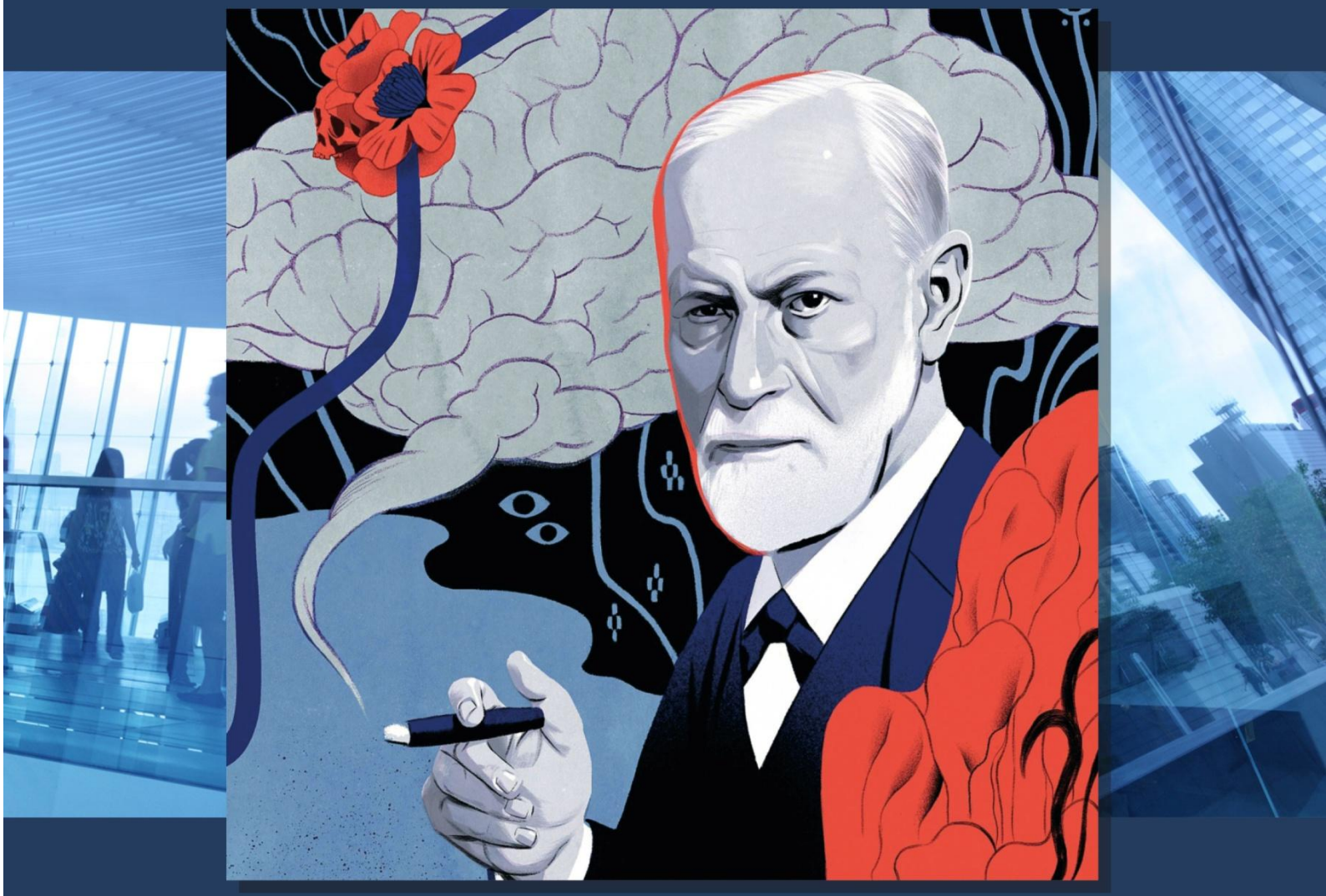
федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Кемеровский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

КУЗБАССКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ НАРКОЛОГИЧЕСКИЙ
ДИСПАНСЕР имени профессора Н. П. КОКОРИНОЙ

II Международная научно-практическая конференция

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПСИХИАТРИИ, НАРКОЛОГИИ И КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

к 165-летию со дня рождения австрийского психиатра и психолога З. Фрейда



Кемерово 2021

УДК 616.89(082)
ББК 56.14я43
А 437

Ответственный редактор:
д. м. н., доцент Т. В. Пьянзова

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.

Актуальные вопросы психиатрии, наркологии и клинической психологии. Сборник материалов II Международной научно-практической конференция к 165 - летию со дня рождения австрийского психиатра и психолога З. Фрейда. Кемерово, 2021. 378 с.

В сборник научных трудов вошли доклады ученых, практикующих врачей, клинических психологов, аспирантов и ординаторов по актуальным проблемам психиатрии, наркологии, медицинской психологии, особенностям психических и поведенческих расстройств у различных возрастных и социальных групп населения в условиях пандемии COVID-19, представленные на дистанционной международной научно-практической конференции.

Для психиатров, наркологов, психотерапевтов, медицинских психологов, врачей общесоматической практики.

Материалы публикуются в авторской редакции.

ISBN: 978-5-8151-0167-8

В макете обложки использована работа Сюзанны Сайнс из открытого источника.– URL: https://zen.yandex.ru/media/id/5a99a42d55876b8ea6dbc742/kak-poniat-razvivaetsia-li-vasha-jizn-ili-uviazla-v-bolote-citaty-zigmunda-freida-60e2fc697601597c33c9d1d2 (дата обращения 1.10.2021)

© Кемеровский государственный медицинский университет, 2021
© Кузбасский клинический наркологический диспансер, 2021
© Коллектив авторов, 2021

СОДЕРЖАНИЕ

ФАКТЫ О ЗИГМУНДЕ ФРЕЙДЕ, КОТОРЫЕ НЕ СВЯЗАНЫ С ПСИХОАНАЛИЗОМ 9

Абдуллаева В.К., Бабарахимова С.Б. 11
Особенности формирования суицидальных тенденций у подростков

Абрамов Б.Э., Сквира И.М. 22
Реальная музыкальная терапия

Акименко Г.В., Селедцов А.М., Кирина Ю.Ю. 29
Некоторые аспекты влияния COVID-19 на психическое здоровье человека

Алиева В.О. 46
Проблематика состояния стресса в условиях затяжной мультифакторной кризисной обстановки (на примере детей Рохинджа)

Аскарова Р., И., Юсупов Ш.Р. 58
Арт-терапия как способ лечения психических и неврологических расстройств у детей больных туберкулезом

Блажко А.С., Переверзев В.А., Евсеев А.В., Правдивцев В.А., Юреня Е.В., Еремейчик С.М., Никитина О.С., Переверзева Е.В. 68
Инсулинемия и состояние функциональной активности бета-клеток поджелудочной железы у молодых женщин, употребляющих алкоголь, и трезвенниц

Богулко К. А. 79
Физические и дыхательные упражнения как основа телесно-ориентированной психотерапии

Бреус А.В., Дорошенко С.А., Томашевская А.И. 85
Психологические особенности юношеского периода

Валиуллина Е. В. 93
Аддиктивное поведение: гемблинг

Вострых Д.В., Лопатин А.А., Дементьева Г.С., Рубцова О.С. 102
Профилактическая работа со страдающими наркологическими расстройствами родителями несовершеннолетних детей

Говорова Г.М., Дарсалия О.В., Зорохович И.И., Кириченко Е.А., Шевцова М.А 108
Опыт терапии психических расстройств у пациентов, перенесших COVID-19

Голобокова Е.А., Дорогова Э.А. 113
Влияние занятий спортом на психоэмоциональное состояние человека спорт как способ борьбы со стрессом

Горшкова О. А. 116
Психологические причины девиантного поведения в подростковой среде и их коррекция

Дацковский Исраэль 125
Коррекция базовых столпов логотерапии В. Франкла

Елизарьева Т.А., Белова О.С., Соловьев А.Г. 136
Комплексное сопровождение детей с расстройством аутистического спектра

Ефременко Е.С., Титов Д.С., Никонов Д.А. 142
Функционирование церулоплазмина в рамках антиоксидантной защиты при алкогольной абстиненции

Иванова А.В., Дубчак Ю.В., Зорохович И.И., Лопатин А.А. 146
Взаимосвязь системы психологических защитных механизмов наркологических пациентов с типом переживаемого актуального смыслового состояния

Кадис Л.Р. 155
Т.К. Розенталь и ее роль в истории детского медицинского психоанализа в Петрограде

Киворкова А.Ю.,Соловьев А.Г.
Применение песочной терапии в диагностике эмоциональных особенностей детей представителей опасных профессий 162

Кирина Ю.Ю., Никитин П.И., Вострых Д.В., Лопатин А.А., Селедцов А.М. 168
Актуальные вопросы медицинского освидетельствования на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием

Кирина Ю.Ю., Селедцов А.М., Акименко Г.В. 173
Тревожность во время пандемии: нормальная реакция или расстройство психики (обзор литературы)

Ковынев И.В.. Смирнова С.И.
Взаимосвязь уровня стрессоустойчивости, оптимизма и активности медицинских работников 187

Люлина И.Л., Никитин П.И., Лопатин А.А., Зорохович И.И., Зарубина Н.Г. 197
Профилактика правонарушений наркологическими пациентами в Кузбассе при проведении медицинского освидетельствования на состояние опьянения

Налётова О.С., Налётова Е.Н., Лаптева Н.А., Чепурная И.А., Алесинский М.М. 204
Депрессивные расстойства у больных сердечно-сосудистими заболеваниями в условиях экстремальных и кризисных ситуаций

Начева Л.В., Федосеева И.Ф. 210
Опыт дистанционного обучения студентов медицинского университета в условиях пандемии COVID-19

Носкова М.В. 224
Арт-технологии выявления психологических ресурсов спортсменов высших достижений

Пискарева О.И., Рубцова О.С., Вострых Д.В., Лопатин А.А., Зорохович И.И. 230
Психологическое сопровождение подростков с умственной отсталостью и употреблением алкоголя, обучающихся в образовательной организации для лиц с ограниченными возможностями здоровья

Поплевченков К.Н., Агибалова Т.В., Застрожин М.С., Бузик О.Ж. 234
Влияние полиморфизма гена CYP2C19 на эффективность лечебных и реабилитационных мероприятий у пациентов с зависимостью от психостимуляторов

Родина М. А., Григорьева Е.В. 241
Расстройства сна в период распространения коронавирусной инфекции (COVID-19)

Романова М.М., Чернов А.В. 251
Некоторые особенности состояния психоэмоциональной сферы в медицинской среде

Романова М.М., Чернов А.В. 258
Некоторые особенности и перспективы организации реабилитационных мероприятий в период пандемии COVID-19

Рублева О.П., Вострых Д.В., Зорохович И.И., Лопатин А.А., Селедцов А.М. 268
Профилактика суицидов среди несовершеннолетних в рамках компетенции наркологической службы Кузбасса

Самсонова Г.М., Лопатин А.А., Вострых Д.В. 276
Анализ деятельности наркологической службы Кузбасса в 2018-2020 годах

Свинцова К.М. 284
Связь личностных особенностей с акцентуациям характера у студентов-медиков

Селедцов А.М., Кирина Ю.Ю., Акименко Г.В. 291
Профессиональное выгорание» у медицинских работников: диагностика, лечение, особенности в условиях распространения COVID-19

Селина Е.И, Иванова В.В. 302
Проблема киберкоммуникативной зависимости у студентов младших курсов

Сизова А. С. 309
Генетические аспекты алкогольной зависимости

Старчак Е.А. 317
Влияние здорового образа жизни на психическое состояние человека

Стрелковский М.Д., Кратовский А.Ю. 321
Психические и поведенческие расстройства, обусловленные употреблением снотворных или седативных средств в условиях пандемии вызванной новой коронавирусной инфекцией, на территории г. Юрги

Стрелковский М.Д., Кратовский А.Ю. 326
Вынужденная самоизоляция в период пандемии вызванной COVID-19 как фактор роста употребления психоактивных веществ

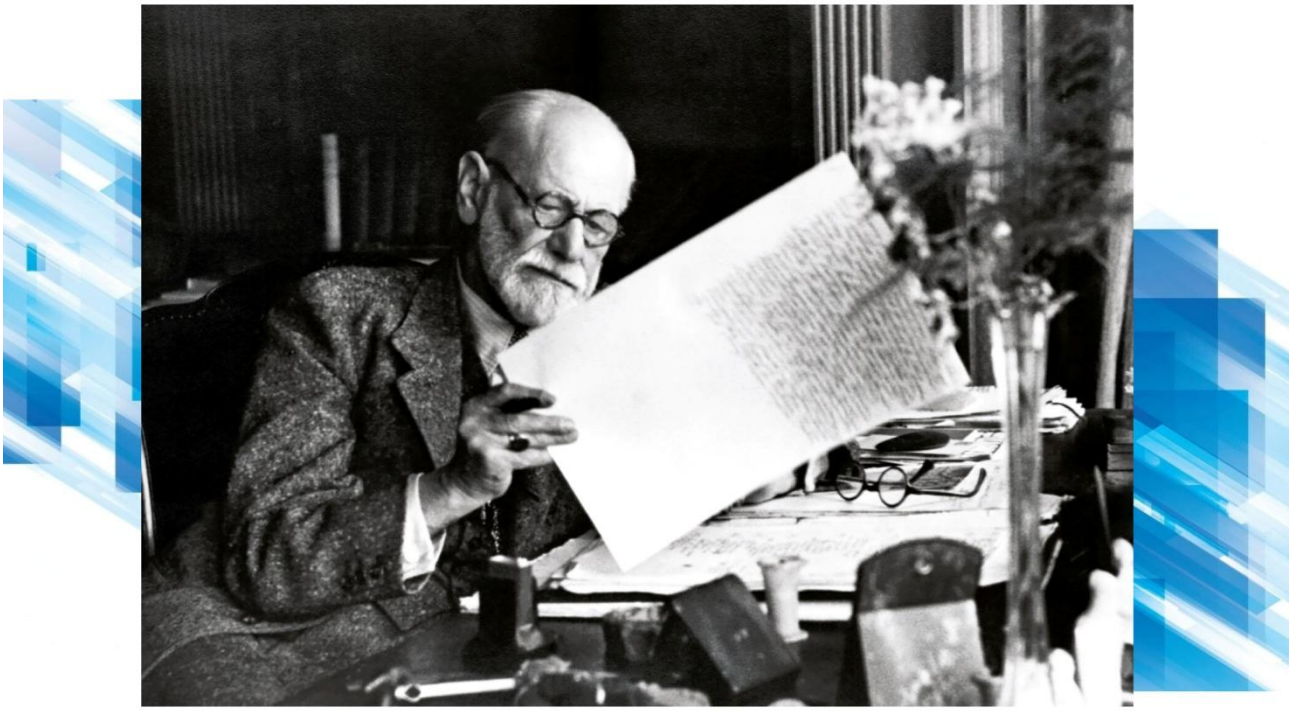
Теург-Дий В.Г. 330
Психодинамически-ориентированная концепция психосоматических расстройств

Титиевский С.В.. Бубнова Ю.И., Аурсалиди А.О. 344
Лингвистические особенности психически здоровых лиц с низким интеллектом (по данным стационарного обследования)

Туктарова С.У., Юлдашев В.Л., Ахмерова И.Ю. 355
COVID-19 - ассоциированный делирий (клинический случай)

Яковлев А.С., Яковлева А.А.
Варианты психических расстройств у лиц с психастенической психопатией в условиях пандемии COVID-19. 366

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ 371



ФАКТЫ О ЗИГМУНДЕ ФРЕЙДЕ, КОТОРЫЕ НЕ СВЯЗАНЫ С ПСИХОАНАЛИЗОМ

Зигмунд Фрейд (Сигизмунд Шломо Фрейд) родился 6 мая 1856 г. в городе Фрайберг в Моравии. Улица Шлоссергассе в Австрии, где родился З. Фрейда, сейчас названа в его честь.

- З. Фрейд поступил в гимназию в девять лет, на год раньше остальных и окончил ее на »отлично». Он планировал заниматься юриспруденцией, но поступил на медицинский факультет.
- Во время учебы и в первые годы работы Фрейд изучал зоологию и препарировал лягушек. Первую научную работу Фрейд посвятил половым различиям речных угрей.
- Два года Фрейд работал в Венской общественной больнице бесплатно на разных отделениях.
- В первые годы карьеры З.Фрейд лечил людей с помощью гипноза. Фрейд стал первым, кто провел сеанс гипноза без постороннего человека, хотя это не было разрешено.
- Фрейд 32 раза номинировался на Нобелевскую премию, но так и не стал лауреатом.

- В 1896 году Фрейда исключили из Венского медицинского общества за утверждение, что в основе истерии и психических расстройств лежат проблемы, связанные с сексуальностью.
- Фрейд создал и развил теорию психоанализа. В основе психоанализа лежит проговаривание мыслей и ассоциаций пациентом. В начале исследования Фрейд испытывал собственные теории психоанализа на себе. Фрейд страдал от невроза после смерти отца. Психоанализ помог ему избавиться от болезни.
- В 1910-м Фрейд основал Международную психоаналитическую ассоциацию. Через 63 года ее президентом стала дочь Фрейда Анна.
- Фрейд говорил на английском, испанском, итальянском и французском языках, а также изучал латынь.
- В 1930-м Фрейду присудили премию Гете за вклад в науку и литературу - одну из самых почетных премий мира.
- В 30-х годах нацисты сожгли книги Фрейда. .»Какого прогресса мы достигли! В средние века они сожгли бы меня, в наши дни они удовлетворились тем, что сожгли мои книги», - сказал Фрейд в ответ на уничтожение его книг.
- В 1938-м он покинул Вену и переехал в Лондон, где прожил последний год жизни. Фрейд покинул Германию только при помощи Франка Рузвельта и внучки Наполеона Марии Бонапарт. При переезде Фрейду разрешили взять с собой только мебель, библиотеку и коллекцию древних артефактов.
- Фрейд изучал с другими психологами и неврологами паралич. В 1893-м он ввел понятие «детский церебральный паралич» (ДЦП).
- Письма, неопубликованные при жизни Фрейда, находятся под грифом «совершенно секретно» в библиотеке Конгресса США.
- Сальвадор Дали приезжал в Вену трижды, чтобы встретиться с Фрейдом. Но удалось лишь один раз, встреча состоялась в 1938-м.Дали нарисовал портрет Фрейда, но их общий знакомый Стефан Цвейг не передал портрет психоаналитику. На картине Дали череп Фрейда представляет собой улитку.
- В Австрии изображение Фрейда использовалось на шиллингах и банкнотах.

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ СУИЦИДАЛЬНЫХ ТЕНДЕНЦИЙ У ПОДРОСТКОВ

В. К. Абдуллаева, С.Б. Бабарахимова
Ташкентский педиатрический медицинский институт,
Республика Узбекистан, г. Ташкент

Аннотация. В данной статье рассматриваются результаты исследования, которые позволяют выявить группы риска по суицидальной готовности среди подростков с учётом типов семейных взаимоотношений и своевременно оказывать медико-психологическую и психокоррекционную помощь родителям и детям, прогнозировать суицидальное поведение на самых ранних этапах его формирования. В профилактике подростковых суицидов важная роль принадлежит воспитательному значению семьи и семейных взаимоотношений в формировании гармонично развитой личности.

Ключевые слова: семья, подростки, личностные особенности, эмоциональные расстройства, суицидальное поведение, самоповреждения.

RESEARCH OF FEATURES OF SUICIDAL TENDENCIES IN ADOLESCENTS

Abdullaeva V.K., Babarakhimova S.B.
Tashkent Pediatric Medical Institute,
Republic of Uzbekistan, Tashkent

Abstract. The article presents the results of the study, which allow to identify risk groups for suicidal readiness among this group of patients, taking into account types of family relationship, and timely provide medical, psychological and psycho-correctional assistance to parents and children, predict suicidal behavior at the earliest stages of its formation. In the prevention of teen suicides an important role belongs to the educational value of the family in the formation of a harmoniously developed personality.

Keywords: family, adolescents, personality traits, emotional disorders, suicidal behavior, self-harm.

