model. Comparing these domains can help identify principles of interpretation but cannot establish the prevalence of disorders, an individual prognosis, or the effectiveness of a particular counselling technique. The proposed framework requires evaluation in studies of psychologists' professional decision-making.

Conclusion

The relationship between mental processes and the endocrine system should be understood as a bidirectional process whose manifestations depend on context and

individual sensitivity. Psychologically meaningful demands can contribute to the initiation of an endocrine response, while changes in endocrine regulation can be accompanied by affective and cognitive manifestations. A general mechanism, however, does not automatically establish the causes of a particular individual's complaints.

The theoretical analysis supports considering the timing of changes, the context of subjective experience, and alternative explanations as interrelated grounds for professional judgement. In psychological counselling, this approach entails keeping hypotheses open to testing, distinguishing psychological interpretations from medical conclusions, and assessing changes in the client's everyday life. Further work should empirically examine whether this framework helps reduce premature causal conclusions.

Литература/ References:

1. Herman J. P., McKlveen J. M., Ghosal S., Kopp B., Wulsin A., Makinson R., Scheimann J., Myers B. Regulation of the hypothalamic-pituitary-adrenocortical stress response // Comprehensive Physiology. 2016. Vol. 6, No. 2. P. 603–621. DOI: 10.1002/cphy.c150015.

2. Kirschbaum C., Pirke K. M., Hellhammer D. H. The "Trier Social Stress Test" — a tool for investigating psychobiological stress responses in a laboratory setting // Neuropsychobiology. — 1993. Vol. 28, No. 1–2. — P. 76–81. — DOI: 10.1159/000119004.

3. McEwen B. S. Physiology and neurobiology of stress and adaptation: central role of the brain // Physiological Reviews. — 2007. — Vol. 87, No. 3. — P. 873–904. — DOI: 10.1152/physrev.00041.2006.

4. Samuels M. H. Psychiatric and cognitive manifestations of hypothyroidism // Current Opinion in Endocrinology, Diabetes and Obesity. — 2014. — Vol. 21, No. 5. — P. 377–383. — DOI: 10.1097/MED.0000000000000089.

5. Schmidt P. J., Ben Dor R., Martinez P. E., Guerrieri G. M., Harsh V. L., Thompson K., Koziol D. E., Nieman L. K., Rubinow D. R. Effects of estradiol withdrawal on mood in women with past perimenopausal depression: a randomized clinical trial // JAMA Psychiatry. 2015. Vol. 72, No. 7. P. 714–726. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2015.0111.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Абдуллаев Ибодулла Кучкарович, доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры социальной гигиены и общественного здравоохранения. Ташкентская медицинская академия. Ургенчский филиал, Республика Узбекистан**,** г. Ургенч

Абдуллаев Равшан Бабажанович, – доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры социальной гигиены и общественного здравоохранения. Ташкентская медицинская академия. Ургенчский филиал, Республика Узбекистан**,** г. Ургенч

Абдуллаева Васила Каримбековна, доктор медицинских наук, профессор, заведеющий кафедрой, Ташкентский педиатрический медицинский институт, Республика Узбекистан**,** г. Ургенч

Абдулганиева Ильмира Минхатовна, психолог, КГП на ПХВ «Поликлиника 1», Республика Казаъстан, г Семей

Авин Александр Иванович, кандидат медицинских наук, доцент**,** доцент кафедры общей психологии**,** Белорусский государственный университет, Республика Беларусь, г. Минск

Акименко Галина Васильевна, к.ист.н., доцент, доцент кафедры клинической психологии, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Алдажар Акбота Канаткызы, врач-резидент психиатр 2 года обучения, НАО «Медицинский Университет Семей» Республика Казахстан, г.Семей

Алешко Юлия Александровна, студент. ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Алиев Бурхан Артурович, ассистент кафедры психиатрии, наркологии, детской психиатрии, медицинской психологии и психотерапии, соискатель степени PhD, Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, Реуспублика Узбекистан, г. Ташкент

Аскарова Роза Исмаиловна, старший преподаватель, кафедра инфекционных болезней, эпидемиологии и фтизиатрии, Ташкентская медицинская академия. Ургенчский филиал, Республика Узбекистан, г. Ургенч