Введение. По данным Всемирной Организации Здравоохранения за последние 30 лет число суицидальных попыток, совершённых детьми и подростками в мире, неуклонно растёт, особенно в развитых государствах Европы и Америки [12, С.129]. Актуальность проблемы исследования суицидального поведения вызвана ростом числа самоубийств и суицидальных попыток среди детей и подростков в результате отрицательного влияния средств массовой информации и виртуального пространства кибернетической сети Интернета, освещающих самоубийства как пример для подражания и поклонения [2, С.196]. Суицид в детском и подростковом возрасте является наиболее тяжким проявлением трагической проблемы самоубийств в силу несформированности антисуицидальных барьеров и отсутствия осознания всей ценности жизни у подрастающего поколения [8, С.52]. Следует учитывать и моральный ущерб, который наносят детские и подростковые суициды родителям, сверстникам, учителям, обществу в целом [9, С.24].

В этой возрастной группе суицид занимает четвертое (после травматизма, инфекционных и онкологических заболеваний) место в качестве причины смерти. Наряду с высоким уровнем частоты завершенных суицидов, в настоящее время отмечается и увеличение количества суицидальных попыток среди детей и подростков как варианта реакции протеста внутрисемейным взаимоотношениям [4, С.17]. Реакция родителей, принципы, типы и специфика отношений между родителями и их детьми, стиль семейного руководства и воспитания могут оказаться важными факторами, предопределяющими асоциальное поведение ребенка в семье и социуме, и влияющими на его отношения с другими людьми в зрелые годы [1, С.54].

Подростковый возраст характеризуется большой частотой дебютов депрессивных состояний, возникающих на фоне идей физического недостатка и собственной неполноценности, со склонностью к суицидальному поведению, своевременно не диагностированных вследствие неблагополучного

эмоционального микроклимата в семье [3, С.13]. Усиление суицидальной активности в подростковом возрасте за последние десятилетия определяет интерес к этой теме широкого круга специалистов, как российских, так и зарубежных [10, С.50]. Наличие взаимосвязи попыток самоубийств детей и подростков с отклоняющимся поведением: побегами из дома, прогулами школы, ранним курением, мелкими правонарушениями, конфликтами с родителями, алкоголизацией, наркотизацией, сексуальными эксцессами отмечают в своих исследованиях российские психиатры и психологи [6, С.152]. При этом в детском и подростковом возрасте возникновению суицидального поведения способствуют депрессивные состояния, которые проявляются иначе, чем у взрослых [11, С.147]. По мнению Н.Ю. Жуковой, суицидальное поведение детерминировано развитием внутриличностного конфликта под воздействием внешних стрессогенных факторов, а также возникновением психопатологических нарушений, вызывающих аутодеструктивное поведение, не связанное с воздействием внешних факторов [7, С.27]. Согласно данным российских психиатров, для подростков характерны незрелость личности и слабый контроль эмоциональных состояний.

По данным исследований Е.А. Григоренко, для суицидентов - подростков характерны следующие особенности: чрезмерная обидчивость, ранимость. снижение толерантности к эмоциональным нагрузкам. низкая самооценка. отвержение социальным окружением, чувство ненужности и никчемности. переживание собственной неполноценности, пассивность в разрешении трудных ситуаций [5, С.40].

Цель исследования: изучить особенности формирования суицидальных тенденций у подростков для улучшения и оптимизации медико-психологической помощи данному контингенту населения.

Материал и методы. Объектом для исследования явились 86 подростков в возрасте 15–19 лет с суицидальными тенденциями депрессивного регистра и поведенческими нарушениями. В группу вошли пациенты с наличием

диагностических критериев социализированного расстройства поведения по МКБ-10–F91.2. Специально разработанная анкета, созданная сотрудниками кафедры психиатрии совместно с клиническими и социальными психологами, содержала перечень психологических тестов-вопросов, для выявления факторов риска формирования суицидального поведения с учетом личностных особенностей и степенью депрессивной патологии.

Для диагностики параметров семейной системы был использован опросник «Шкала сплоченности и гибкости семейной системы» Олсона-Портнера, а для определения степени суицидального риска была использована «Колумбийская шкала оценки тяжести суицидального риска» (Posner K., Brent D., Lucas C., 2009). Для оценки выраженности депрессивной симптоматики применялись шкала оценки депрессии Цунга, для выявления уровня тревоги – опросник уровня личностной и реактивной тревожности Спилбергера-Ханина, для определения устойчивых личностных характеристик испытуемых и особенностей эмоционального реагирования использован патохарактерологический диагностический опросник А.Е. Личко.

Результаты исследования и обсуждения. В результате психологического тестирования было выявлено, что 45% обследованных подростков росли в неполной семье, 25% - в социально неблагополучной семье, 30% исследуемых воспитывались в полноценных благополучных семьях с обоими родителями. У 53% обследованных была выявлена наследственная отягощенность алкоголизацией родителей и психической патологией родственников, что в свою очередь обусловило конфликтные взаимоотношения в семье, несоблюдение нравственно-социальных норм поведения в семье и неудовлетворительные материально-бытовые условия. Анализ полученных данных установил 26% подростков, склонных к асоциальному поведению с мелкими правонарушениями, с гедонистической жизненной позицией, сформировавшихся в процессе амбивалентного стиля воспитания в семьях, с низким уровнем запретов, который в дальнейшем проявлялся значительными

дисциплинарными санкциями, спровоцировавшими в последующем суицидальные попытки как патохарактерологические реакции протеста. Суицидальные тенденции демонстративно-шантажного и манипулятивного характера выявлены у 28% обследованных подростков из так называемых «благополучных» семей, воспитанных в полноценных семьях с хорошим материальным достатком, но растущих в условиях полной эмоциональной отчужденности с нарушением межличностных взаимоотношений с родителями.

По результатам диагностики «Шкалы сплоченности и гибкости семейной системы» было выявлено наибольшее количество семей с неправильным экстремальным типом воспитания, которое привело к нарушению функционирования семейной системы, появлению кризиса в межличностных взаимоотношениях. Выявлено 70% подростков, воспитанных в условиях эмоциональной депривации и дефицита внимания и любви со стороны родителей. Исследование амбивалентного типа семейных отношений установило полное отчуждение между членами семьи, которое предопределило появление депрессивных нарушений у подростков и развитие акцентуации характера и патологическому формированию личности.

Конфликтные взаимоотношения в деструктивных семьях способствовали развитию аффективной блокады интеллекта с отрицательной концепцией окружающей среды, что только усугубляло положение дисгармонично развивающейся личности и часто обусловливало негативные эмоции и вовлечение подростков в так называемые группы смерти виртуального пространства кибернетической среды Интернета, контролируемые кураторами компьютерных игр. В ходе тщательного сбора анамнестических сведений установлено влияние неправильных форм воспитания и контроля в родительской семье, на формирование отклоняющихся форм поведения, в том числе саморазрушающего поведения и его крайней формы – суицидального.

Согласно классификации А.Е. Личко мы выявили следующие формы родительского воспитания и контроля в семьях: гипопротекцию,

доминирующую гиперпротекцию, потворствующую гиперпротекцию, эмоциональное отвержение, повышенную моральную ответственность. По данным нашего исследования подростки чаще всего воспитывались в семьях, для которых была характерна гипопротекция (46%) и эмоциональное отвержение (25,5%). Реже встречались семьи с гиперпротекцией - доминирующей (14%) и потворствующей (10%), а также где на ребенка накладывалась повышенная моральная ответственность (4,5%).

В результате неправильного воспитания у подростков отмечались значительные изменения характерологических особенностей личности. При гипопротекции в семьях наблюдалось равнодушное отношение к ребенку, отсутствие контроля за поведением подростка, имелся недостаток внимания, заботы и руководства, истинного интереса родителей к делам своего ребенка, его волнениям, увлечениям. В крайних формах это выражалось в полном пренебрежении нуждами ребенка в первичных потребностях, питании, одежде. Иногда выявлялась скрытая гипопротекция, когда контроль за поведением и всей жизнью подростка как будто осуществлялся, но на деле отличался крайним формализмом. При этом стиле воспитания подросток полностью был предоставлен сам себе и окружающей микросоциальной среде, где и попадал под влияние старших по возрасту и подвержен ранней алкоголизации и наркотизации. Доминирующую гиперпротекцию установили, когда выявлялась чрезмерная опека, мелочный контроль за каждым шагом подростка, постоянный надзор и наблюдение, приводящие к развитию чувства неуверенности у ребенка. При этом имелись постоянные запреты, ограничение сферы деятельности ребенка, его самостоятельности. Данный вид гиперпротекции соотносится с авторитарным стилем воспитания, родитель зачастую является непререкаемым авторитетом, его воля в семье считается законом. Семьи, в которых ребенок воспитывался по типу «кумира семьи», характеризовались чрезмерным покровительством, баловством подростка, исполнением любых его желаний и прихотей. Ребенка не только освобождали

от любых трудностей и неприятных обязанностей, но и непрестанно восхищались его успехами и талантами, порой даже незначительным способностям придавалось сверхценное значение со стороны родителей и родственников. Подросткам с ранних лет внушалось, что они лучшие, одарённые, талантливые, формировалось стремление к лидерству и перфекционизму. Такие семьи мы относили к категории потворствующей гиперпротекции. При эмоциональном отвержении подросток постоянно ощущал, что им тяготятся, что он – обуза в жизни родителей. Особенно сильно это ощущалось в семьях, где рождались младшие братья или сестры, на которых уделялось больше внимания и забот. Как крайний вариант эмоционального отвержения выявлено воспитание по типу «ежовых рукавиц» с физическими, несоразмерными вине, жестокими наказаниями или психологическим насилием. О повышенной моральной ответственности можно было говорить в семьях, где родители питали слишком большие надежды в отношении будущего своего ребенка, его успехов и способностей. При этом они отчасти пытались реализовать в ребенке свои собственные, не воплотившиеся в реальность мечты, навязывали своё мнение, ограничивали самостоятельность, право выбора, требовали от подростка стремления к совершенству и успеху. В процессе неправильных стилей родительского воспитания формировались акцентуированные личностные черты характера у подростков, которые в дальнейшем могут трансформироваться в патологическое расстройство личности. С помощью патохарактерологического диагностического опросника А.Е. Личко были выявлены следующие типы акцентуаций характера: истероидный тип личности встречался у 9 больных (10%), психастенический тип личности у 22 больных (25,5%), лабильный тип был выявлен в 46% случаев (40 обследованных), эпилептоидный тип у 12 больных (14%), в 4,5% случаев был выявлен неустойчивый тип личности.

Наибольший процент выявленной акцентуации характера оказался лабильным типом. Эти подростки были склонны к перепадам настроения,

неустойчивому эмоциональному фону, быстрой смене аффективных реакций, длительной фиксации негативных ситуаций и воспоминаний из прошлого. Депрессивное расстройство средней тяжести по шкале Цунга было выявлено у 6 пациентов с истероидным типом личности, которые стремились к признанию себя лучшими среди сверстников, лидерству и перфекционизму. Вместе с этим, выявлялась изменчивость настроения и черты реактивной лабильности, выраженная потребность нравиться окружающим, яркость эмоциональных проявлений при некоторой их поверхностности, склонность к манипулятивному поведению, эгоцентризм, честолюбие, переоценка собственных способностей.

При неустойчивом типе личности чаще возникала депрессия средней степени тяжести по шкале Цунга (80%), и лишь у 2 пациентов была диагностирована депрессия легкой степени. В структуре личности этих пациентов на передний план выступали особенно ярко проявляющиеся признаки аффективной и эмоциональной лабильности, в сочетании с выраженной импульсивностью, склонностью к асоциальным поступкам, а иногда девиациями в сфере влечений, невозможность создавать теплые дружеские взаимоотношения со сверстниками. Среди всех обследованных психастенический тип личности встречался в 25,5% случаев, и для этих пациентов характерным было развитие депрессии средней степени тяжести с формированием тревожно-фобических расстройств. В клинической картине наряду с депрессивными симптомами наблюдались навязчивые страхи, сомнения, фиксация на отрицательных воспоминаниях прошлого. Данному типу личности были характерны следующие черты: мнительность, нерешительность, неуверенность, робость, застенчивость, склонность к чувству вины, низкая самооценка, трудности контактов, зависимость от порядка и авторитетов.

Исследование выраженности аффективных расстройств по шкале Цунга в условиях стационара выявило наличие легкого депрессивного расстройства у

71% пациентов, в 29% случаев - депрессивное асстройство средней степени. В ряде наблюдений, особенно при наличии психотравмирующих обстоятельств, депрессивная симптоматика была более очерченной, с идеями собственной неполноценности, мыслями и представлениями о смерти (69%), чувством немотивированной вины и нестойкими расстройствами влечений (23%). При наличии значимых психотравмирующих обстоятельств депрессивные состояния имели тенденцию к затяжному течению. При оценке выраженности депрессивных расстройств по шкале Цунга тяжелой степени депрессии среди подростков выявлено не было, основную массу 80% составили пациенты с легкой степенью депрессии и лишь в 20% случаев (9 пациентов) была выявлена депрессия средней тяжести. Среди всех обследованных было 60 мальчиков и 26 девочек. Гендерные различия в тяжести депрессивной симптоматики распределились следующим образом: у мальчиков депрессия легкой степени была выявлена в 71% случаев и в 17% случаев диагностирована депрессия средней степени тяжести, а у девочек депрессия средней степени тяжести встречалась чаще – в 70% случаев, депрессия легкой степени выявлена у 29% больных. Чаще всего подростки жаловались на подавленное настроение, нарушения сна и аппетита, трудности в учебной деятельности, нарушение концентрации внимания, повышенную реакцию на внешние ситуации и источники стресса, раздражительность, внезапно возникающее чувство грусти, уныние, периодами отмечали выраженное чувство скуки и отсутствие желания что-либо делать, высказывали идеи самообвинения и безнадежности. В 58% случаев родители отмечали значительное снижение школьной успеваемости, нарушение внутрисемейных взаимоотношений, повышенную утомляемость, которая была сильнее выражена во второй половине дня. В обследованной группе в результате тестирования с помощью опросника Спилбергера-Ханина выявлено наличие тревожных расстройств различной степени выраженности у 93% подростков, более чем у половины исследуемых было отмечено наличие проявлений тревоги средней степени выраженности (56%), у 27% обследуемых

– без клинически значимой тревоги и у 16% подростков – констатировалась выраженная тревога. Основными факторами, способствовавшими возникновению саморазрушающего аутоагрессивного поведения в виде суицидальных мыслей и тенденций у подростков, были неправильные стили родительского отношения, приводящие к конфликтам в межличностных взаимоотношениях. В ходе исследования было установлено наличие только суицидальных мыслей у 15% обследуемых, суицидальных мыслей с намерениями и планированием у 42% обследуемых, в 1/3 (33%) случаев пациенты с суицидальными мыслями совершали суицидальные попытки. Предпочтение отдавалось легкодоступным и не жестоким способам – отравление таблетками и нанесение порезов в области предплечий. Эти действия возникали под влиянием следующих провоцирующих факторов: проблемы во взаимоотношениях с родителями (50% случаев), конфликты с учителями и воспитателями в школах и колледжах (25%), конфликты со сверстниками (15%), внутриличностными проблемами (10%). Большинство подростков скрывало наличие суицидальных намерений от родителей и близких, выявить их удавалось при изучении переписок в социальных сетях интернета или при просмотре их дневниковых записей и рисунков.

Заключение. Таким образом, проведенное исследование установило, что неблагополучный психоэмоциональный фон является предопределяющим фактором в формировании суицидальных тенденций у подростков в силу их незрелости в личностном плане и наличием социально-психологических предпосылок пубертатного периода. Анализ семейных факторов риска возникновения суицидальных тенденций у подростков, определил, что стили неправильного родительского воспитания в дисфункциональных семьях приводили к развитию акцентуированных личностных черт характера в виде истероидной, лабильной, эпилептоидной и психастенической акцентуациях личности у подростков, которые в дальнейшем способствовали формированию суицидального поведения. Результаты исследования позволяют выявить

группы риска по суицидальной готовности среди данного контингента больных с учётом типов семейных взаимоотношений и своевременно оказывать медико-психологическую и психокоррекционную помощь родителям и детям, прогнозировать суицидальное поведение на самых ранних этапах его формирования.

Литература / References

1. Абдуллаева, В.К. Влияние стилей родительского воспитания на формирование суицидальных тенденций у подростков // Журнал «Вопросы науки и образования» / Научно-практический журнал - №6 (52) март 2019. - С.54-59.

2. Бабарахимова, С.Б., Абдуллаева, В.К. Взаимосвязь личностных особенностей и суицидальных тенденций у подростков // Журнал «Человеческий фактор Социальный психолог». - Ярославль, 2019. - №1(37) - С.196-202.

3. Бабарахимова, С.Б., Искандарова, Ж.М. Влияние дисморфофобических расстройств на формирование депрессий у подростков с учётом личностных особенностей / Актуальные вопросы психического здоровья // Сборник материалов научно-практической конференция с международным участием посвящённой памяти профессора В.И. Григорьева.- Рязань, 2015. - С.12-18.

4. Герасимчук, М.Ю. Суицидологический паспорт депрессии // Суицидология – актуальные проблемы, вызовы и современные решения / Сборник научных статей I научно-практической конференции Ассоц. Когнитивно-поведенческой психотерапии. - СПб.: СИНЭЛ, 2016. - С.17-20.

5. Григоренко, Е.А. Проблема суицидального поведения подростков (обзор литературы) // Журнал Научное обозрение. - Медицинские науки. - 2016.- № 5.- С.40-45.

6. Григорьева, Д.П., Егорова, В.Н. Представления подростков о факторах суицидального поведения // Журнал «Казанская наука». - 2016.- № 12. - С.151-154.

7. Жукова, Н.Ю. Взаимосвязь отношения к смерти и склонности к саморазрушающему поведению у подростков // Журнал «Вопросы психического здоровья детей и подростков». - 2017. - № 4 (17).- С.27-33.

8. Babarakhimova S.B., Abdullaeva V.K., Sultonova K.B., et al. Role of psychological research of suicidal behavior in adolescents // Journal Sciences of Europe/ Praha, Czech Republic. VOL 2, No 36 (2019) pp. 52-55

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

10. Mars B., Heron J., Crane C. et al. (2014) Clinical and social outcomes of adolescent self harm: population based birth cohort study. BMJ, 349: pg. 50-54 11. Skegg K. (2005) Self-harm. The Lancet, 366(9495): pg. 147–148. 12. Conner K.R., Wyman P., Goldston D.B. et al. Two studies of connectedness to parents and suicidal thoughts and behavior in children and adolescents // Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology. 2016. Vol. 45, № 2. P. 129-140.

РЕАЛЬНАЯ МУЗЫКАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ

Б.Э. Абрамов, И.М. Сквира
кафедра неврологии и нейрохирургии с курсами медицинской реабилитации и психиатрии
Гомельский государственный медицинский университет,
Республика Беларусь, г. Гомель

Аннотация: в данной статье содержится информация о конкретном, совместном опыте проведения музыкальной терапии Гомельской областной клинической больницы, кафедры УО «ГомГМУ» и ансамбля «Классик» государственного учреждения «Гомельские городские оркестры».

Ключевые слова: музыка, психология, терапия, нейрогуморально-резонансная теория.

REAL MUSIC THERAPY

Abramov B. E., Skvira I.M.
Department of Neurology and Neurosurgery with courses of medical rehabilitation and Psychiatry, Gomel State Medical University, Gomel, Republic of Belarus

Abstract. This article contains information about the specific, joint experience of conducting music therapy at the Gomel Regional Clinical Hospital, the department of the educational institution «GomSMU» and the ensemble «Classic» of the state institution «Gomel City Orchestras».

Keywords: music, psychology, therapy, neurohumoral resonance theory.

Музыка стала неотъемлемой частью любого человеческого сообщества. Если убрать её из конкретных залов и дискотек, из церковных храмов и телепередач, то любое общество лишится своей души, станет безжизненным производителем и потребителем материальных благ и услуг. Нет никакого другого вида искусства, кроме музыки, которое могло бы самым прямым и непосредственным образом обращаться к чувствам человека, к его внутреннему миру и развивать его [4, С. 12].