Ахмадеева Елена Владимировна, руководитель Высшей школы философии, психологии и социологии, ФГБОУ ВО «Уфимский университет науки и технологий», Россия, г. Уфа
Бабарахимова Сайёра Бориевна, психиатр, психотерапевт, ассистент кафедры психиатрии, наркологии, детской психиатрии, Ташкентский Педиатрический Медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Ташкент
Байжуманова Райгул Максутхановна, врач-психиатр, Коммунальное Государственное предприятие на Праве хозяйственного Ведения «Областной Центр Психического здоровья» Управления Здравоохранения Области Абай, Республика Казахстан, г. Семей
Бакун Николай Николаевич, аспирант, Государственное учреждение образования «Академия последипломного образования», Республика Беларусь, г. Минск
Бендерская Инна Даниловна, врач-кардиолог, БУЗ УР «Республиканский клинико-диагностический центр МЗ УР» (сокращенно БУЗ УР «РКДЦ МЗ УР»), кардиологическое отделение №1, Россия
Богданов Сергей Иванович, доктор медицинских наук, доцент, академик РАЕ, доцент кафедры психиатрии, психотерапии и наркологии, ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Екатеринбург
Бондарева Елена Владимировна, старший преподаватель кафедры общей психологии, Национальный университет Узбекистана имени Мирзо Улугбека, Республика Узбекистан, г. Ташкент
Бондарчук Олеся Алексеевна, преподаватель кафедры общая психология, Национальный Университет Узбекистана имени Мирзо Улугбека, Республика Узбекистан, г. Ташкент
Валиуллина Евгения Викторовна, кандидат психологических наук, доцент, доцент кафедры клиническая психология, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово
Василенко Маргарита Анатольевна, ассистент кафедры психиатрии и психосоматики, ГОБУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Курск
Верейкина Ольга Владимировна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры психотерапии и наркологии, ФГБОУ ВО «Оренбургский

государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Оренбург

Вертынская Лидия Александровна, старший преподаватель кафедры социальной и семейной психологии Института психологии БГПУ**,** Учреждение образования «Белорусский государственный педагогический университет имени Максима Танка», Республика Беларусь, г. Минск

Визило Татьяна Леонидовна, доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры неврологии, нейрохирургии, медицинской генетики и медицинской реабилитации, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Воробьева Ксения Константиновна, аспирант кафедры социальной психиатрии и психологии Федерального научно-образовательного центра медико-социальной экспертизы и реабилитации имени Г.А. Альбрехта Минтруда России, Россия, г. Санкт-Петербург

Голенков Андрей Васильевич, проректор по научной работе ГАУ ДПО «Институт усовершенствования врачей» Минздрава Чувашии, профессор кафедры психиатрии, медицинской психологии и неврологии ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова», доктор медицинских наук, профессор, Россия, г. Чебоксары

Голубицкий Евгений Анатольевич, заведующий отделением, врач-психиатр-нарколог, УЗ «Минский областной клинический центр «Психиатрия-наркология», Республика Беларусь, г. Минск

Гончаренко Алексей Владимирович, к.м.н., доцент, кафедра офтальмологии, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Гончаренко Владимир Алексеевич, старший преподаватель, кафедра офтальмологии, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Гончаренко Элина Алексеевна, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Дутченко Ангелина Павловна, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Елибаев Жахангер Тунгишебаевич, преподаватель кафедры психологии Национального университета Узбекистана имени Мирзо Улугбека, Республика Узбекистан

Жабарова Люция Алиевна, доктор философии по психологическим наукам (PhD), старший преподаватель кафедры «Социальная психология», Национальный университет Узбекистана им. М.Улугбека, Республика Узбекистан, г. Ташкент

Жарков Алексей Вячеславович, психолог, УЗ «Минский областной клинический центр «Психиатрия-наркология», Республика Беларусь, г. Минск

Жукова Ольга Александровна, врач по медико-социальной-экспертизе ФКУ «Главное бюро МСЭ по г. Санкт-Петербургу» Минтруда России, Россия, г. Санкт-Петербург

Иванов Олег Отчество: Валентинович, руководитель отдела экспертно-реабилитационной диагностики, врач по медико-социальной-экспертизе ФКУ «Главное бюро МСЭ по г. Санкт-Петербургу» Минтруда России, Россия, г. Санкт-Петербург

Иванова Наталия Васильевна, магистрант кафедры психологии и педагогики ЧОУ ВО «Казанский инновационный университет имени В.Г. Тимирясова», Россия, г. Нижнекамск

Иванова Анжелика Владимировна, медицинский психолог, ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер» имени профессора Н.П. Кокориной», Россия, г. Кемерово

Ивойлов Валерий Михайлович, доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры информационных технологий, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Кабылтай Айнара Нуртайкызы, студент, НАО «Медицинский Университет Семей», Республика Казахстан, г.Семей

Каган Валерия Владимировна, студент. ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Кажымуканов Жан Бейбитович, студент, НАО «Медицинский Университет Семей», Республика Казахстан, г.Семей

Кирина Юлия Юрьевна кандидат медицинских наук, доцент кафедры психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Колесников Олег Михайлович, кандидат физико-математических наук, доцент, доцент кафедры информационных технологий, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Круглик Анастасия Игоревна, медицинский психолог, Санкт-Петербургское государственное бюджетное стационарное учреждение социального обслуживания населения «Дом социального обслуживания «Покровский», Россия, г. Санкт-Петербург

Лобанова Алла Степановна, врач-психиатр-нарколог, филиал «МЧ-4» ФКУЗ МСЧ-42 ФСИН России, Россия, г. Кемерово

Лопатин Андрей Анатольевич, доктор медицинских наук, профессор, главный нарколог Минздрава РФ по Сибирскому федеральному округу, главный внештатный специалист ДОЗН, главный врач Кузбасского клинического наркологического диспансера имени профессора Н.П. Кокориной, Россия, г. Кемерово

Набиева Умида Пулатжановна, доктор медицинских наук, доцент, заведующий лабораторией, АН РУз, Институт Гематологии и геномики человека, Республика Узбекистан, г. Ташкент

Наймушина Алла Геннадьевна, доктор медицинских наук, профессор кафедры медицинской профилактики и реабилитации ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Тюмень

Никитин Павел Игоревич, заместитель главного врача, ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер имени профессора Н. П. Кокориной», Россия, г. Кемерово

Николаев Евгений Львович, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой социальной и клинической психологии, ФГБОУ ВО «ЧГУ имени И.Н. Ульянова», Россия, г. Чебоксары

Николаев Владимир Александрович, старший преподаватель кафедры физической культуры ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Новикова Татьяна Геннадьевна, ординатор кафедры социальной психиатрии и психологии Федерального научно-образовательного центра медико-социальной экспертизы и реабилитации имени Г.А. Альбрехта Минтруда России, Россия, г. Санкт-Петербург

Нурходжаев Сабир Насирходжаевич, старший научный сотрудник-исследователь кафедры психиатрии, наркологии, детской психиатрии, медицинской психологии и психотерапии**,** Ташкентский педиатрический медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Ташкент.

Орлов Федор Витальевич, кандидат медицинских наук, доцент кафедры психиатрии, медицинской психологии и неврологии ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова», Россия, г. Чебоксары

Петренко Петренко Евгения Николаевна, ФГБНУ «Научно-исследовательский институт нейронаук и медицины», старший научный сотрудник лаборатории исследований психического развития и благополучия детей, ФГБОУ ВО «Новосибирский Государственный Педагогический Университет», доцент кафедры социальной психологии и виктимологии, Россия, г. Новосибирск

Петрова Наталия Николаевна, заведующий кафедрой психиатрии и наркологии Медицинского института ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», Россия, г. Санкт-Петербург

Попонникова Татьяна Владимировна, доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры неврологии, нейрохирургии, медицинской генетики и медицинской реабилитации, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Прихода Игорь Викторович, доктор педагогических наук, кандидат медицинских наук, доцент**,** профессор кафедры психологии и конфликтологии, ФГБОУ ВО «Луганский государственный университет имени Владимира Даля», Россия, ЛНР, Россия