Гармоничное развитие личности немыслимо без освоения ею богатств художественной культуры. Доставляя глубокое эстетическое наслаждение, искусство - носитель художественной культуры, делает жизнь человека интересной, творческой, наполненной. Объединяя людей общими ценностями, искусство облегчает общение друг с другом, несёт мощную коммуникативную функцию. Л.Н. Толстой отводил искусству огромную роль в воспитании человека, полагая, что только с его помощью возможно социальное преобразование общества. Гений психологии, Л.С. Выготский, анализируя вопросы психологии искусства, большое внимание уделял катарсическому разряду нервной энергии зрителя, слушателя, внутреннему душевному очищению через искусство [1, С. 13].

По мнению Платона, могущественность и сила государства напрямую зависит от того, какая музыка в нем звучит. Нет худшего способа разрушения нравов, нежели отход от скромной и стыдливой музыки. Через распущенные ритмы и лады в души людей проникают постыдные и распущенные начала [4, С. 14]. Известный российский музыкант Константин Меладзе рассуждает о современной поп-музыке: «99,9% произведений, которые сегодня пишутся, проживут, может быть, месяц-два, от силы полгода. Их не будут петь за столами через 10 лет». И продолжает: «Потому что из сегодняшних хитов, собственно говоря, петь нечего. Хорошие песни рождаются редко не только у нас, но и за границей. Это связано с тем, что музыка перестала быть духовной пищей. Она превратилась в жвачку. …сейчас музыка как официант - чего изволите? Она всё проще, проще, проще. В ней всё меньше музыки, все больше барабанов… То, что самой популярной группой сегодня является «Ленинград», о многом говорит. О том, что вот такой лексикон людей сегодня утешает и отвлекает от мрачных мыслей. Просто, весело, бесшабашно! Не струны души бередить, а пуститься в загул. … Раньше уходили от реальности в более глубокие и высокие материи…» [5, С. 38].

Лауреат Государственной премии России, пианист Денис Мацуев удивился признанию маэстро Ю.Х. Темирканова, что он только с возрастом начал понимать, какую роль на самом деле играет музыка в жизни человека. Сам виртуоз говорит: «Музыка может лечить, мирить, растрогать, развеселить, может приковать к стулу, вылечить, поможет очиститься от того негатива, что накопился. Она оказывает терапевтический эффект» [6, С. 3].

Народный артист СССР, маэстро Владимир Спиваков полагает: «В искусстве, мне кажется, заложено так много, что каждый человек может найти там эхо своего внутреннего мира, своих мыслей, своих настроений, тревог. Там свобода мысли, логика, инстинкт, воображение, метафизика, что-то созвучное тому, что подспудно живет в каждом из нас. Мы же сами себя не может до конца понять. Возможно, искусство нам помогает этого понимания достичь.

А может человек тянется к настоящему, к живому в противовес тому, что диктует нам телевидение» [7, С. 3].

Мифический греческий врач Асклепий был сыном отца всех муз Аполлона. Он лечил своих пациентов не только целебными снадобьями, но звуками своей лиры. Он мог усмирять раздоры, а звуками трубы восстанавливал слух глухим [4, С. 16]. Еще в Ветхом Завете упоминается, что звуки могут благотворно влиять на человека. В библейской притче рассказывается, как Давид игрой на гуслях избавил израильского царя Саула от черной меланхолии. Каждый музыкант является стихийным психотерапевтом, который способен освободить человека от негативных переживаний и наполнить его душу позитивом, связанным с надеждой на светлое будущее, верой в свои силы и радость жизни [4, С. 24].

В Древнем Египте женщинам при помощи музыки пытались облегчить роды, а древнекитайские целители вообще считали её универсальным средством от всех бед. Вновь вспомнили об этом врачи только в XIX веке: француз Жан-Этьен Эскироль стал использовать музыкальную терапию в психиатрии. К началу XX века появились первые научные труды по теме.

В XX веке музыкальная терапия стала уважаемой самостоятельной специальностью в различных странах, на всех континентах. Об эффективности свидетельствует множество фактов. Ни один специалист не мог помочь актеру Жерару Депардье избавиться от заикания, пока врач Альфред Томатис не посоветовал ежедневно по два часа подряд слушать Б.А. Моцарта… Несколько лет назад британская «The Guardian» писала о результатах исследования ученых, проходившего в одном из американских домов престарелых. Оказалось, что известные музыкальные мотивы улучшают работу мозга у людей даже с тяжелыми формами болезни Альцгеймера. После четырех месяцев пения песен, на которых они выросли, результаты тестирования продемонстрировали: у пожилых людей улучшились когнитивные способности,

они стали больше радоваться жизни. Пение оживляло воспоминания, улучшало ориентацию и отдельные виды памяти.

Наши врачи не остаются в стороне. В Беларуси музыкотерапией занимаются около 20 лет. Врач акушер-гинеколог Елена Эйныш, проводя исследование с участием 110 пациенток, страдающих одним из грозных осложнений беременности - гестозом, доказала, что музыкотерапия значительно усиливает лечебный эффект традиционной терапии, позволяя женщинам быстрее покинуть стационар и избежать повторных госпитализаций. В РНПЦ «Мать и дитя» новорожденных с синдромом угнетения или возбуждения нервной системы, благодаря музыке удалось уменьшить дозы лекарств [3, С. 12].

В 2008 году в России зарегистрирована Национальная ассоциация музыкальных терапевтов, Президентом которой является Сергей Ваганович Шушарджан, доктор медицинских наук, профессор, генеральный директор Национального центра музыкотерапии и восстановительных технологий, заведующий кафедрой музыкотерапии, психосоматики и комплементарной медицины Российской академии медико-социальной реабилитации.

В начале 2011 года зарегистрирована межрегиональная организация «Ассоциация музыкальных психологов и психотерапевтов», руководимая Валентином Ивановичем Петрушиным, доктором педагогических наук, профессором кафедры психологии МПГУ, вице-президентов Национальной ассоциации музыкальных терапевтов.

Музыкальная терапия - это вид эстетотерапии, при котором музыка используется с лечебными целями. В.Е. Рожнов рассматривал её как психотерапевтический метод, являющийся в своей основе бессловесным внушением определенного настроения, поднимающего пациента над своими переживаниями, помогающего преодолеть их [2, С. 123].

Научно-теоретической базой музыкальной терапии явилась нейрогуморально-резонансная теория (2005), которая впервые раскрыла

многоуровневый механизм музыкально-акустических воздействий на организм человека. Органы слуха воспринимают стимул и запускают сложные нейрогуморальные реакции. Кожа в целом воспринимает акустические поля своими рецепторами, передавая энергию механических колебаний внутренним органам. Органы и кости способны менять активность, по принципу резонансных откликов на воздействия акустической энергией [8, С. 4].

В 2018–2019 годах осуществлялся музыкальный спецпроект государственного учреждения «Гомельские городские оркестры» совместно с учреждением «Гомельская областная клиническая психиатрическая больница» и кафедрой неврологии и нейрохирургии с курсами медицинской реабилитации и психиатрии учреждения образования «Гомельский государственный медицинский университет» - «Музыка дарит здоровье». Камерный ансамбль «Классик» (художественный руководитель Татьяна Томсон) провел 10 психотерапевтических часовых сеансов-концертов в конференц-зале больницы, что явилось прекрасным дополнением к медикаментозному и другим видам лечения. Примеры тем: «Волшебная сила музыки», «Эффект Моцарта», «Музыкальная терапия», «Музыка лечит душу и тело», «Гармонический бальзам». Исполнению каждого номера предшествовала краткая аннотация. На сеансы-концерты приглашались пациенты дневного стационара и отделения пограничных состояний. Всего их посетили 46 человек. К сожалению, ковидная эпидемия прервала процесс. Но даже предварительные результаты свидетельствуют, что у пациентов, посещавших сеансы-концерты, достигались лучшие результаты в снижении тревожности, улучшении настроения, адекватности музыкального восприятия (т.е., переживание не своих проблем, а сочувствие автору, образу), умению находить созвучие своему состоянию, чем у непосещавших.

В наше прагматическое, ковидное время культура и искусство находятся далековато от центра внимания. «Пока искусство остаётся косметическим

кабинетом нашей цивилизации, и искусство и цивилизация находятся в опасности» (Д. Дьюн).

Литература / References

1. Абрамов Б.Э. Музыка и медицина / Б.Э. Абрамов, И.М. Сквира // Актуальные проблемы медицины: сб. науч. тр. Респ. науч.-практ. конф. УО «ГомГМУ» 2–3 ноября 2017 года; ред. кол. А.Н. Лызиков и др. -Гомель: ГомГМУ, 2017. -С. 12–14.

2. Карвасарский Б.Д. Психотерапия / Б.Д. Карвасарский. - М.: Медицина, 1985. -- С. 123–124.

3. Осокина А. Пациент заказывает музыку / А. Осокина // СБ. Беларусь сегодня, 2014, 5 сентября. - С. 12.

4. Петрушин В.И. Музыкальная психология: учебник и практикум для СПО / В.И. Петрушин; 4-е издание, перераб. и доп. - М.: Издательство Юрайт, 2019. - 380 с.

5. Полупанов В. Музыка - не жвачка / В. Полупанов // Аргументы и факты в Белоруссии. -2016. - № 12. - С. 38.

6. Шигорева Ю. «Хватит негатива!» / Ю. Шигарева // Аргументы и факты в Белоруссии. - 2015. -№ 25. - С. 3.

7. Шигорева Ю. Не теряй своего «Я» / Ю. Шигарева // Аргументы и факты в Белоруссии. - 2016. - № 46. -С. 3.

8. Шушарджан С.В. Эволюция, достижения и перспективы музыкальной терапии // С.В. Шушарджан // Сб. тр. межд. науч.-практ. конф. «Музыкотерапия сегодня: наука, практика, образование» 22–23 марта 2019 года в г. Москве. - М., 2019. - 99 с.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ВЛИЯНИЯ COVID-19 НА ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА

Г.В. Акименко, А.М. Селедцов, Ю.Ю. Кирина
Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии
ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Аннотация. Объявленная пандемия COVID-19 в мире, ухудшение эпидемической обстановки в нашей стране, режим самоизоляции, нарастание страха в обществе на фоне панических слухов и дезинформации, распространяемых в социальных сетях и средствах массовой информации, вызывают беспокойство за психологическое благополучение людей. В представленной работе отражены результаты обзора и анализа отечественных и зарубежных литературных источников по проблеме воздействия новой коронавирусной инфекции на нервную систему человека.

Ключевые слова: психическое здоровье населения, COVID-19, психически больные, психиатрическая служба.

SOME ASPECTS OF THE IMPACT OF COVID-19 ON HUMAN MENTAL HEALTH

Akimenko G.V., Seledtsov A.M., Kirina Yu.Yu.
Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology
FSBEI HE «Kemerovo State Medical University» of the Ministry of Health of Russia, Russia, Kemerovo

Abstract. The announced COVID-19 pandemic in the world, the worsening epidemic situation in our country, the self-isolation regime, the growing fear in society against the background of panic rumors and misinformation spread in social networks and the media, cause concern for the psychological well-being of people. The presented work reflects the results of a review and analysis of domestic and

foreign literary sources on the problem of the impact of a new coronavirus infection on the human nervous system.

Keywords: mental health of the population, COVID-19, mentally ill, psychiatric service.

Введение. В январе 2020 г. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) объявила, что вспышка нового коронавирусного заболевания является чрезвычайной ситуацией общественного здравоохранения международного масштаба.

COVID-19 (CoronaVIrus Disease 2019) - это новая вирусная инфекция, которая обладает рядом особенностей, таких как быстрая скорость распространения, высокий уровень летальности, значимые социальные и экономические последствия, разрушающие привычный уклад жизни [16, 17].

Пандемию (от греч. πανδημία - «весь народ») COVID-19 вполне обоснованно называют войной. Большинство людей, лично пострадавших от коронавируса, переживают острое стрессовое расстройство, многие столкнулись с посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР), но у ряда людей будет более глубокий след от пережитого в виде затяжных тревожных расстройств, депрессивных эпизодов, невротических нарушений и личностных деформаций.

Психическое здоровье - это состояние психического благополучия, при котором люди хорошо справляются со многими жизненными стрессами, могут не только реализовать свой собственный потенциал, но и работать продуктивно, плодотворно и вносить свой вклад в жизнь сообщества. Психическое здоровье и имеет огромную внутреннюю ценность, поскольку относится к самой сути того, что делает человек: к тому, как он взаимодействует, общается, учится, работает и переживает страдания и счастье. Хорошее психическое здоровье поддерживает способность личности вести здоровый образ жизни, сохраняя себя и других в безопасности, в том числе и

свое здоровье во время пандемии. Оно имеет решающее значение для реагирования каждой страны на COVID-19 и восстановления после нее.

Несмотря на то, что кризис, вызванный COVID-19, угрожает в первую очередь физическому здоровью, он может стать причиной серьезных проблем в области психического здоровья, если не будут приняты соответствующие меры. Поскольку крепкое психическое здоровье имеет огромное значение для функционирования любого общества, его охрану необходимо поставить во главу угла в усилиях каждой страны по борьбе с пандемией и последующего восстановления общества. В настоящий момент психическое здоровье и благополучие целых сообществ серьезно пострадали в результате кризиса, спровоцированного COVID-19 забота о них входит в число приоритетных задач, требующих срочного решения [2].

Цель настоящего исследования - изучить распространенность психологических проблем у различных групп населения во время пандемии COVID-19, определить основные факторы, оказывающие негативное влияние на психическое здоровье человека и проанализировать работу специализированных служб, направленную на минимизацию негативных последствий для психического здоровья населения, вызванных пандемией COVID-19.

Материалы и методы. В представленной работе отражены результаты обзора и анализа отечественных и зарубежных литературных источников по проблеме воздействия новой коронавирусной инфекции на нервную систему человека.

Результаты и обсуждение. В 1980-х гг. в США сформировалось понятие «посттравматическое стрессовое расстройство» (ПТСР), был введен термин «вьетнамский синдром» для описания психических симптомов и изменений личности, возникших у ветеранов войны во Вьетнаме после ее окончания [3]. В практике советских и российских психиатров аналогичные состояния наблюдались у участников войн в Афганистане и Чечне

(«афганский» и «чеченский» синдромы) [5]. Установлено, что не только военные действия могут стать причиной психической травмы и приводить к стрессовым расстройствам. Известны многочисленные описания психологических последствий катастроф [7], природных катаклизмов (например, землетрясений [8] и ураганов [9]), террористических актов (11 сентября 2001 г. [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 имеют и будут иметь в дальнейшем серьезные последствия для психического здоровья. Поэтому чрезвычайные ситуации должны стать катализатором восстановления более качественных и устойчивых служб психического здоровья.

Заключение. 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 Заключение 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. (дата обращения 27.07.2021).

2. Кирина, Ю. Ю. Опыт дистанционного обучения студентов факультета «Сестринское дело» в условиях пандемии COVID-19 // Г.В. Акименко, А.М. Селедцов, Ю.Ю. Кирина, Л.В. Начева [Электронный ресурс].- Медицинская сестра. 2020. Т. 22. № 5. С. 12-18. (дата обращения 27.07.2021).

3. Начева, Л.В. Психология эпидемии: как пандемия (COVID-19) влияет на психику людей // Г.В. Акименко, А.М. Селедцов, Ю.Ю. Кирина, Л.В. Начева [Электронный ресурс]. - Вестник общественных и гуманитарных наук.- 2020. -Т. 1, № 4.- С. 45-54. (дата обращения 27.07.2021).

4. Пьянзова, Т.В. Вопросы взаимоотношений в диаде «врач-пациент» / Т.В. Пьянзова // Туберкулез и болезни легких. – 2014. – Т. 91, № 1. – С. 3-7.

5. Селедцов, А.М. Проблемы психического здоровья в условиях пандемии // Г.В. Акименко, А.М. Селедцов, Ю.Ю. Кирина. [Электронный ресурс] / Актуальные вопросы психиатрии, наркологии и клинической психологии**:** сборник материалов Международной научно-практической конференции, посвященной 115 - летию со дня рождения австрийского психиатра и психолога В.Э. Франкла (Кемерово,18 сентября 2020 г.) / отв. ред. А.М. Селедцов, А.А. Лопатин, Г.В. Акименко, Ю.Ю. Кирина. – Кемерово: КемГМУ, 2020. – 370 с. (дата обращения 27.07.2021).

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

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

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

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

10. 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.

11. 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.

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

ПРОБЛЕМАТИКА СОСТОЯНИЯ СТРЕССА В УСЛОВИЯХ ЗАТЯЖНОЙ МУЛЬТИФАКТОРНОЙ КРИЗИСНОЙ ОБСТАНОВКИ (НА ПРИМЕРЕ ДЕТЕЙ РОХИНДЖА)

В.О. Алиева

Кафедра акмеологии и психологии развития Института образования Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Кемеровский государственный университет», Россия, г. Кемерово

Аннотация: В данной статье описываются проблемы негативных эмоциональных состояний, с которыми сталкиваются дети и подростки рохинджа, затронутые вооруженным конфликтом. Также рассматриваются факторы, ассоциированные с последним, и влияющие на прогрессирование состояния стресса.

Ключевые слова: дети, подростки, стресс, вооруженные конфликты, психосоциальные факторы, беженцы, рохинджа, социальные детерминанты здоровья, психологическая помощь.

PROBLEMS OF THE STATE OF STRESS IN A PROTRACTED MULTIFACTORIAL CRISIS SITUATION (ON THE EXAMPLE OF ROHINGYA CHILDREN)

Alieva V.O.
Department of Acmeology and Developmental Psychology
Institute of Education
Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education
«Kemerovo state University», Russia, Kemerovo

Abstract. This article describes the problems of negative emotional states faced by Rohingya children and adolescents affected by the armed conflict. The factors associated with the armed conflict and influencing the progression of the stress state are also considered.

Keywords: children, adolescents, stress, armed conflicts, psychosocial factors, refugees, Rohingya, social determinants of health, psychological assistance.

Введение. Люди, затронутые конфликтами, испытывают колоссальный психологический стресс. По данным проведенного ВОЗ обзора 129 исследований, прошедших в 39 странах, среди людей, переживших войну или другой конфликт в предыдущие 10 лет, один из каждых пяти человек (22%), страдает от депрессии, тревожного расстройства, посттравматического стресса, биполярного расстройства или шизофрении [36, С. 1].

Психическая травма – переживания, вызванные травматическим событием, травмирующим психику. Наиболее уязвимыми в данном случае являются дети, так как их психика находится в процессе развития и последствия травмирующих событий могут оставить неизгладимый след на всю дальнейшую жизнь [1, С. 117].

По данным ЮНИСЕФ, около 250 миллионов детей живут в странах, затронутых насильственными конфликтами, и, по оценкам, 68 миллионов человек, половина из которых дети, стали перемещенными лицами в результате конфликта. В кризисных странах Ближнего Востока и Африки последствия насилия ложатся тяжелым бременем на целое поколение детей и молодежи [34, С. 1]. Кроме того, имеются данные исследований о различиях в психическом здоровье детей и молодежи, пострадавших от вооруженных конфликтов, и населения в целом [20, с. 48; 30, с. 18].

Мьянма, исторически известная как Бирма, граничит с Бангладеш, Индией, Китаем, Лаос и Таиланд. Напряженность в отношениях междуправительством и народом рохинджа восходит к столетиям преследований [13, С. 9; 4, С. 21]. Население Мьянмы составляет около 54 миллиона человек и отличается этническим и религиозным разнообразием. Лишь небольшое число этнических меньшинств, к которым рохинджа не относятся, официально признаны гражданами, несмотря на их историческое присутствие в Мьянме [13, С. 9; 4, С. 21].

В 1982 г. был принят закон о гражданстве [6, с.1] который исключил из признанных этнических групп Мьянмы народ рохинджа, и последние, в свою очередь, превратились в лиц без гражданства и были лишены прав и защиты как национального, так и международного права [14, С.28]. В августе 2017 года ситуация обострилась до уровня гуманитарной чрезвычайной ситуации, которая была обусловлена геноцидом на государственном уровне, массовыми изнасилованиями, этническими чистками и преступлениями против человечности. Более, чем 730 000 рохинджа, в том числе более 400 000 детей,

бежали от насилия в Мьянме и поселились в районе Кокс-Базар, Бангладеш [25, С.78; 24, С.31; 4, С.9]. В числе этих 400 000 детей есть неизвестное число несопровождаемых или осиротевших детей, при этом в одном докладе говорится о более чем 6000 несопровождаемых детей [21, С.1], а в другом приводятся данные, что каждый четвертый ребенок рохинджа является сиротой [27, С.1].

Репатриация беженцев рохинджа из Бангладеш в Мьянму оказалась весьма проблематичной, поскольку правительство Мьянмы отрицает право народа рохинджа на принадлежность к Мьянме. Такие сложные политические и гуманитарные условия имеют глубокие долгосрочные последствия для социального, физического и психического здоровья общины рохинджа, связанные с отсутствием гражданской принадлежности и идентичности. Совокупное психологическое воздействие этих переживаний на психическое здоровье детей и подростков очевидно [32, С. 1], хотя надежные данные о результатах психологического вмешательства скудны [22, С. 63].

Таким образом, широкомасштабная кампания вооруженных сил Мьянмы по убийствам, изнасилованиям, поджогам, преследованиям и другим злоупотреблениям, равносильным преступлениям против человечности и актам геноцида, вызвала продолжающийся гуманитарный кризис для народа рохинджа [35, С. 1]. Последние были вынуждены покинуть свои дома, некоторые из детей по пути разлучены со своими родителями и опекунами. Многие из них по сей день отрезаны от возможностей полноценного удовлетворения своих базовых потребностей (чистая вода, достаточное питание), а также потребностей, удовлетворение которых способствует позитивному психосоциальному развитию и психическому здоровью (безопасность, здравоохранение, образование и профессиональная подготовка) [36, С. 1].

Существует нехватка опубликованных исследований о психическом здоровье рохинджа после кризиса в августе 2017 г. [22, С. 13], возможно, из-за

сосредоточения внимания на экстренной доставке остро необходимого обеспечения для поддержки здравоохранения и социальной структуры, этических барьеров на пути исследования уязвимых групп населения, а также по причине времени и ресурсов, необходимых для реализации исследовательских проектов. Однако имеются данные о проявлении негативных эмоциональных состояний и коррелирующих с ними факторах, обусловленных жизнью в лагерях (например, нехватка продовольствия, ограничения на передвижение за пределами лагерей и проблемы безопасности), где негативный эмоциональный опыт был связан с ежедневными стрессорами, а не только с предыдущим опытом травмы [5, С. 314].

Объекты и методы исследования. Исследование носит теоретический характер. В качестве объекта выступает состояние стресса детей, находящихся в условиях затяжной мультифакторной кризисной обстановки. Применение метода теоретического анализа исследований обеспечило систематизацию представлений о специфике эмоциональных состояний детей, оказавшихся в ситуации негативных воздействий различной природы.

Результаты и их обсуждение. Мы согласны с мнением А.О. Прохорова [3, С. 36], который акцентирует внимание на том, что ситуация может содержать внешние и внутренние детерминанты состояний. Внешние – социальные причины состояний, факторы окружающей среды, условия деятельности; внутренние - индивидуальные особенности человека (темперамент, опыт, уверенность и др.). Также мы опираемся на данные, представленные в работах Л.В. Куликова, который отмечает, что любые изменения внешней среды, а также изменения в организме и внутреннем мире личности могут вызвать «внутренний отклик» и способствовать переходу человека в новое состояние [2, С. 12]. К перечню базовых детерминант психического состояния данный автор относит:

- осознанные и неосознанные потребности, желания и стремления;
- проявившиеся и нераскрывшиеся способности – возможности человека;

- условия среды – их объективное воздействие и субъективное восприятие и понимание.

Ребенок, пережив насилие по отношению к себе или членам семьи, став свидетелем нанесения увечий другим людям, испытывает такие же сильные чувства, что и взрослый (страх повторения событий, разрушение иллюзии справедливости мира, собственная беспомощность и потеря доверия другим людям, чувство вины, потеря жизненной перспективы).

Затяжное воздействие насилия, страха и неконтролируемого стресса может иметь катастрофические последствия для обучения, поведения, эмоционального и социального развития детей в течение многих лет. Если игнорировать токсический стресс от наблюдения или переживания травмирующих событий, это может привести к усилению ночного недержания мочи, членовредительства, агрессивного или замкнутого поведения, депрессии, злоупотребления психоактивными веществами и самоубийства.

Переживание вооруженного конфликта в детстве и подростковом возрасте создает серьезные риски для психического здоровья и угрозы развитию ребенка. Воздействие различных типов насилия, продолжительность конфликта и характер пережитых и ставших свидетелями травматических событий - все это связано с возникновением и тяжестью психических расстройств у детей, затронутых конфликтом [8, С. 242].

Все шире признается, что детерминанты негативных эмоциональных состояний и болезней включают не только индивидуальные факторы, но также социальные и социально-политические факторы и их взаимодействие друг с другом [18, С. 419], а также факторы уязвимости, связанные с бедностью, социальным неравенством, преследованиями и дискриминацией [18, С. 420; 19, С. 49; 12, С. 5]. Учитывая структурные барьеры на пути социальной и медицинской поддержки, с которыми народ рохинджа столкнулся в Мьянме и в условиях перемещения после миграции, их уникальные социальные детерминанты перманентного стресса имеют важное значение. Барьерами на

пути доступа к возможностям жить полноценной жизнью и вносить свой вклад в благосостояние общества [31, С. 3] являются особенно характерно для беженцев, где стресс формируется социальной, экономической и физической средой.

Следует отметить, что исследования, проводимые в условиях гуманитарного кризиса, зачастую не позволяют провести черту между нормальными стрессовыми реакциями и стойкими как психологическими проблемами, так и клиническими психическими расстройствами, что может привести к завышенным оценкам [11, С. 131].

В целом, наиболее распространенные психические расстройства среди детей, которые находились с ситуации конфликта, это посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) и депрессия [7, С. 104]. Другие расстройства, о которых сообщалось, включают острые стрессовые реакции, синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ), паническое расстройство, тревожные расстройства, характерные для детства, и нарушения сна. В более позднем детстве дети, подвергшиеся травмам, связанным с конфликтом, предрасположены к появлению внешних симптомов, включая поведенческие проблемы [9, С. 21]. Кроме того, дети, подвергшиеся воздействию вооруженного конфликта, часто страдают сопутствующими психопатологиями, симптомы которых могут проявляться с возрастом, причем наиболее уязвимыми являются дети школьного возраста [15, С. 241].

Психосоциальные проявления военной травмы среди детей включают как ближайшие, так и отдаленные последствия для семейных отношений, отношений со сверстниками, процесса получения образования и общей удовлетворенности жизнью [26, С. 259; 17, С. 1556; 16, С. 238; 29, С. 342; 10, С. 469].

В исследовании среди представителей рохинджа было установлено, что проблемы со здоровьем, связанные с нарушением прав человека (такие как плохие условия жизни, ограниченная мобильность и отсутствие прав на

работу), создают значительные структурные барьеры, и в совокупности способствуют плохим результатам в области, как физического здоровья, так и психологического комфорта [23, С. 10]. Психосоциальные последствия вооруженного конфликта могут повлиять на способность детей получать социальную поддержку, а также ресурсы для удовлетворения основных потребностей, в постконфликтных условиях - и все это имеет важные последствия для нормального психологического здоровья.

Обнадеживает наличие данных, свидетельствующих о том, что, хотя конфликтный опыт и постконфликтная обстановка могут негативно повлиять на психическое здоровье, наличие защитных факторов, включая принятие семьи и сообщества, может способствовать смягчению негативных последствий конфликта, тем самым снижая риск психических расстройств и способствуя адекватному психосоциальному развитию [28, С. 113].

Заключение. Обзор исследований и отчетов о работе в лагерях Рохинджа подчеркивает, что младенцы, дети, молодежь и женщины наиболее уязвимы перед психологическими, социальными и экономическими трудностями, порождающими негативные эмоциональные реакции, причем детерминанты находятся в нездоровой, неподдерживаемой или конфликтной среде.

Народ рохинджа пережил значительные исторические и продолжающиеся преследования, притеснения и геноцид. Не имея свободы или возможности делать выбор в отношении образа жизни, передвижения и занятости, а также имея ограниченные возможности для правосудия в связи с жестокостями, которым они подверглись, рохинджа находятся в положении бесправия и порабощения. Они хотят жить в безопасном месте, где могут иметь доступ к возможностям для работы и личной самореализации, иметь возможность спокойно следовать своей религии и иметь возможность воспитывать и поддерживать своих детей, чтобы они могли вести безопасную и полноценную жизнь.

Несмотря на нехватку данных о распространенности и выраженности психических расстройств в общинах рохинджа, ясно, что опыт вынужденной миграции выражается в беспокойстве, страхе, плохом настроении и неуверенности в текущей безопасности (или тревоге, страхе и симптомах ПТСР).

Нарушения прав человека неразрывно связаны с гуманитарными кризисами, в которых преобладают проблемы угнетения, власти и лишения возможностей, особенно в контексте оказания психологической поддержки в связи с негативными эмоциональными состояниями. Нарушения прав человека, такие как пытки и перемещение, отказ в доступе к адекватным ресурсам и практика принудительного лечения, ущемляют права людей на здоровый образ жизни с возможностями для развития, что еще больше усугубляет стресс.

Кроме того, учитывая, что индивидуальные трудности в переживании стресса для детей демонстрируют сильную корреляцию с полиэтиологичными факторами, дистресс вряд ли можно облегчить только за счет улучшения доступа к психологической помощи.

Литература / References

1. Банников, Г.С. Особенности оказания медико-психологической помощи несовершеннолетним, пережившим травматическое событие / Г.С. Банников // Известия Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена. 2015. № 174. С. 116-122.

2. Куликов Л.В. Проблема описания психических состояний // Психические состояния. Сост. И общ.ред. Л.В. Куликов. СПб: Питер, 2000. С. 11-42

3. Прохоров А.О. Психические состояния и их функции. Казань: Изд-во КГПИ, 1994. 168 с.

4. Alvin K. Tay, Rafiqul Islam, Andrew Riley, Courtney Welton-Mitchell, Benedicte Duchesne, Valerie Waters, Derrick Silove and Peter Ventevogel, Culture, Context, and Mental Health of Rohingya Refugees: A Review for Staff in Mental

Health and Psychosocial Support Programmes for Rohingya Refugees. UNHCR. Geneva. 2018. 70 p.

5. Andrew Riley, Andrea Varner, Peter Ventevogel, M. M. Taimur Hasan and Courney Welton-Mitchell, «Daily Stressors, Trauma Exposure, and Mental Health among Stateless Rohingya Refugees in Bangladesh», Transcultural Psychiatry. Vol. 54. №. 3. 2017. PP. 304-331.

6. Burma Citizenship Law. 15 October 1982. URL: http://www.networkmyanmar.org/ESW/Files/1982CitizenshipLaw.pdf (дата обращения: 30.08.2021).

7. Claudia Catani, «Mental Health of Children Living in War Zones: A Risk and Protection Perspective», World Psychiatry. Vol. 17. №. 1. 2018. PP. 104-105.

8. Fiona Charlson, Mark van Ommeren, Abraham Flaxman, Joseph Cornett, Harvey Whiteford and ShekharSaxena, «New WHO Prevalence Estimates of Mental Disorders in Conflict Settings: A Systematic Review». The Lancet. Vol. 394. №. 10194. 2019. PP. 240-248.

9. Galit Halevi, Amir Djalovski, AdvaVengrober and Ruth Feldman, «Risk and Resilience Trajectories in War-Exposed Children across the First Decade of Life». Journal of Child Psychology and Psychiatry. Vol. 57. №. 10. 2016.

10. Guido Veronese, Marco Castiglioni, Marco Tombolani and Mahmud Said, «My Happiness is the Refugee Camp, My Future Palestine: Optimism, Life Satisfaction and Perceived Happiness in a Group of Palestinian Children». Scandinavian Journal of Caring Sciences. Vol. 26. №. 3. 2012. PP. 467-473.

11. Inka Weissbecker, Fahmy Hanna, Mohamed El Shazly, James Gao and Peter Ventevogel, «Integrative Mental Health and Psychosocial Support Interventions for Refugees in Humanitarian Crisis Settings», in Thomas Wenzel and Boris Drozdek (eds), An Uncertain Safety: Integrative Health Care for the 21st Century Refugees. Springer International. Cham. 2019. PP. 117-153.

12. Jamie Pearce and Danny Dorling, «Tackling Global Health Inequalities: Closing the Health Gap in a Generation», Environment and Planning A: Economy and Space. Vol. 41. №. 1. 2009. PP.1-6.

13. Jeff Crisp, The Role of the UN Agencies in Rohingya Genocide since 1978, Panel Discussion, International Conference on Protection and Accountability in Burma. New York. 2019. 13 p.

14. Jobair Alam, «The Rohingya of Myanmar: Theoretical Significance of the Minority Status». Asian Ethnicity. Vol. 19. №. 2. 2018. PP. 1-31.

15. John A. Shaw, «Children Exposed to War/Terrorism». Clinical Child and Family Psychology Review. Vol. 6. №. 4. 2003. PP. 237-246.

16. Kirsi Peltonen, Samir Qouta, Marwan Diab and Raija-Leena Punamäki, «Resilience among Children in War: The Role of Multilevel Social Factors». Traumatology. Vol. 20. №. 4. 2014. PP. 232-240.

17. Laila Farhood, Huda Zurayk, Monique Chaya, FadiaSaadeh, GarbisMeshefedjian and ThurayaSidani, «The Impact of War on the Physical and Mental Health of the Family: The Lebanese Experience». Social Science and Medicine. Vol. 36. №. 12. 1993. PP. 1555-1567.

18. Malin Eriksson, Mehdi Ghazinour and Anne Hammarstrom, «Different Uses of Bronfenbrenner's Ecological Theory in Public Mental Health Research: What Is Their Value for Guiding Public Mental Health Policy and Practice?». Social Theory and Health. Vol.16. №. 4. 2018. PP. 414-433.

19. Michael Marmot, «Social Determinants of Health Inequalities». The Lancet. Vol. 365. №. 9464. 2005.

20. Michelle Slone and Shiri Man, «Effects of War, Terrorism, and Armed Conflict on Young Children: A Systematic Review». Child Psychiatry and Human Development. Vol. 47. № 6. 2016.

21. Mohsin Habib, Christine Jubb, Salahuddin Ahmad, Masudur Rahman and Henri Pallard, «Forced Migration of Rohingya: An Untold Experience». SSRN Electronic Journal. 2018.- URL: https://

papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3242696. (дата обращения: 30.08.2021).

22. Nargis Islam, Nishat F. Rahman and Naila Z. Khan, «Trauma and Mental Health in the Rohingya Camps: One Year On», in BRAC Health Watch: Health Sector's Response to the Rohingya Crisis. BRAC University. 2019.

23. Nidhi Wali, Wen Chen, Lal B. Rawal, A. S. M. Amanullah and Andre M. N. Renzaho, «Integrating Human Rights Approaches into Public Health Practices and Policies to Address Health Needs amongst Rohingya Refugees in Bangladesh: A Systematic Review and Meta-ethnographic Analysis». Archives of Public Health. Vol. 76. №. 1. 2018. PP. 1-14.

24. Razia Sultana, Rape by Command: Sexual Violence as a Weapon against the Rohingya. Kalandan Press. Chittagong. 2018. 61 p.

25. Rohingya Crisis in Cox's Bazar District, Bangladesh, Health Sector Bulletin №. 6. 6 September 2018.- URL: https:// www.humanitarianresponse.info/sites/www.humanitarianresponse.info/files/documents/ files/healthsectorcxbbanbulletinno6.pdf (дата обращения: 30.08.2021).

26. Ruth V. Reed, Mina Fazel, Lynne Jones, Catherine Panter-Brick and Alan Stein, «Mental Health of Displaced and Refugee Children Resettled in Low-Income and Middle-Income Countries: Risk and Protective Factors». The Lancet. Vol. 379. №. 9812. 2012. PP. 250-265.

27. Save The Children, «Alarming Number of Rohingya Refugee Children Orphaned by Brutal Violence, New Save the Children Study Finds».- URL: https://www.savethechildren.org.uk/news/media-centre/press-releases/alarming-number-of-rohingya-refugee-children-orphaned-by-brutal- (дата обращения: 30.08.2021).

28. Theresa S. Betancourt, Dana L. Thomson, Robert T. Brennan, Cara M. Antonaccio, Stephen E. Gilman and Tyler J. VanderWeele, «Stigma and Acceptance of Sierra Leone's Child Soldiers: A Prospective Longitudinal Study of Adult Mental

Health and Social Functioning», Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 2019.

29. Thomas Poirier, «The Effects of Armed Conflict on Schooling in Sub-Saharan Africa», International Journal of Educational Development. Vol. 32. №. 2. 2012. PP. 341-351.

30. Vindya Attanayake, Rachel McKay, Michel Joffres, Sonal Singh, Frederick Burkle Jr. and Edward Mills, «Prevalence of Mental Disorders among Children Exposed to War: A Systematic Review of 7,920 Children». Medicine. Conflict and Survival. Vol. 25. №. 1. 2009. PP. 4-19.

31. World Health Organization (WHO), Social Determinants of Mental Health, Geneva, 2014. 52 p.

32. World Vision, «Psychological Support for Refugee Children of Myanmar in Bangladesh». 22 January 2018. URL: https://reliefweb.int/report/bangladesh/psychological-support-refugee-children-myanmarbangladesh (дата обращения: 30.08.2021).

АРТ-ТЕРАПИЯ КАК СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ПСИХИЧЕСКИХ И НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ.

Р.И. Аскарова, Ш.Р. Юсупов

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии.

Узбекистан, Республика Узбекистан, г. Ургенч, Хорезмская область

Аннотация. Арт-терапии буквально – лечение искусством, творчеством. Арт терапия учит детей выражать свои переживания,эмоции. Атр терапия у детей предполагает создание условий для самовыражения,вызывает новые способы активности ребенка. Помогает ребенку излечиться от туберкулеза,от психических и эмоциональных расстройств.Знать,что беспокоит ребенка,его страх крайе необходимо врачу,чтобы правильно вылечить его. Надо учитывать тот фактлор,что больные дети от туберкудеза лечатся в противотуберкулезном диспаесере месяцами.

Ключевые слова: туберкулез, арт-терапия, дети, неврологическик расстройства, психические отклонения, инновационные технологии.

ART THERAPY AS A METHOD FOR TREATMENT OF MENTAL AND NEUROLOGICAL DISORDERS IN CHILDREN WITH TUBERCULOSIS.

Askarova R.I., Yusupov Sh.R.
Urgench branch of the Tashkent Medical Academy.
Uzbekistan, Republic of Uzbekistan, Urgench, Khorezm region

Abstract. The paper gives philosophic and methodological interpretation of the concept of art therapy, which is viewed as an innovative technology of socio-pedagogical work with children. Itdescribes interdis-ciplinary ideas of transformation of art therapy in the use of the artistic means and artistic communication aimed at optimization of subjective and objective conditions of socialization of children having different problems. The concept of “art therapy” is analyzed from the point of view of different spheres of its use; the key methodological problems and the ways for their solution during art therapy are outlined. A new philo-sophical and theoretical approach to art therapy is worked out to organize its empirical experience as a resource of preventive and remedial work using the means of art to help children to join he community.

Keywords: tuberculosis, socio - pedagogical activity; socialization of children; art-therapy technology; innovative technologies.

Актуальность. Арт-терапия в данное время рассматривается наукой как инновационной технологии социально-педагогической деятельности с детьми. Раскрываются междисциплинарные идеи преобразования арт-терапевтических практик в использовании средств искусства и художественной коммуникации, направленных на оптимизацию субъективных и объективных условий социализации детей с проблемами. [1]. Проведен анализ основного понятия «арт-терапия» в различных областях его использования, выделены ключевые

методологические и методические вопросы и пути их решения в проектировании арт-терапевтической технологии в социально-педагогической деятельности с детьми. Введен новый философско-теоретический ракурс рассмотрения арт-терапии и систематизации ее эмпирического опыта как ресурса профилактико-коррекционной работы средствами искусства в оказании помощи детям в процессе их вхождения в социальную среду [2].