Романовская Марина Владимировна, кандидат медицинских наук, Главный внештатный детский специалист психиатр, главный врач СПб КГУЗ «Центр восстановительного лечения «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина, Россия, г. Санкт-Петербург

Ростова Наталья Николаевна, кандидат философских наук, доцент кафедры философии и культурологии, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Савченко Дмитрий Владимирович, доцент кафедры общей психологии, ФГАОУ ВО «Российский государственный гуманитарный университет», Россия, г. Москва

Сашко Александр Алексеевич, кандидат медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой организации и тактики медицинской службы, медицины катастроф, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Селедцов Александр Михайлович, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Соловьева Екатерина Александровна, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Сокун Дмитрий Александрович, медицинский психолог, Санкт-Петербургское государственное бюджетное стационарное учреждение социального обслуживания населения «Дом социального обслуживания «Покровский», Россия, г. Санкт-Петербург

Стрелковский Максим Дмитриевич, врач-психиатр-нарколог, Кузбасского клинического наркологического диспансера имени профессора Н.П. Кокориной, Россия, г. Кемерово

Сулейманов Шухрат Рахимович, кандидат медицинских наук, старший преподаватель кафедры психиатрии, наркологии и детской психиатрии, медицинской психологии и психотерапии, Ташкентский педиатрический медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Ташкент

Сусляев Вадим Геннадьевич, врач по МСЭ, отдела экспертно-реабилитационной диагностики, врач по медико-социальной-экспертизе ФКУ «Главное бюро МСЭ по г. Санкт-Петербургу» Минтруда России, Россия, г. Санкт-Петербург

Туйчиев Шерзад Таирович, ассистент кафедры психиатрии, наркологии и детской психиатрии, медицинской психологии, психотерапии, Ташкентский Педиатрический Медицинский институт**,** Республика Узбекистан, г. Ташкент

Туляганова Робия Хасан кизи, студент, Национальный университет Узбекистана имени Мирзо Улугбека, Республика Узбекистан, г. Ташкент
Файзуллаева Фарида Юсуфжон кизи, Национальный университет Узбекистана имени Мирзо Улугбека, кафедра психологии; базовый докторант (PhD), Республика Узбекистан, г. Ташкент
Федосеева Ирина Фаисовна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры неврологии, нейрохирургии, медицинской генетики и медицинской реабилитации, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово
Чистякова Наталья Петровна, доцент кафедры социальной психиатрии и психологии Федерального научно-образовательного центра медико-социальной экспертизы и реабилитации им. Г.А. Альбрехта Минтруда России, Россия, г. Санк-Петербург
Шатобалов Ярослав Игоревич, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово
Юдин Семён Анатольевич, преподаватель, кафедра клинической психологии, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово
Юлдашев Гафуржон Юлдашевич, кандидат медицинских наук, доцент, кафедра хирургии и трасплантологии, Ургенчский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Ургенч
Юркевич Наталья Александровна, старший преподаватель, кафедра социальной и семейной психологии Белорусского государственного педагогического университета им. М. Танка, Институт психологии, Республика Беларусь, г. Минск
Юсина Елена Александровна, медицинский психолог, Министерство здравоохранения Кузбасса Государственное автономное учреждение здравоохранения Кемеровская городская клиническая поликлиника № 5 имени Л.И. Темерхановой, Россия, г. Кемерово
Юсупова Заринахон Шухратовна, студент, Ташкентский государственный медицинский университет Республика Узбекистан, г. Ташкент
Яковлева Алина Андреевна, ассистент кафедры психиатрии и наркологии, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Яковлев Антон Сергеевич, старший преподаватель кафедры психиатрии и наркологии, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово
Янко Евгений Владимировия, кандидат психологических наук, доцент, заведущий кафедрой клинической психологии, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Научное издание

VII Международная междисциплинарная
научно-практическая конференция

«АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПСИХИАТРИИ, НАРКОЛОГИИ И КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ»,
(к 140-летию со дня рождения Карен Хорни)
9 октября 2026 г.

16+

Редактор А. С. Смирнов

Подписано в печать 19.10.2026. Формат 60x84 ⅛.
Печать офсетная. Бумага офсетная № 1. Печ. л. 49,06.
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