Показана перспективность культурологического и интегративного подходов в гуманитарно-эстетическом образовании для разработки социально-педагогической модели арт-терапии и ее методик с привлечением ресурсного подхода, принципов полихудожественности и фасилитации в педагогике искусства, усиливающих эффективность взаимодействия личности со смыслами произведений искусства, с учетом характера затруднений и проблем [3].

Исследование направлено на выявление возможностей, обобщение и углубление содержания арт-терапии в контексте культуры и технологии, актуализацию ее методов в неклинических практиках [4]. Это послужит решению организационно-технологических задач в области новаций арт-терапии с учетом особенностей инкультурации и социализации детей востребованность изучения гуманитарных технологий в социальной педагогике связана с нарастанием негативных явлений в современном обществе, острой потребностью позитивного – адаптационного, профилактического, коррекционного – воздействия на субъектов различных социальных категорий в социализации [5].

Развитие гуманитарно-эстетических практик в социально-педагогической деятельности с детьми отвечает ситуации усиления отрицательных факторов социокультурных процессов, в которых все более затруднено усвоение личностью общественных норм и ценностей, что приводит к ее десоциализации и дезадаптации [6].

Социально-педагогическая деятельность направлена на содействие субъекту, социальной группе в решении проблем, связанных с негативными состояниями, затруднениями в обучении, воспитании, общении, дезадаптацией детей [7]. Социальный педагог должен быть компетентен в использовании эффективных технологий работы с нуждающимися в помощи детьми. Одной из основных компетенций в подготовке социальных педагогов является готовность организовывать различные виды деятельности в решении профессиональных задач, что требует знаний, умений и опыта применения современных технологий, в том числе гуманитарно-эстетических [8]. Это связано с тем, что художественно-эстетическое соприкасается с внутренним миром личности, входит в ее психоэмоциональный строй, затрагивает ценностно-смысловые уровни сознания, глубинные жизненные переживания, формируя духовный опыт. Целенаправленное влияние искусства проявляется в улучшении психического состояния, развитии познавательных, коммуникативных и творческих способностей, самореализации личности [9].

Особенно благотворно это влияние в детском возрасте. Изучение проблемы арт-терапии буквально – лечение искусством, творчеством; термин ввел в употребление А. Хилл в медицинской практике) в социально-педагогической деятельности с детьми обосновано пониманием мощного положительного влияния искусства на развитие и становление личности, проявляющегося в гармонизации ее внутреннего мира и обретении духовно-нравственных ориентиров [10].

Основная цель арт-терапии – это позитивное воздействие на личность средствами искусства и творчества, развитие ее духовного здоровья [11]. Общепризнано, что арт-терапия имеет психопрофилактическую, развивающую и социализирующую направленность в активизации сущностных сил личности, благодаря чему арт-терапия используется в

различных сферах и может стать эффективной технологией социально-педагогического профиля в работе с детьми.

Теоретический анализ показал, что арт-терапия изучается как многогранное и глубинное по эмоциональному воздействию явление в различных сферах применения, в том числе клинической и социальной [12].

Арт-терапевтическое направление развивается в практической психологии, образовании и социальной работе. Арт-терапия применяется в лечебно-реабилитационной, педагогической и социально-педагогической деятельности: как вспомогательный метод в психотерапии психодрама, художественно-творческая деятельность в лечебной и специальной педагогике сказкотерапия, игротерапия, цветотерапия как здоровьесберегающее направление в педагогике искусства и дополнительном образовании, гуманитарно-эстетическом воспитании [13]. Особенностью современного этапа развития арт-терапии является усиление ее междисциплинарных связей с психологией, социологией, культурологией [14,15]. В общем смысле арт-терапия рассматривается в зависимости от области ее применения: как одна из форм психотерапевтической практики, совокупность арт-терапевтических методик,педагогический метод,формирующаяся технология, техника в социальной работе и социально-педагогической деятельности с детьми.

Таблица №1.

Использование Арт- терапии у больных детей туберкулезом в противотуберкулезном диспансере г. Ургенча

№	диагноз	Пе-ние	Песочное рисование	Танцева-льная терапия	Сказко-терапия	Аудио-терапия	Рисова-ние
1	Туберкулезная интоксикация	12	3	6	7	12	11
2	Первичный туб комплекс	3	11	2	2	6	3
3	Туб.лимфатических узлов	9	13	13	2	2	3
4	Очаговый	8	1	3	16	3	5

	туберкулез						
5	Туб плеврит	7	6	4	2	7	6
6	Туберкулома	5	5	5	5	8	5
7	Инфильтративный туберкулез	6	2	4	2	1	7

Методы исследования: Проанализировав полученные результаты обеих групп, нами был сделан анализ сформированности самооценки детей. У детей в группе все же разные виды сформированности самооценки, но преобладает адекватная самооценка, которая выявлена у большинства детей в группе 40%. Данная тенденция проявляется очень ярко. Далее мы приводим результаты исследования самооценки в контрольной группе, в которой, как мы помним, занятия арт-терапией не проводились.

Детям присуще разные виды сформированности самооценки, но преобладает в данной группе завышенная 30% и неадекватно завышенная самооценка 35%. Следовательно, из представленных выше рисунков видно, что в экспериментальной группе значительно преобладает адекватный вид сформированности самооценки, 8 детей из общего количества детей в группе (40 %). Также выявлена завышенная самооценка у 6 детей (30%), неадекватно завышенная у 5детей (25%), а так же 1 ребенок (5%) с заниженным видом самооценки. В контрольной группе, мы видим, что снезначительным отрывом преобладает, так же как и на констатирующем этапе, неадекватно завышенная самооценка у 7 детей (35%). Завышенная самооценка выявлена у 6 детей (30%), чуть меньше, 5 детей (25%) с адекватной самооценкой и заниженная самооценка была определена у 2 детей (10%). Для выявления изменений вида сформированности самооценки на констатирующем и контрольном этапе мы сделали сравнительный анализ, как для экспериментальной, так и для контрольной группы.

Результаты исследования. Сравнительные данные о виде сформированности самооценки в экспериментальной группе №1:

1) самооценка заниженная: констатирующий этап (количество детей) – 4(20%); контрольный этап (количество детей) – 1(5%);

2) адекватная самооценка: констатирующий этап (количество детей) – 3(15%); контрольный этап (количество детей) – 8(40%);

3) завышенная самооценка: констатирующий этап (количество детей) –5(25%); контрольный этап (количество детей) – 6 (30%);

4) неадекватно завышенная самооценка: констатирующий этап (количество детей) – 8(40%); контрольный этап (количество детей) – 5(25%). Итак, мы видим положительную динамику между констатирующим и контрольным этапом. Значительно снизилось число детей от 4 до 1, обладающих заниженным видом самооценки.

Адекватная самооценка на контрольном этапе значительно преобладать с 3 детей, повысилось до 8. Завышенная самооценка осталась практически без изменений была у 5 детей, стала у 6 детей, что является нормой для детей данного возраста. А вот неадекватно завышенная самооценка хоть не на много, но все же снизилась, на 3 ребенка с данной самооценкой стало меньше. Сравнительные данные о виде сформированности самооценки в контрольной группе №2:

1) самооценка заниженная: констатирующий этап (количество детей) – 4(20%); контрольный этап (количество детей) – 2(10%);

2) адекватная самооценка: констатирующий этап (количество детей) – 2(10%); контрольный этап (количество детей) – 5(25%);

3) завышенная самооценка: констатирующий этап (количество детей) – 6 (30%); контрольный этап (количество детей) – 6 (30%);

4) неадекватно завышенная самооценка: констатирующий этап (количество детей) – 8(40%); контрольный этап (количество детей) – 7(35%). Проанализировав данные, мы видим, что показатели вида сформированности самооценки детей, изменились. Отмечается падение

заниженной самооценки у детей, из 4 детей, на контрольном этапе, выявлена заниженная лишь у 2 детей.

Показатель адекватной самооценки тоже положительно изменился, пусть не так значительно, но все же, данным видом облают уже 5 детей, это на 3 ребенка больше, чем на констатирующим этапе. Показатель завышенной самооценки осталась без изменений, а неадекватно завышенная самооценка снизилась на одного человека.

Заключение. Изучив полученные результаты, мы видим, что между констатирующим и контрольным этапом есть явные различия. Адекватный вид сформированности самооценки выявлен у большего количества детей, а также снижение числа детей с заниженной самооценкой, мы видим, как у экспериментальной, так и у контрольной группы, но существенные изменения мы видим в экспериментальной группе, с которой в течение года проводилась дополнительная работа по формированию самооценки через занятия творческой деятельностью.

К контрольному этапу 40% детей экспериментальной группы обладают адекватным видом сформированности самооценки, когда, на констатирующем этапе отмечалось лишь у 15%. У детей из контрольной группы, с которыми дополнительная работа не проводилась по формированию самооценки, улучшения есть, но не столько яркие. Адекватная самооценка на констатирующем этапе была у 10% от всех детей, а на контрольном выявлена у 25%. Таким образом, мы можем сделать вывод, что благодаря занятиям арт-терапией, у детей выявлены существенные изменения вида сформированности самооценки, что не можем сказать оконтрольной группе, с которыми занятия арт-терапией не проводились.

Литература / References

1. Беляева Л. А., Чугаева И. Г. Ценностно-смысловое моделирование на уроках мировой художественной культуры // Педагогическое образование в России. – 2011. – № 1. – С. 126-133.

2. Бетенски М. Что ты видишь? Новые методы арт-терапии / пер. с англ. М. Злотник; под ред. С. Пьянковой. – М. : Эксмо-Пресс, 2002. – 251 с.

3. Дженнингс С., Минде А. Сны, маски и образы. Практикум по арт-терапии [Электронный ресурс] / пер. с англ. И. Динерштейн. – М.: Эксмо, 2003. – 384 с. – Режим доступа: http://www.e-reading.mobi/bookreader.php/107286/Dzhennings-Sny%2C_maski_i_obrazy.pdf

4. Евтушенко Г. Н., Белова Е. А. Роль артпедагогики и арт-терапии в гармоничном развитии ребенка с проблемами [Электронный ресурс] // Интерактивная наука. – 2016. – № 2. – С. 85-88. – Режим доступа: http://cyberleninka.ru/article/n/rol-artpedagogiki-i-art-terapii-v-garmonichnom-razvitii-rebenka-s-problemami

5. Забара Л. И., Якина Л. Н. Инновационные технологии в методике преподавания МХК // Педагогическое образование в России. – 2013. – № 5. – С. 20-24. 130.

6. Закирова В. Г., Камалова Л. А. Социализация младшего школьника как педагогическая проблема [Электронный ресурс] // Начальная школа сегодня: проблемы социализации : ст. Междунар. науч.-практ. конф. (Казань, 23-24 апр. 2014 г.). - Казань, КФУ, 2014.– С. 4-11. Режим доступа: http://kpfu.ru//staff_files/F1472045214/Socializaciya_mladshego_shkolnika_kak_pedagogicheskaya_problema.pdf

7. Копытин А. И., Свистовская Е. Е. Арт-терапия детей и подростков [Электронный ресурс]. – М. : Когито-Центр. – 2014. – 197 с. – Режим доступа: http://bpaonline.ru/content/files/upload/131/kopyitin_svistovskaya_art-terapiya_detej_i_podrostkov.pdf

8. Копытин А. И. Арт-терапия в контексте культуры и технологии [Электронный ресурс] // Арт-терапия и творческое самовыражение в сохранении здоровья и развитии человеческого потенциала : тез. докл. Междунар. конф. по терапии искусством (Москва, 9-11 апр. 2010 г.). – М., 2011. – 56 с.

9. Клочкова Л. И. Реализация идей ресурсного подхода в развитии воспитания школьников: к вопросу о системе понятий [Электронный ресурс] // Современные проблемы науки и образования. – 2014. – № 3. – Режим доступа: http://www.scienceeducation.ru/ru/article/view?id=12821 (дата обращения: 17.12.16).

10. Лебедева Л. Д. Практика арт-терапии: подходы, диагностика, система занятий. – СПб. : Речь, 2003. – 256 с.

11. Перевышина Н. Ю. Арт-технологии в музыкальном образовании детей с ограниченными возможностями здоровья [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://academicon.ru/publ/pedagogika_ socialnaja/perevyshina_n _ju_art_tekhnologii_v_muzykalnom_obrazovanii_detej_s_ogranichennymi_vozmozh nostjami_zdorovja

12. Российская энциклопедия социальной работы / под общ. ред. Е. И. Холостовой. – М. : Дашков и К, 2016.- С.67.

13.Тимонин А. И. Теоретические подходы к обоснованию понятий «потенциал» и «ресурс» в педагогике [Электронный ресурс] // Экономика образования. - 2008. - № 4. - С. 170-172.

14. Философия науки: словарь ключевых терминов / под ред. С. А. Лебедева. – М.: Академический проект, 2006. – С. 710-718.

15. Яфальян А. Ф. Влияние искусства на духовное здоровье ребенка в условиях школы самовыражения // Педагогическое образование – 2009. – № 1. – С. 130-141.

ИНСУЛИНЕМИЯ И СОСТОЯНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ БЕТА-КЛЕТОК ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН, УПОТРЕБЛЯЮЩИХ АЛКОГОЛЬ, И ТРЕЗВЕННИЦ

А.С. Блажко[1], В.А. Переверзев [1], А.В. Евсеев [2], В.А. Правдивцев [2], Е.В. Юреня [3], С.М. Еремейчик [3], О.С. Никитина [1], Е.В. Переверзева [4]

[1] Кафедра нормальной физиологии УО «Белорусский государственный медицинский университет», Беларусь, г. Минск

[2] Кафедра нормальной физиологии ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Смоленск

[3] УЗ «Городской эндокринологический диспансер», Беларусь, г. Минск

[4] Кафедра патологической физиологии УО «Белорусский государственный медицинский университет», Республика Беларусь, г. Минск

Аннотация. В исследованиях на молодых женщинах-добровольцах (16, употребляющих алкоголь /УА/ в режиме и месячной дозе низкого риска, и 8 трезвенницах /ТР/) было установлено: не широкая, но значимая распространённость гиперинсулинемии (6,25-18,75%) при голодании среди лиц УА; у большинства из них же (69-80%) гиперинсулинемия и повышенный инсулиновый ответ в условиях насыщения после приёма 75 г глюкозы (пероральный тест толерантности к глюкозе /ПТТГ/); а также двукратное повышение функциональной активности их бета-клеток по сравнению с аналогичным показателем (индексом «HOMA-ФБ») у ТР. Оценочный относительный риск (ООР) возникновения гиперинсулинемии и повышенного инсулинового ответа у УА молодых женщин во время ПТТГ после 16-18 ч голодания составил 5,5 (χ^2=6,750; p=0,014) к ТР.

Ключевые слова: инсулин, бета - клетки, глюкоза, женщины, алкоголь.

INSULINEMIA AND THE STATE OF FUNCTIONAL ACTIVITY OF PANCREATIC BETA CELLS IN YOUNG WOMEN WHO DRINK ALCOHOL AND TEETOTALLERS

Blazhko A.S.[1], Pereverzev V.A.[1], Evseev A.V.[2], Pravdivtsev V.A [2],Yurenya E.V. [3], Eremeychik S.M. [3], Nikitina O.S. [1], Pereverzeva E.V.[4]

[1] Department of Normal Physiology Educational Institution «Belarusian State Medical University», Republic of Belarus, Minsk

[2] Department of Normal Physiology Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «Smolensk State Medical University» of the Ministry of Health of Russia, Russia, Smolensk

[3] Healthcare Institution «City Endocrinological Dispensary», Republic of Belarus, Minsk

[4] Department of Pathological Physiology Educational Institution «Belarusian State Medical University», Republic of Belarus, Minsk

Abstract. In studies on young female volunteers (16 who consume alcohol in a low-risk regimen and monthly dose, and 8 teetotallers), it was found: not wide, but significant prevalence of hyperinsulinemia (6.25-18.75%) during fasting among consume alcohol individuals; most of them (69-80%) have hyperinsulinemia and increased insulin response in conditions of saturation after taking 75 g of glucose (oral tolerance test to glucose / OTTG/); as well as a twofold increase in the functional activity of their beta cells compared to a similar indicator (HOMA-FB index) in teetotallers . The estimated relative risk of hyperinsulinemia and increased insulin response in young women who drink alcohol during OTTG after 16-18 hours of fasting was 5.5 ($\chi 2$=6.750; p=0.014) to teetotallers.

Keywords: insulin, beta-cells, glucose, women, alcohol.

Введение. Инсулин – ведущий гормон в регуляции содержания глюкозы в крови: повышение его секреции является важнейшим механизмом (фактором) защиты от гипергликемии, а торможение секреции – первым фактором защиты от гипогликемии [4, С.23]. Механизм регуляторного (гипогликемического) действия инсулина связан с тем, что через свои рецепторы в мышечных,

жировых и ряде других клеток он увеличивает количество белков-переносчиков глюкозы в клеточной мембране, усиливая её транспорт в эти клетки из крови, в гепатоцитах и миоцитах повышает гликогенез, тормозит распад гликогена и глюконеогенез в печени [4, С.22]. В тоже время снижение содержания инсулина в здоровом организме сопровождается увеличением продукции глюкозы в печени и почках, снижением утилизации глюкозы инсулинзависимыми тканями, что ведет к увеличению гликемии (контрегуляторное действие гормона). Инсулин является мощным и критическим гормоном, глубокий дефицит или выраженный избыток которого может стать пусковым механизмом развития как функциональных, так и патологических состояний или даже нести прямую угрозу жизни. В свою очередь глюкоза (уровень гликемии) выступает в качестве основного факторы, регулирующего секрецию инсулина бета-клетками поджелудочной железы.

В связи с этим представляло интерес изучить содержание инсулина в крови и рассчитать активность клеток его синтезирующих, а также их динамику у молодых лиц (женщин) с разным отношением к УА при голодании во время относительного функционального покоя (ОФП) и умственной работы (УР) натощак, а также во время насыщения после приёма 75 г глюкозы при проведении ПТТГ.

Объекты и методы исследования. В исследовании принимали участие 24 молодые женщины 18-29 лет: УА (n=16) и ТР (n=8). Они дали добровольно письменное согласие на своё участие. У каждой испытуемой делалось по 5 определений содержания глюкозы и инсулина в плазме венозной крови, взятой через катетер из срединной локтевой вены нерабочей руки: исходно (в состоянии ОФП после ночного 10-12 ч голодания /1-е/), через 3 и 6 ч УР натощак (2-е и 3-е) и через 60 (4-е) и 120 (5-е) минут после приёма 75 г глюкозы, растворенной в 200-250 мл воды (ПТТГ при ОФП). Определение содержания глюкозы (ГП) и иммунореактивного инсулина (ИРИ) в плазме венозной крови проведено на базе клинико-диагностической лаборатории

Городского эндокринологического диспансера г. Минска. При этом содержание глюкозы определялось стандартными методами на рекомендуемых приборах «Biosen» (глюкозооксидазным методом) или биохимическом анализаторе «Cobas 6000» (гексокиназным методом) с амперометрической детекцией, а инсулина – электрохемилюминесцентным иммунотестом на автоматическом анализаторе для иммунологических тестов «Cobas e411»* с реагентом для определения «Elecsys Insulin cobas e»*. Функциональную активность бета-клеток оценивали по индексу «HOMA-ФБ», рассчитанному согласно структурной математической модели по следующей, рекомендуемой [3, С. 23] формуле: $HOMA\text{-}ФБ=20 х ИРИ_{(мкЕд/мл)}/(ГП_{(ммоль/л)} – 3,5)$.

Результаты исследования были подвергнуты статистической обработке с использованием методов параметрического и непараметрического анализа. Накопление, корректировка, систематизация исходной информации и визуализация полученных результатов осуществлялись в электронных таблицах Microsoft Office Excel 2016. Статистический анализ проводился с использованием программы STATISTICA 10 (разработчик - StatSoft.Inc). Количественные показатели оценивались на предмет соответствия нормальному распределению, для этого использовался критерий Колмогорова-Смирнова, а также показатели асимметрии и эксцесса. В случае описания количественных показателей, имеющих нормальное распределение, полученные данные объединялись в вариационные ряды, в которых проводился расчет средних арифметических величин (M), стандартных отклонений (SD) и стандартных ошибок средних величин (m). В случае описания количественных показателей, имеющих ассиметричное распределение, определялась медианна (Me) и рассчитывалась величина нижнего ($V_{0,25}$) и верхнего ($V_{0,75}$) квартиля.

Сравнение количественных показателей между двумя независимыми группами (молодыми женщинами УА и трезвенницами) проводили при помощи критериев: «t» – Стьюдента (количественного, параметрического критерия);

«F» – Фишера (качественного критерия); «U» и «Z» – Манна-Уитни (количественного, непараметрического критерия).

*Платформа модульная для биохимического и иммунохимического анализа «Кобас 6000» (cobas 6000), «Cobas e411» в различных конфигурациях, с принадлежностями. РУ №РЗН 2015/3050, от 05.05.2021. Roche Diagnostics International Ltd. https://diagnostics.roche.com/ru/ru/products/systems/cobas_-6000-analyzer-series.html

Сравнение количественных показателей между двумя зависимыми показателями в группах молодых женщин УА или трезвенниц при различных физиологических состояниях (ОФП натощак, УР натощак или после приёма глюкозы) проводили при помощи критериев: Стьюдента (количественного, параметрического «t» критерия); Вилкоксона или знаков (количественных, непараметрических: «Т» и «Z»; «%» и «Z» критериев соответственно).

Номинальные данные описывались с указанием абсолютных значений, долей (С) в процентах, а также долей в виде коэффициентов вариации (КВ) с рассчитанными для них ошибками (ошибками долей /m_C/ и ошибками коэффициентов вариации /m_{KB}/) [2, с. 349]. Сравнение номинальных данных проводилось с использованием критерия χ^2 Пирсона и точного критерия Фишера (при общем числе наблюдений 5 и более в каждой выборке) при помощи электронного калькулятора в программе «Медстатистика.ру» (https://medstatistic.ru/calculators.html). Оценка различий между двумя долями (20-80%) проводилась с помощью t-критерия, который сравнивался с его критическими значениями для выбранного числа наблюдений или же путём сравнения КВ (долей менее 20%) распространённости признака и их ошибок в двух независимых выборках или к нулевой гипотезе на основании следующего алгебраического выражения неравенства [2, с. 349]: ($КВ_1$ – $КВ_2$)/(корень квадратный из суммы $m_{KB1}^2 + m_{KB2}^2$) > (3 + 6/(N-4)), где N – число испытуемых в меньшей выборке. При выполнении неравенства, т.е. когда левая половина была больше правой, различия считались значимыми.

Взаимодействие между показателями у испытуемых – УА, массой тела, ростом, индексом массы тела, возрастом с одной стороны и содержанием глюкозы и инсулина с другой стороны, – оценивалось с помощью коэффициентов корреляции Пирсона (параметрического коэффициента и расчета соответствующей формулы линейной регрессии) и Спирмана (непараметрического).

ООР развития гиперинсулинемии рассчитывали в абсолютных значениях как соотношение абсолютных рисков (АР) возникновения такого состояния в группах УА к ТР ($ООР=АР_{УА}/АР_{ТР}$) при помощи электронного калькулятора в программе «Медстатистика.ру» (https://medstatistic.ru/calculators.html) или в процентах как разницу долей (КВ) возникновения гиперинсулинемии в указанных группах ($ООР в \% = С(КВ)_{УА} – С(КВ)_{ТР}$).

Полученные результаты принимались как значимые при $p\leq0,05$ или выполнении соответствующего неравенства для КВ.

Результаты и их обсуждение. Из представленных в таблице №1 данных видно, что содержание инсулина в крови натощак у молодых женщин обеих групп в состоянии ОФП и УР достоверно и многократно ниже, чем во время проведения ПТТГ. УР натощак сопровождается дополнительным и существенным понижением уровня инсулинемии в 2,72 раза (t=2,492; p=0,041) в группе ТР и в 3,51 раза (t=2,846; p=0,025) у женщин УА (табл.) за счёт увеличения среди них лиц с выраженной гипоинсулинемией в группе №1 на 13-38% (χ^2=2,286; p=0,131; df=1) и в группе №2 на 37-75%* (*χ^2=12,875; p=0,002; df=2). Столь выраженное снижение уровня инсулинемии при УР натощак (табл.) вероятно обусловлено понижением содержания глюкозы в крови и соответственно её меньшим воздействием на бета-клетки поджелудочной железы и секрецию ими инсулина. Рассчитанный с помощью структурной математической модели индекс «HOMA-ФБ» [3, С. 23] составлял в группах ТР 92,9±20,4 ед. и УА 185,2±37,2 ед. при ОФП после ночного голодания и более чем в 1,5 раза понижался в обеих группах до 50,6±11,4 ед и 123,0±30,1 ед.

соответственно после 6 ч УР натощак. В то же время следует отметить достоверно большую функциональную активность бета-клеток поджелудочной железы по секреции гормона у молодых женщин УА по сравнению с таковой у ТР: исходно при ОФП после ночного голодания в 1,99 раза (F=5,38906; p=0,033651); а также и через 6 ч УР натощак в 2,43 раза (F=10,98462; p=0,008306). Это может быть обусловлено меньшей чувствительностью клеток-мишеней к действию инсулина и необходимостью его дополнительного синтеза, что угрожает развитием метаболического синдрома и/или истощения функции бета-клеток.

Таблица 1.

Содержание инсулина в плазме венозной крови при различных физиологических состояниях молодых женщин – трезвенниц (группа № 1, ТР) и употребляющих алкоголь (группа № 2, УА)

Физиологическое состояние	Содержание инсулина (мкЕд/мл плазмы)		Достоверность различий ДМГ по t-критерию Стью-дента; Z – Манна	Распространённость				Достоверность различий УВ по χ^2 Пирсона между групп-и
	группа №1, ТР:	группа №2, УА:		гипергинс-и в группах:		гипоинсул-и в группах:		
	n; M±m; Me (25%; 75%)	n; M±m; Me (25%; 75%)		№ 1	№ 2	№ 1	№ 2	
ОФП, натощак	N=8; 6,48±1,47; 6,60 (2,69;10,02)	N=16; 8,25±1,54 7,53 (3,28;10,48)	t=0,731; p=0,473 Z=0,521;p=0,610	– –	n=3 19%	n=2 25%	n=2 13%	χ^2_{1-2}=2,069; p=0,363 (df=2)
3 ч УР, натощак	N=8; **5,61±0,85*** 6,94 (2,07; 8,33)	N=8; **2,35±1,19*** 1,60 (1,27; 2,45)	***t=2,228; p=0,043** Z=1,733;p=0,083	– –	– –	**n=3 * 38 %**	**n=7 * 88 %**	***** χ^2_{1-2}**=4,267; p=0,039 (df=1)**
6 ч УР, натощак	N=8; 2,38±0,51; 1,81 (1,12; 3,99)	N=16; 3,22±0,83 1,84 (0,88; 5,08)	t=0,697; p=0,493 Z=0,097;p=0,925	– –	n=1 6 %	n=5 63 %	n=8 50 %	χ^2_{1-2}=0,704; p=0,704 (df=2)
60 минут	N=8;**23,34±8**	N=15;**56,1±**	***t=2,582;p=0,0**	**n=**	**n=1**	–	–	***** χ^2_{1-}

после ПГ	**,10* 10,32 (5,9; 46,8)▼**	**8,15* 57,6 (26,0; 88,5)▼**	**174 ▼Z=2,421;p=0,013**	**3* 38 %**	**2* 80 %**	–	–	**$_2$=4,154; p=0,042 (df=1)**
120 минут после ПГ	N=8; 24,41±7,56 18,7 (9,6; 38,3)	N=16;44,47 ±6,57 39,5 (24,1; 69,8)	t=1,830; p=0,0821 Z=1,692;p=0,091	n=3 3 8 %	n=12 75 %	– –	– –	χ^2_{1-} $_2$=3,200; p=0,074 (df=1)
— –различия достоверны (p<0,05)	ОФП 3ч 60мин 6ч 120мин	ОФП 3ч 60мин 6ч 20мин	Сравнение двух зависимых выборок по t-критерию Стьюдента внутри каждой из групп №1 или №2 при разных физиологических состояниях					
— –различия достоверны (p<0,05)	ОФП 3ч 60мин 6ч 120мин	ОФП 3ч 60мин 6ч 20мин	Сравнение двух зависимых выборок по критерию Вилкоксона внутри каждой из групп №1 или №2 при разных физиологических состояниях					
— –различия достоверны (p<0,05)	ОФП 3ч 60мин 6ч 120мин	ОФП 3ч 60мин 6ч 20мин	Сравнение двух зависимых выборок по критерию знаков внутри каждой из групп №1 или №2 при разных физиологических состояниях					
ППподИК (СИО)	N=8; **50,1±9,4* 48,6 (21,9;73,8)▼**	N=16;**103,8±11,5* 98,2 (66;115,5)▼**	***t=2,836;p=0,0096 ▼Z=2,541;p=0,011**	**n=13 * %**	**n=11 * 69 %**	– –	– –	*** χ^2_{1-} $_2$=6,750; p=0,014 (df=1)**

Обозначения: ДМГ – данные между группами (№ 1 ТР и № 2 УА). УВ – удельный вес (распространённость случаев гиперинсулинемии /гиперин-и/ и гипоинсулинемии /гипоинсул-и/). N – количество молодых женщин, у которых определяли уровень инсулинемии в каждой группе при различных физиологических состояниях; n – количество молодых женщин из каждой группы, у которых находили повышенный (гиперинсулинемия) или пониженный (гипоинсулинемия) уровни инсулина в крови. ОФП – относительный функциональный покой. ППподИК – показатель площади под инсулиновой кривой после приёма 75 г глюкозы (за время проведения перорального теста на толерантность к глюкозе). СИО – суммарный инсулиновый ответ.

Индивидуальный анализ инсулинемии респонденток в условиях голодания позволил установить у части из них наличие явления

гиперинсулинемии при ОФП (3 наблюдения) и через 6 ч УР (1 наблюдение), когда содержание ингсулина превышало его рекомендуемый натощак уровень в 12,5 мкМЕ/мл плазмы [5, С. 4]. Причём все четыре случая гиперинсулинемии выявлены среди респонденток УА, что связано с избыточной секреторной функцией бета-клеток у них. Проведенный анализ распространённости гиперинсулинемии с расчётом коэффициентов вариации показал его значимость не только для самих молодых женщин УА как при ОФП после ночного голодания ($18,75_{\pm 3,43}$%; 5,5>3,5 /неравенство выполнено/), так и через 6 ч УР натощак ($6,25_{\pm 1,11}$%; 5,6>3,5 /неравенство выполнено/), но и по сравнению с ТР с такими же различиями в 18,75% (5,5>4,5; неравенство выполнено) и 6,25% (5,6>4,5; неравенство выполнено) соответственно. Это обусловлено тем, что среди последних (ТР) не было выявлено случаев гиперинсулинемии натощак – ни исходно при ОФП, ни через 6 ч УР (табл.). Следовательно, УА молодыми женщинами в режиме и месячной дозе низкого риска хоть и незначительно, но значимо на 18,75% и 6,25% повышает у них ООР гиперинсулинемии натощак при ОФП и УР.

Таким образом, среди молодых женщин УА даже в условиях голодания и угрозы возникновения гипогликемии имеет место не широкая, но значимая распространённость гиперинсулинемии, что указывает на нарушение системного механизма регуляции гликемии и риск развития у них инсулинорезистентности (метаболического синдрома) и нарушений углеводного обмена.

Употребление респондентками 75 г глюкозы приводило у большинства из них к резкому нарастанию содержания инсулина в крови (табл.). Этот прирост инсулинемии во время проведения ПТТГ по сравнению с уровнем инсулина по окончании УР составил в среднем для ТР 10,3 раза (t=2,84682, p=0,029304; $Z_{Вилкоксона}$=2,366432, p=0,017961), а для женщин УА – 17,4 раза (t=5,93419, p=0,000050; $Z_{Вилкоксона}$=3,295765, p=0,000982). Следует отметить, что среднее содержание инсулина в группе ТР через 2 ч после приёма глюкозы (табл.)

соответствовало нормальному уровню этого гипогликемического гормона и было ниже критического значения гиперинсулинемии (принятого за 28,5 мкМЕ/мл плазмы [1, С. 16; 5, С. 4]). В то же время, аналогичный показатель в группе женщин УА был в 1,56 раза выше его критического значения (в 28,5 мкМЕ/мл) и указывал вместе с гипергликемией у большинства из этих респонденток на высокую вероятность наличия у них выраженной инсулинорезистентности. Распространённость гиперинсулинемии среди УА молодых женщин через 120 минут после приёма глюкозы в условиях ОФП составила 75% (табл.) и была значимо выше с их же показателями во время голодания как в аналогичных условиях ОФП натощак в 4 раза (18,75%; χ^2=10,667, p=0,005), так и 6-и часовой УР в 12 раз (6,25%; χ^2=18,126, p<0,001). Столь выраженная абсолютная гиперинсулинемия через 120 минут после приёма глюкозы (ПТТГ) у 75% респонденток УА свидетельствует о выраженном нарушении системного механизма регуляции глюкозного гомеостаза у них вероятно из-за снижения инсулиночувствительности тканей и необходимости избыточной активности бета-клеток поджелудочной железы по секреции данного гормона. Расчёт функциональной активности бета-клеток у респонденток обеих групп с помощью математической модели показал её восстановление через 60 минут после приёма глюкозы и повышение в 1,5 через 120 минут от начала ПТТГ по отношению к исходной величине (при ОФП натощак) при сохранении большей её выраженности у женщин УА. Так, средняя величина индекса «HOMA-ФБ» составила в группе респонденток УА через 60 минут после приёма глюкозы 201,4±33,2 ед. и была в 1,90 раза больше по сравнению с аналогичным показателем ТР (105,8±40,9 ед.); а через 120 минут – 308,8±64,8 ед. и в 2,10 раза (F=9,73983; p=0,019918) выше, чем у ведущих трезвый образ жизни девушек (147,0±33,9 ед.).

Индивидуальный расчёт показателя площади под инсулиновой кривой во время насыщения после приёма 75 г глюкозы показал (табл.), что у 12 из 24 респонденток суммарный инсулиновый ответ бета-клеток поджелудочной

железы на гипергликемию был избыточным (повышенным), т.е. содержание инсулина было больше рекомендуемого [1, С. 18; 5, С. 4] его количества (> 80 мкМЕ/мл). Причём 11 из 12 указанных респонденток УА и только одна из них была ТР. Таким образом, повышенный суммарный инсулиновый ответ и ООР (ООР=0,6875/0,125=5,5) его возникновения за время проведения ПТТГ среди УА молодых женщин встречался в 5,5 раза чаще (χ^2=6,750; p=0,014; df=1), чем среди ТР (табл.), составляя соответственно 68,75% (абсолютный риск: 0,6875) и 12,5% (абсолютный риск: 0,125). Абсолютные значения площади под инсулиновой кривой за время ПТТГ составили в среднем по группе УА молодых женщин 103,8±11,5 мкМЕ/мл инсулина, что было на 23,8 мкМЕ/мл выше порогового значения повышенного инсулинового ответа и в 2,07 раза (t=2,83635, p=0,009607; $Z_{Манна-Уитни}$=2,54135, p=0,011043) больше по сравнению с аналогичным показателем ТР (50,1±9,4 мкМЕ/мл). Таким образом, УА молодыми женщинами даже в режиме низкого риска вызывает у большинства из них в условиях проведения ПТТГ (после 16-18 ч голодания) гиперинсулинемию и повышенный инсулиновый ответ (табл.), что является важным признаком нарушения системных механизмов регуляции углеводного гомеостаза. ООР возникновения гиперинсулинемии и повышенного инсулинового ответа у УА молодых женщин вовремя ПТТГ после 16-18 ч голодания составил 5,5 (χ^2=6,750; p=0,014; df=1) по отношению к ТР (ООР = АР УА / АР ТР = 0,6875 / 0,125 = 5,5).

Заключение. УА молодыми женщинами даже в режиме низкого риска вызывает у них не широкую, но значимую распространённость гиперинсулинемии (6,25-18,75%) уже при голодании и у большинства из них в условиях насыщения после приёма 75 г глюкозы, что является важным признаком нарушения у них системных механизмов регуляции углеводного гомеостаза. ООР возникновения гиперинсулинемии и повышенного инсулинового ответа у УА молодых женщин во время ПТТГ после 16-18 ч голодания составил 5,5 (χ^2=6,750; p=0,014) по отношению к ТР.

Литература / References

1. Диденко, В. А. Метаболический синдром Х: история вопроса и этиопатогенез // Лабораторная медицина. – 1999. – № 2. – С. 49-57
2. Зайцев В.М., Лифляндский В.Г., Маринкин В.И. Прикладная медицинская статистика.– СПб: Фолиант, 2006. – 432 с.
3. Майоров А.Ю., Урбанова К.А., Галстян Г.Р. Методы количественной оценки инсулинореистентности // Ожирение и метаболизм. – 2009. – № 2. – С. 19-23.
4. Переверзев, В. А. [и др.] Нормогликемия натощак: классификация, уровни, механизмы поддержания // Здравоохранение. – 2016. – № 4. – с. 18-27.
5. Творогова, М. Г. [и др.] Инсулинорезистентность и методы её диагностики // Лабораторная медицина. – 2003. - № 6. – 6 с. – публикации РАМЛД.

ФИЗИЧЕСКИЕ И ДЫХАТЕЛЬНЫЕ УПРАЖНЕНИЯ КАК ОСНОВА ТЕЛЕСНО – ОРИЕНТИРОВАННОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

К. А. Богулко
Кафедра физической культуры
ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово
Научный руководитель – старший преподаватель Р.Г. Антипина

Аннотация. В данной работе приведено описание различных техник телесно-ориентированной психотерапии, а также входящие в них дыхательные и физические упражнения. Доказывается актуальность использования данных методов для лечения людей, страдающих психическими заболеваниями и наркотической зависимостью. Отмечается удобство проведения в условиях пандемии COVID-19.

Ключевые слова: телесно-ориентированная психотерапия, физические упражнения, дыхательные упражнения, защитный панцирь, мышечные сегменты.

PHYSICAL AND BREATHING EXERCISES AS A BASIS FOR BODY-ORIENTED PSYCHOTHERAPY

Bogulko K. A.
Department of physical culture
FSBEI HE «Kemerovo State Medical University» of the Ministry of Health of Russia, Russia, Kemerovo
Supervisor – Senior Lecturer R.G. Antipina

Abstract. This paper describes various techniques of body-oriented psychotherapy, as well as breathing and physical exercises included in them. It proves the relevance of using these methods to treat people suffering from mental illness and drug addiction, and notes the convenience of conducting in the context of the COVID-19 pandemic.

Keyword: body-oriented psychotherapy, exercise, breathing exercises, protective carapace, muscle segments.

Введение. Телесно-ориентированная психотерапия (ТОП) – это одно из основных направлений современной соматической психологии, ориентированное на лечение пациента с помощью специальных физических и дыхательных упражнений, направленных на работу с физическим телом. ТОП нацелена на распознавание подавляемых эмоций, освобождение не только от эмоциональных, но и от телесных зажимов. Данная психотерапия помогает сформировать новые способы поведения человека, которые позволят ему в дальнейшем справляться со стрессовыми ситуациями, чувствовать душевный и физический покой [5].

Объекты и методы исследования. Для достижения поставленной цели использовались следующие методы: анализ научно-методической литературы, общенаучные методы исследования, выявление причинно-следственных связей.

Результаты и их обсуждение. Телесно-ориентированная психотерапия берет свое начало в психоаналитической школе Зигмунда Фрейда, который

первым выдвинул положение «Я есть, прежде всего, выражение телесного я». Первым, кто занялся изучением этого направления, стал ученик Зигмунда Фрейда – Шандор Ференци. Он ввел новый метод, который предполагал активное участие пациентов в своем лечении – игра на фортепиано, релаксационные упражнения. Однако основателем данного метода является Вильгельм Райх, который первым ввел и доказал психологическую теорию, объясняющую взаимосвязь тела и психики «Характерно-аналитическая вегетотерапия» [1].

В. Райх считал, что защитные формы поведения (характерный панцирь) вызывают мышечное напряжение (мышечный панцирь) и стесненное дыхание. При возникновении жизненных трудностей у человека возникает и эмоциональное, и телесное напряжение. Люди с наркотической зависимостью не знают, как избавиться от этого напряжения, поэтому создают иллюзию отсутствия путем употребления наркотических веществ, поэтому специалисту важно предложить ему альтернативу – телесно-ориентированную психотерапию (4), которая включает в себя сочетание физических, массажных и дыхательных упражнений, используемых для получения усиленного эффекта [2].

Некоторые техники можно выполнять лишь под контролем специалиста, поэтому их невозможно найти в открытом доступе, однако в данном методе существуют упражнения, которые пациент может самостоятельно выполнять дома или под онлайн присмотром вегетотерапевта, что повышает актуальность данного метода в условиях пандемии COVID-19 [2].

Главная задача вегетотерапевта – это распустить защитный панцирь (характерный панцирь, мышечный панцирь, дыхательное стеснение). Защитный панцирь включает в себя семь мышечных сегментов, проработка которых ведется сверху вниз [2].

1. Глаза. Панцирь удерживает: страх и слезы. Проявление: неподвижность лба, пустое выражение глаз. Техника: широкое раскрытие глаз; движения из стороны в сторону, вращения [2].

Упражнение: пациент открывает глаза настолько широко, насколько возможно, и держит до моргания. После делает движения глазами: верх, вниз, вправо, налево, а затем круговые в правую и левую стороны [2].

2. Рот. Панцирь удерживает: крик, гнев, кусания, гримасы, плач. Проявление: Челюсть чрезмерно сжата или расслаблена. Техника: имитация плача, работа с мышцами подбородка, горла, затылка [2].

Упражнение «крик»: пациент делает глубокий вдох, закрывает ладонями рот и кричит изо всех сил до опустошения. [4]

Упражнение «высвобождение шума»: пациент издает любые звуки, особенно те, которые когда-то ему запрещалось издавать. [4]

Упражнение: движение подбородка вперед, затылка назад [3].

3. Шея. Панцирь удерживает: гнев, крик, плач. Проявление: шея чрезмерно напряжена или расслаблена. Техника: действие на мышцы шеи, крики [2].

Упражнения «крик» и «высвобождение шума».

Упражнение: движение подбородка вперед, затылка назад. Наклоны головы вперед, назад, вправо, влево. Повороты головы вправо, влево [3].

4. Грудь. Панцирь удерживает: смех, гнев, печаль, страстность. Проявление: сдерживание дыхания в груди. Техника: дыхательные упражнения с акцентом на осуществление полного выдоха [2].

Упражнение «охлаждающее дыхание»: пациент делает вдох через свернутый в трубочку языку, надувает щеки, задерживает дыхание и одновременно опускает подбородок к груди, осуществляет полный выход.

Упражнение «очищающее дыхание»: пациент делает глубокий вдох, задерживает дыхание и одновременно закрывает глаза, осуществляет полный выдох.

Упражнение «жужжание шмеля»: пациент делает глубокий вдох, закрывает глаза и пропевает любые звуки с закрытым ртом на полном выдохе [3].

Упражнение «брюшное дыхание»: пациент ложится на спину, обе руки кладет на живот (мизинцы должны быть чуть выше пупка), затем во время каждого вдоха он осуществляет надавливанием руками на живот, пытаясь сопротивляться вдоху. На выдохе надавливание не осуществляется [2].

5. Диафрагма. Панцирь удерживает: сильный гнев. Проявление: выгнутость позвоночника вперед, выдох труднее вдоха. Техника: совокупность упражнений 1-4 сегментов, упражнения с позвоночником сто [2].

Упражнение: вытягивание с поднятыми руками вверх, наклоны вправо и влево. Скрутка стоя вправо и влево.

Упражнение «кукла и кукловод»: стоя на ногах осуществляется наклон вперед, шея и руки свободны, расслаблены, покачиваются.

Упражнение «скрутка сидя»: пациенту нужно сесть на коврик, правую ногу согнуть в колене, стопу правой ноги положить у колена левой, левой рукой обхватить колено левой ноги, правую руку увести за спину, осуществить поворот туловища назад. Аналогично повторить для левой ноги.

Упражнение «скрутка лежа»: пациенту нужно лечь на спину, правую ногу согнуть в колене, левой рукой тянуть правое колено в левую сторону к полу, голову повернуть в правую сторону. Аналогично повторить для левой ноги.

Упражнение «поплавок»: сидя на коврике согнуть колени и прижать их к телу, обхватить колени руками, осуществлять прокатывания спины в разные стороны [3].

6. Живот. Панцирь удерживает: страх нападения, неприязнь, злость. Проявление: напряжение мышц поясницы, боязнь щекотки по бокам. Техника: совокупность упражнений 1-5 сегментов. [2].

7. Таз. Панцирь удерживает: возбуждение, гнев, удовольствие. Проявление: таз вытянут назад, мышцы ягодиц напряжены и болезненны. Техника: работа с мышами таза и нижних конечностей [2].

Упражнение «низкая и высокая лодка»: пациенту нужно сесть на коврик с опорой на копчик, поднять руки (ладони должны быть повернуты вовнутрь) и ноги, держать так долго, насколько возможно, расслабить и опустить конечности. Затем повторить упражнение при поднятии на другой высоте.

Упражнение «сидение на внутренней стороне бедер»: пациенту нужно сесть на коврик, ноги согнуть в коленях, не отрывая от пола развести голени в разные стороны от бедер.

После активной работы с мышечными сегментами пациенты обязательно проводят самомассаж, включающий в себя: ущипывания поверхности тела для усиления микроциркуляции; легкие простукивания конечностей и позвоночника – ладонью, груди – кулаком; заглаживание всей поверхности тела ладонями; раскачивание тела с легким вращением [3].

Заключение. Для осуществления лечения пациентов, страдающих наркотической зависимостью, необходимо комплексное применение телесно-ориентированной психотерапии, чтобы в будущем пациент мог применять данные техники для осуществления полного расслабления и освобождения от телесных зажимов и напряжения. В результате чего пациент получает альтернативу применению наркотических средств.

Литература/References:

1. Иващенко В. Э. «Телесно-ориентированная терапия» [Электронный ресурс]. – URL:https://www.freepapers.ru/18/telesnoorientirovannaya-terapiya/297559.2187070.list1.html (дата обращения - 12.10.21 г.)

2. Козлов В.В. «Психотехнологии измененных состояний сознания. ГЛАВА 12. Телесно-ориентированные техники». [Электронный ресурс]. – URL: https://psy.wikireading.ru/56053 (дата обращения - 12.10.21 г.)

3. Кузина Н.В. «Методы телесно-ориентированной психотерапии в реабилитации пациентов с психической патологией (опыт использования в условиях амбулаторного приема)». [Электронный ресурс]. – URL:https://cyberleninka.ru/article/n/metody-telesnoorientirovannoy-psihoterapii-v-reabilitatsii-patsientov-s-psihicheskoy-patologiey-opyt-ispolzovaniya-v-usloviyah (дата обращения - 12.10.21 г.)

4. Лекции и учебник «Основы психотерапии. Телесно-ориентированная психотерапия» [Электронный ресурс]. – URL: https://intellect.icu/telesno-orientirovannaya-psikhoterapiya-7168 (дата обращения - 05.10.21 г.)

5. Логинов С. А. «Применение техник телесно-ориентированной психотерапии для лечения больных алкоголизмом» [Электронный ресурс]. – URL: https://cyberleninka.ru/article/n/primenenie-tehnik-telesno-orientirovannoy-psihoterapii-dlya-lecheniya-bolnyh-alkogolizmom (дата обращения - 12.10.21 г.)

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЮНОШЕСКОГО ПЕРИОДА

А.В. Бреус, С.А. Дорошенко, А.И. Томашевская
ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Аннотация. Статья посвящена обзору публикаций отечественных и зарубежных психологов, посвященных психологическим особенностям юношеского возраста.

Ключевые слова: юношеский возраст, психологические особенности, развитие личности, возрастная периодизация, формирование личности.

PSYCHOLOGICAL FEATURES OF THE YOUTH PERIOD

Breus A.V., Doroshenko S.A., Tomashevskaya A.I.
FSBEI HE «Kemerovo State University»
Ministry of Health of Russia, Russia, Kemerovo

Abstract. The article is devoted to a review of publications by domestic and foreign psychologists devoted to the psychological characteristics of adolescence.

Keywords: adolescence, psychological characteristics, personality development, age-related periodization, personality formation.

Введение. Особым периодом в жизни и развитии является студенческий период. Этот возраст, исходя из биологического возраста, относят к юношескому возрасту или ранней молодости. Зарубежные психологи относят его к периоду ранней взрослости. Юность – переход к самостоятельности, период самоопределения [15]. Юношеский возраст определяют так: 17-21 год – юноши, 16-20 – девушки, исходя из схемы возрастной периодизации.

Ведущий отечественный психолог В.С. Мухина считает, что возрастные рамки этого периоды условны и входят в пределы с 15-16 лет до 21-25 [9].

Период юношества характеризируют достижением нового уровня развития, внутренней позицией, самосознанием и самоуважением [8].

Юношеский возраст имеет свои особенности: активное становление личности, формирование образа жизни, овладение комплексом социальных ролей, планирование будущего и путей к его осуществлению.

С началом ранней юности происходит увеличение веса, особенно у юношей, растет мышечная сила. В этом возрасте завершается созревание различных систем организма, устраняются диспропорции развития, вызванные неравномерностью их созревания. Все это приводит к серьезным перегрузкам, как нервной системы, так и организма в целом. Именно этим обуславливаются одновременно энергия, бьющаяся через край, и лень, так сказать органическая

лень. Физическое развитие «забирает» на себя большое количество энергии, поэтому организм экономит ее на остальном.

Помимо физического развития, у юношей происходит и нравственное развитие. То есть переходит от детства к взрослости. Так, в этот период происходит зарождение значимых новообразований, детерминирующих развитие значимых личностных структур [3].

По Б.Г. Ананьеву юношеский возраст состоит из 2 фаз: фаза на границе с детством (характерно неопределенное положение юноши/девушки в обществе) и фаза на границе со зрелостью (юность есть начальное звено зрелости). Согласно Б.Г. Ананьеву, этот возраст является периодом развития основных социогенных потенций человека [2].

Стоит обратить внимание и на то, что и психологический, и социальный аспект поведения имеют связь с условиями воспитания в семье. На формирование личности, модели взаимодействия с окружающими, несомненно, важную роль играет уровень образованности родителей, их общей культуры поведения. Так же, не менее важным, является состав семьи и взаимоотношения внутри неё. Это определяет собственную семейную ситуацию юношей и девушек. В отношениях с родителями юноши хотят видеть в них советчиков, друзей, но не наставников. Они интенсивно осваивают взрослые роли и формы социальной жизни.

В юношестве нарастает стремление обособиться от влияния родителей. Родителям необходимо принимать этот факт во избежание конфликтов. В этом возрасте появляется перевес значения общения со сверстниками, усиливается потребность в сопереживании, понимании, доверительных отношениях. Общение со сверстниками становится наиболее значимым, и именно оно является ведущим фактором развития личности. Согласно мнению В.С. Ильина [5] и В.А. Никитина [10], эффективность образования, восстановление как нравственного, так и психического здоровья зависят от скорости адаптации к новым условиям.

Объекты и методы исследования. В ходе работы изучались отечественные и зарубежные научные журналы, монографии, работы отечественных психологов.

Результаты и их обсуждения. Необходимо понимать особенности перехода, развития от подросткового возраста к юношескому. Здесь идет поиск своего места в обществе, стремление понять себя, критичное отношение и к себе, и к окружающим. О данных особенностях говорят отечественные и зарубежные исследователи, среди которых С.Л. Рубинштейн, А.Н. Леонтьев, Л.И. Божович, Э. Эриксон и другие.

Именно в юношеском периоде происходит физиологическая революция зрелости. Ее попутчиками являются неуверенность в выборе и принятии взрослой роли, формирование осознания личности. Обеспокоенность молодых людей в их оценке другими, в сравнении с собственной, соотношением взрослых ролей и приобретенных навыков со стереотипами, формируют новую идентичность личности, отличную от детской. У них происходит поиск своего пути в жизни, осознание нового себя, внедрение в социум [19].

По мнению С.Л. Рубинштейна психические процессы имеют зависимость от личности. То есть внешние воздействие действует на индивида через внутренние условия, а их формирование происходит под влиянием внешних воздействий. В своих работах психолог отмечает, что юношеский возраст – это ключ для возникновения размышления о своем психическом состоянии, выбора «своего» способа жизни. Внутренняя детерминация, верность себе, а не одностороннее подчинение внешнему лежит в основе самоопределения. Происходит преломление внешнего через внутренний опыт человека [1].

В концепции развития личности Л.И. Божовича главным признаком структуры личности является внутренняя позиция личности. Ведущей сфера – афективно-потребностно-мотивационная сфера. Л.И. Божович сосредотачивает свое внимание на развитие мотивационной сферы личности, то есть

определение места в жизни, формирование мировоззрения и его влияние на познание окружающей действительности.

А.Н. Леонтьев писал: «Личность – это особое качество, которое приобретается индивидом в обществе, в целокупности отношений, общественных по своей природе, в которые индивид вовлекается... Иначе говоря, личность есть системное и поэтому “сверхчувственное” качество, хотя носителем этого качества является вполне чувственный, телесный индивид со всеми его прирожденными и приобретенными свойствами» [12]. Он предлагает концепцию, заключающуюся в создании личности через общественные отношения, в которые она вступает в своей предметной деятельности. Развитие личности – есть процесс взаимодействия множества деятельностей, вступающих в иерархичные отношения. Леонтьев делает акцент на смене ведущей деятельности при переходе в юношеский возраст [17].

И.С. Кон, А. Цукерман рассматривают юношеский возраст как особый этап развития духовной жизни, когда происходит формирование собственного мировоззрения, уникальности [7].

Стоит поговорить о направлениях в теориях личности, которые Л. Хьелл и Д. Зиглер выделяют в своих монографиях. Это девять направлений: психодинамическое З. Фрейда, диспозиционное Г. Олпорта и Р. Кеттела, бихевиористское Б. Скиннера, социально-когнитивное А. Бандура, когнитивное Дж. Келли, гуманистическое А. Маслоу, феноменологическое К. Роджерса и эго-психология Э. Эриксона, Э. Фромма и К. Хорни [16].

Так, З. Фрейд, имея свой взгляд на развитие личности, рассматривал её как организованную систему стабильных характеристик. Сейчас их называют чертами личности. Ему принадлежат важные положения о причинах юношеской сексуальности. Он обозначил особенности развития эмоциональных процессов и юношеской личности [4].

Теорию психосоциального развития личности разработал Э. Эриксон, в которой обращал внимание на роль социальных взаимодействий в развитии

личности. Он говорил, что стадии развития человека охватывают всю его жизнь от рождения до смерти как динамический процесс. Юношеский возраст, по мнению Э. Эриксона, строится вокруг кризиса идентичности, состоящего из социальных и индивидуально-личностных выборов, а также идентификации и самоопределения. Именно юность занимает пятую стадию в схеме жизненного цикла Эриксона и считается, что это самый важный период психосоциального развития человека.

Юность - это возраст окончательного установления доминирующей позитивной идентичности Эго. Именно тогда будущее, в обозримых пределах, становится частью сознательного плана жизни [18].

К. Левин является представителем гештальтпсихологии, он внес огромный вклад в понимание юношеской психологии. В своей концепции он рассмотрел юность с точки зрения социально-психологического явления, связывая психическое развитие личности с изменением ее социального положения [14].

К. Юнг в своих учениях рассмотрел два основных периода: первая и второй половины жизни индивида. Первый период согласно концепции Юнга является период юности и молодости, характеризующийся преобладанием экстравертированной установки. Юнг обращает внимание преимущественно стремлению к взаимодействию со своим социокультурным окружением, к общению с людьми [20].

Несколько раз и в разные времена предпринимались создать единую классификацию возрастных периодов развития человека. В связи с этим выделяют наличие общих тенденций в разных возрастных периодизациях, а также близость некоторых из них между собой.

Периодизацией являются не только отдельные стадии развития, но и описание особенностей выделения этапов. Б.В. Поршнев считал, что периодизация мотивируется качественными переломами в ходе того или иного развития [13].

Периодизация Д. Биррена используется в геронтологии, где периодизация возрастного развития детей рассмотрена более детально, нежели взрослых. В его классификации возрастом ранней зрелости является промежуток от 17 до 25 лет.

Более позднюю классификацию предложил Д.Б. Бромлей. В ней жизнь состоит из 5 циклов. В данной классификации возрастом поздней юности считается интервал между 15 и 21 годом, а ранняя взрослость от 21 до 25 лет. В этом возрастном периоде проявляется высокая социальная активность, собственный образ жизни, создание семьи, осваивание новых социальных ролей, профессиональная подготовка, совершенствование профессиональных навыков, установление круга знакомств, связанного с профессиональным образованием или работой. Наибольшее значение в этом временном отрезке имеет уход от зависимости к независимости взрослых.

Классификация Э. Эриксона выделяет стадии психосоциального развития: 12–19 лет (подростковый и юношеский возраст), 20–25 лет, (ранняя зрелость) [19].

Г. Крайг использует периодизацию, в которой выделяются следующие этапы: 12-19 лет (подростковый или юношеский возраст) и 20-40 лет (ранняя взрослость**)** [6].

Заключение. Особенности развития личности в юношеском возрасте связаны с интенсивным интеллектуальным развитием, формированием учебно-профессиональной деятельности, освоением роли студента, началом взрослой жизни. Разные авторы по-разному описывают возрастные характеристики возрастных периодов, что вызывает затруднения при описании психологических особенностей периода юношества.

Юность является напряженным периодом в формировании нравственности, духовных ценностей, мировоззрения.

Психологическое содержание юношеского периода связано с развитием самосознания, профессиональным самоопределением и вступлением во взрослую жизнь.

Литература / References

1. Абульханова-Славская, К.А. О субъекте психической деятельности / К. А. Абульханова-Славская. – М., 1973. – 288 с.

2. Ананьев, Б.Г. К психофизиологии студенческого возраста / Б.Г. Ананьев // Современные психологические проблемы высшей школы. – Л., 1974. – 280 с.

3. Выготский, Л.С. Психология / С.Л. Выготский. – М: Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2000. – 1008 с

4. Зеер, Э.Ф. Психология профессионального развития /Э.Ф. Зеер. – М.: Академия, 2006. – 240 с.

5. Ильин В.С. О повышении системности в педагогической подготовке студентов к работе в школе / Современные задачи общеобразовательной школы и проблемы подготовки педагогических кадров: Сб. науч. тр. АПН СССР НИИ общей педагогики. - М., 1978. - С. 24-36.

6. Крайг, Г. Психология развития / Г. Крайг, Д. Бокум. - 9-е изд. - СПб.: Питер, 2005. - 940 с.

7. Кон И.С. Психология ранней юности / И.С. Кон. – Москва: Просвещение, 1989. – 255 с

8. Малютина Т. В. Психологические и психофизиологические особенности развития в юношеском (студенческом) возрасте // ОНВ. 2014. №2 (126). Выготский, Л.С. Психология / С.Л. Выготский. – М: Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2000. - 1008 с.

9. Мухина В. С. Возрастная психология: феноменология развития, детство, отрочество: учебник для студентов вузов. — 4-е изд., стер. - М.: Академия, 1999. - 456с.

10. Никитин В.А. Начало социальной педагогики: уч. пос. - М.: Флинта, 1999. - С. 72.

11. Петровский А.В., Ярошевский М. Г. Психология: Словарь / Под общ. ред. А. В. Петровского, М. Г. Ярошевского. М.: Политиздат, 1990. 494 с.

12. Поликарпов, В. А. Психология личности [Электронный ресурс] : курс лекций / В. А. Поликарпов, О. Г. Ксёнда. – Минск : БГУ, 2015. ISBN 978-985-566-160-4. https://core.ac.uk/download/pdf/38540393.pdf Просмотрено: 03.10.2021

13. Поршнев, Б. Ф. О начале человеческой истории (проблемы палеопсихологии) / Б. Ф. Поршнев. - М. : Мысль, 1974. - 634 с.

14. Рыбалко, Е. Ф. Возрастная и дифференциальная психология : учеб. пособие / Е. Ф. Рыбалко. - Л., 1990. - 256 с.

15. Усова, Е. Б. Возрастная психология – Мн.: Изд-во МИУ, 2009. // сайт psyera.ru. (https://psyera.ru/yunosheskiy-vozrast-110.htm) Просмотрено 10.10.2021

16. Хьелл Л, Зиглер Д.Теории личности Основные предположения, исследования и приложения 3-е изд: Макгроу-Хилл, 1992; СПб.: Питер Пресс, 1997 Терминологическая правка В.Данченко К.: PSYLIB, 2006

17. Шаповаленко, И.В. Возрастная психология (Психология развития и возрастная психология) / И.В. Шаповаленко. – М.: Гардарики, 2005. – 349 с.

АДДИКТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ: ГЕМБЛИНГ

Е. В. Валиуллина

Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии
ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Аннотация. В статье рассмотрено понятие гемблинга как вида аддиктивного поведения в трудах отечественных и зарубежных ученых. Эмоциональная зависимость характеризуется стремлением к уходу от

реальности путем фиксации на определенных видах деятельности, в данном случае – на процессе игры. Патологическая страсть к участию в азартных играх наиболее опасна для финансового благополучия человека и его семьи.

Ключевые слова: аддиктивное поведение, зависимость, азарт, гемблинг, игровая зависимость.

ADDICTIVE BEHAVIOR: GAMBLING

Valiullina E. V.
Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology, FSBEI HE «Kemerovo State Medical University» of the Ministry of Health of Russia, Russia, Kemerovo

Abstract. The article discusses the concept of gambling as a type of addictive behavior in the works of domestic and foreign scientists. Emotional dependence is characterized by a desire to escape from reality by fixing on certain types of activity, in this case, on the process of playing. The pathological passion for gambling is the most dangerous for the financial well-being of a person and his family.

Keyword: addictive behavior, addiction, passion, gambling, gambling addiction.

Введение. Кризисные явления во многих сферах современной общественной жизни способствуют дестабилизации финансового положения, смене привычных жизненных стереотипов и, следовательно, потере чувства безопасности у части населения, появлению фрустрации и страха перед действительностью, развитию стремления уйти от реальности. «Психологическим средством защиты от тревожности часто становится стратегия аддиктивного поведения» [1, с. 5].

Аддиктивное (зависимое) поведение, как отдельный вид отклоняющегося поведения, характеризуется стремлением к уходу от реальности путем искусственного изменения своего психического состояния (посредством приема психоактивных веществ или фиксацией на определенных видах

деятельности) с целью появления интенсивных эмоций. К поведенческим, нехимическим зависимостям (наряду с трудоголизмом, фанатизмом, ониоманией, компьютерной аддикцией, сексуальной аддикцией и т.д.) современные ученые относят гемблинг (игромания, лудомания) [7]. Лица молодого и юношеского возраста особенно подвержены патологической зависимости от азартных игр, в этом возрасте заболеваемость фиксируется в 2-4 раза выше, чем в общей популяции [11].

Гемблинг (от англ. gambling – азартная игра, игра на деньги) – психиатрический термин, который означает патологическую страсть человека к азартным играм. Данная эмоциональная зависимость наиболее опасна для материального благополучия человека и его семьи.

Цель исследования. Рассмотреть понятие гемблинга (игромании, страсти к азартным играм) в работах отечественных и зарубежных психологов и психиатров.

Материалы и методы. Для реализации цели исследования применялись анализ научной литературы по предмету исследования и обобщение полученных данных.

Результаты и обсуждение. Аддиктивное поведение является наиболее распространенным среди всего спектра девиаций (от англ. addiction – зависимость, привыкание, пагубная привычка, порочная склонность). Степень выраженности аддикции может варьироваться от практически нормального, обычного поведения до тяжелых форм зависимости, которые сопровождаются психической и соматической патологией. В данном случае объектом зависимости выступает не психоактивное вещество (как при химических зависимостях – наркомании, алкоголизме и т.д.), а поведенческий паттерн.

Важным диагностическим критерием всех видов зависимостей, аддикций является наличие измененных состояний сознания в период реализации зависимости, своеобразное «бегство», уход от реальности. В основе всех

вариантов зависимостей лежат единые механизмы, доктор R. Brown выделяет шесть универсальных компонентов любых аддикций (Рис. 1):

1) «сверхценность» для человека (когда все характеристики обычного увлечения усиливаются, объект увлечения или деятельность становятся определяющим вектором поведения);

2) эйфория на этапе реализации (сильные эмоции в процессе);

3) рост толерантности (снижение воздействия определенных доз, для достижения эффекта дозу необходимо регулярно увеличивать);

4) симптомы отмены (дискомфортное психологическое или физическое состояние при прекращении приема объекта зависимости);

5) конфликт с окружающими и самим собой;

6) возможность рецидива (от лат. возобновление, возвращение) или «срыва» при появлении жизненных сложностей, эмоциональных проблем на этапе избавления от зависимости [10].

В международной классификации болезней 11 пересмотра (МКБ-11) гемблинг отнесен к группе расстройств, вызванных аддиктивным поведением. Данная категория включает расстройства «азартных игр» (6C50) и «игровое расстройство» (6C51). Характеризуется расстройство, связанное с азартными играми, постоянным или поверяющимся поведением и проявляется нарушением контроля, повышением приоритета игр над жизненными интересами, а также эскалацией азартных игр, несмотря на негативные последствия [8]. Для постановки диагноза данные особенности должны проявляться на менее двенадцати месяцев.

И отечественные, и зарубежные ученые отмечают, что при единстве патогенетических механизмов формирования зависимостей, возможно сочетание зависимостей или трансформация одного вида из них в другой [6], а «патологическим азартным играм» часто сопутствует зависимость от ПАВ, тревожные расстройства, гиперактивность, расстройство контроля над пробуждением или синдром дефицита внимания [12]. Многие авторы

указывают на коморбидность гемблинга с другими невротическими, соматическими и психическими расстройствами, причем наличие коморбидной патологии может взаимно утяжелять течение этих заболеваний.



Рис 1. Универсальные компоненты зависимостей по R. Brown.
(Источник: авторская разработка)

Классификация гемблинга основана на степени вовлеченности игрока в непосредственный процесс, при определенных условиях виды могут выступать стадиями развития гемблинга как расстройства поведения. Выделяют следующие виды гемблинга (Рис. 2):

- социальный гемблинг, он же беспроблемный (зависимости от игры нет, процесс воспринимается как развлечение, играют эпизодически, мало думают об игре);

- регулярный гемблинг (игра становится важной составляющей жизни, фокусированность часто на одном типе игры (например, тотализатор), контроль над частотой игры и финансовыми затратами не теряется);

- проблемный гемблинг (регулярные азартные игры, процесс встраивается в жизненные планы и перспективы, необдуманное распределение финансов в пользу игры (займы и кредиты), проблемы в общении с близкими);

- патологический гемблинг (периодическая или непрерывная потеря контроля над игрой, озабоченность добычей средств на игру, иррациональность мышления, неспособность прекратить играть и т.д.), данный вид признан расстройством и именно он классифицирован в МКБ-11.

Ю.П. Сиволап считает, что патологический гемблинг в ряду аддиктивных расстройств выступает самостоятельным психопатологическим регистром и принадлежит к сфере мотивационных расстройств [9]. По мнению А.О. Бухановского и В.А. Солдаткина для формирования болезней зависимого поведения (включая патологический гемблинг) особое значение имеет органическая неполноценность ЦНС, способствующая гипервозбудимости, застреванию и ригидности психических процессов [2].

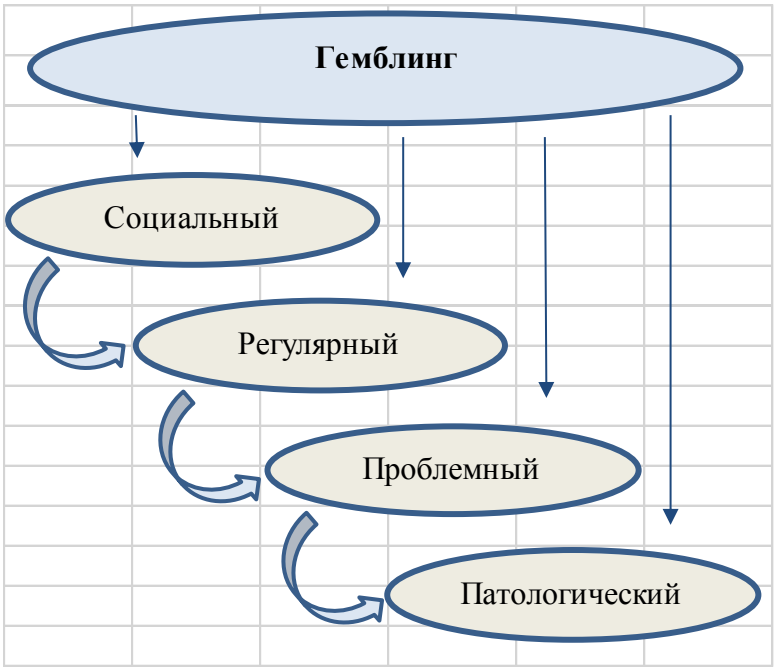


Рис 2. Классификация гемблинга.
(Источник: авторская разработка)

Для гемблинга (как одного из видов аддиктивного поведения) выделяют несколько характерных признаков: постоянная вовлеченность в процесс и увеличение времени игры; изменение круга интересов в пользу игровых, в представлении и воображении преобладают игровые комбинации; неспособность остановить «игру»; психологический дискомфорт, раздражение, тревожность, соматические нарушения между «сеансами», по типу абстинентного синдрома; увеличение стремления к риску, игровой «драйв»; снижение способности сопротивляться соблазну игры, рецидивы при попытках «завязать» [5].

На иррациональные установки гемблеров указывают В.В. Зайцев и А.Ф. Шайдулина, выделяя их т.н. «ошибки мышления». Стратегические ошибки мышления обусловливают общее положительное отношение к наличию зависимости («жизненные неудачи разрешаться успешной игрой», «деньги решают все») и тактические ошибки мышления запускают механизмы игрового транса (вера в «выигрышный фартовый день», восприятие денег как фишек в игре) [4]. Многозначность понятий, ошибки мыслительной деятельности могут стать препятствиями когнитивной деятельности, формированию низкой степени познавательной активности [3].

Custer R.L. описал профиль патологического игрока и выделил несколько стадий развития гемблинга:

- стадия выигрышей (случайные игры с частыми выигрышами, увеличение размера ставок, беспричинный оптимизм, воображение и фантазии предшествуют и сопровождают игру и т.д.);

- стадия проигрышей (неспособность остановить игру, все мысли об игре, уменьшение времени работы в пользу игры, частые проигрыши, отказ платить долги, проблемы в семье, незаконные способы добычи средств на игру, отчаянные и безрезультативные попытки прекратить играть и т.д.);

- стадия разочарования (потеря личной репутации, потеря профессиональной репутации, увеличение времени игры и регулярных ставок,

угрызения совести, чувство вины, суицидальные мысли, незаконные действия, уход в себя, паника, злоупотребление алкоголем м т.д.) [13].

Заключение. Азартные игры, наряду с алкоголем и наркотическими веществами выступают маркерами уязвимости людей, предрасположенных к развитию социально-значимых заболеваний. Такие лица рискуют собственной семьей, работой, финансовым благополучием, могут делать большие долги (добывая средства не всегда законным путем, нарушая закон) и уклоняться от их выплаты. Для гемблеров сам выигрыш не столько важен как процесс игры, который и вызывает изменение психического состояния, позволяет получать позитивные эмоции, ощущать драйв и переживать состояние риска, азарта.

Необходимость коррекции зависимого от азартных игр поведения и лечения патологического гемблинга обусловлена несколькими причинами: серьезными финансовыми проблемами; разрушениям или потерей семьи гемблером; распространенностью среди них противоправных действий, нарушением закона; высоким суицидальным риском среди игроков, возможностью присоединения других патологических зависимостей. Аддиктивные формы поведение приводят к значительным расстройствам и серьезным нарушениям в личной, профессиональной, социальной, образовательной, семейной и других значимых сферах жизни человека.

Литература/ Referens

1. Бочкарева Н.Л., Леонова Л.Г. Вопросы профилактики аддиктивного поведения в подростковом возрасте. Новосибирск: НМИ, 1998. 65 с.

2. Бухановский А.О., Солдаткин В.А. Патологический гемблинг: предиспозиция // Вторая научно-практическая конференция психиатров и наркологов ЮФО. 2006. С. 89-94.

3. Валиуллина Е. В. Зависимость понятийного мышления от качественных характеристик его активности // Вестник Кемеровского государственного университета. 2018. № 2. С. 99-103.

4. Зайцев В.В., Шайдулина А.Ф. Как избавиться от пристрастия к азартным играм. СПб: Нева, 2003. 128 с.

5. Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В., Шпикс Т.А. Психодинамические механизмы аддикций / монография / Издательство: LAP LAMBERT, 2011. 188с.

6. Малыгин В.JL, Цыганков Б.Д. Психопатология расстройств у зависимых от игры // XIV съезд психиатров России. Москва, 2005. С. 356.

7. Менделевич В.Д. Гемблинг, как стержневая аддикция // Игровая зависимость: мифы и реальность: Материалы международной конференции (21-22 июня 2006). М., 2007. С. 82-86.

8. МКБ-11 для статистики смертности и заболеваемости (МКБ-11 ММС) (Версия: 05/2021) // URL: https://icd.who.int/browse11/l-m/en/#/http%3a%2f%2fid.who.int%2ficd%2fentity%2f499894965 (дата обращения: 16.08.2021).

9. Сиволап Ю.П. К проблеме психопатологии аддиктивных расстройств // Журнал неврологии и психиатрии. 2007. №11. С.4-6.

10. Brown R. Some contributions of the study of gambling to the study of other addictions. In W.R. Eadingtone & J.A. Cornclius, Gambling Behavior and Problem Gambling. Reno: University of Nevada Press. 1993. P. 241-272.

11. Chambers A., Potenza M. Neurodevelopment. Impulsivity, and Adolescent Gambling // J. Gambling Studies. 2003. V.19. P.53-84.

12. Crockford D.N., El-Guebaly N. Psychiatric comorbidity in pathological gambling: a critical review // Canadian Journal of Psychiatry. 1998. V.43. P.43-50.

13. Custer R.L. Profile of the pathological gambler // Y. Clinical Psychiatry. 1984. Vol. 45. P. 35-38.

ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ РАБОТА СО СТРАДАЮЩИМИ НАРКОЛОГИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ РОДИТЕЛЯМИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ДЕТЕЙ

Д.В. Вострых, А.А. Лопатин, Г.С. Дементьева, О.С. Рубцова
ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер имени профессора Н.П. Кокориной», Россия, г. Кемерово

Аннотация. В данной статье освещается практический опыт специалистов наркологического профиля по оказанию медико-психологической помощи родителям, находящихся под угрозой лишения родительских прав в связи с алкогольной или наркотической зависимостью; отражены вопросы межведомственного взаимодействия с органами и учреждениями системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних.

Ключевые слова: несовершеннолетние, родители, психоактивные вещества, профилактики безнадзорности и правонарушений, межведомственное взаимодействие.

PREVENTIVE WORK WITH PARENTS OF MINOR CHILDREN SUFFERING FROM NARCOLOGICAL DISORDERS

Vostrykh D.V., Lopatin A.A., Dementieva G.S., Rubtsova O.S.
Kuzbass clinical narcological dispensary named after Professor N.P. Kokorina, Russia, Kemerovo

Abstract. This article highlights the practical experience of narcological specialists in providing medical and psychological assistance to parents who are at risk of deprivation of parental rights due to alcohol or drug addiction; reflects the issues of interdepartmental interaction with bodies and institutions of the system for the prevention of neglect and juvenile delinquency.

Keywords: minors, parents, psychoactive substances, prevention of neglect and delinquency, interdepartmental interaction.

В Кемеровской области остается актуальным вопросы безнадзорности и преступности среди несовершеннолетних. Согласно информации Главного управления МВД России по Кемеровской области в 2020 году в Кузбассе на 7,7% возросло количество преступлений, совершенных несовершеннолетними, по сравнению с 2019 годом (с 1 399 до 1 507 случаев). Причинами совершения подростками преступлений названы семейное неблагополучие, в том числе употребление родителями спиртных напитков и наркотических средств, а также недостаточное межведомственное взаимодействие учреждений и организаций системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних.

Специалистами региональной наркологической службы с 2015 года разработана и реализуется специальная медико-социальная программа для родителей, находящихся под угрозой лишения родительских прав в связи с алкогольной или наркотической зависимостью «Ребенку Кузбасса – достойное детство!», адаптированная к региональным условиям, с применением современных комплексных методов лечения, включающая в себя фармакотерапию и психотерапевтическое сопровождение (далее – Программа).

Данная Программа направлена на оказание помощи неблагополучным семьям, родители в которых страдают алкоголизмом или наркоманией и находятся, в связи с этим, под угрозой лишения родительских прав. Это эффективное направление работы, поскольку позволяет пациентам с наркологическими проблемами достаточно быстро отказаться от приема алкоголя или наркотиков, поддерживать трезвый образа жизни, должным образом исполнять свои обязанности по воспитанию своих детей.

Помимо оказания помощи зависимым от алкоголя или наркотиков родителям, Программа включает в себя специальную образовательную часть, в ходе которой регулярно проводятся обучающие семинары для специалистов и сотрудников заинтересованных учреждений, организаций и ведомств системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних

(«организаций-партнеров»), среди которых – подразделения полиции по делам несовершеннолетних, по выявлению лиц, страдающих зависимостью от алкоголя или наркотиков, и по принципам мотивации их к прохождению лечения и реабилитации.

В ходе реализации Программы специалистами наркологической службы отмечаются формальное отношение сотрудников подразделений по делам несовершеннолетних отделов полиции к проблеме алкоголизации и наркотизации родителей несовершеннолетних. Имеют место случаи формального предоставления информации о выявленных подростках и их родителях (законных представителях), злоупотребляющих алкоголем или допускающих употребление наркотических средств, при этом предоставляются неполные данные, которые содержат только фамилию и инициалы пациентов, без указания полных имен и отчеств, дат рождения, адресов регистрации и проживания, номеров телефонов. Кроме того, указанная информация предоставляется несвоевременно, иногда спустя несколько месяцев с момента выявления фактов ненадлежащего исполнения обязанностей по содержанию, воспитанию, обучению, защите прав и интересов своих детей в связи с употреблением алкоголя или наркотических средств. Такое информирование фактически делает невозможным проведение своевременных и качественных диагностических, профилактических и лечебно-реабилитационных мероприятий пациентам с наркологическими расстройствами.

В дальнейшем, при неявке родителя (родителей) к психиатру-наркологу специалисты наркологической службы информируют об этом отдел полиции, направившей информацию с просьбой оказания содействия в части дополнительного мотивирования таких граждан к обращению за наркологической помощью. Несмотря на это, со стороны правоохранительных органов никакого содействия наркологической службе не оказывается, в связи с чем причины и условия совершения несовершеннолетними детьми таких родителей правонарушений остаются не устраненными.

Аналогичная ситуация складывается при осуществлении взаимодействия подразделений наркологической службы с муниципальными комиссиями по делам несовершеннолетних и защиты их прав.

Во всех муниципальных образованиях, в каждом районе крупных городов врачи психиатры-наркологи входят в состав комиссий. На заседаниях комиссий врачами психиатрами-наркологами совместно со специалистами центров помощи семье и детям, инспекторами отделов полиции по делам несовершеннолетних, секретарями комиссий проводятся беседы с родителями об организации досуговых занятий несовершеннолетних, о недопущении жестокого обращения с детьми, об ответственности за воспитание несовершеннолетних, о способах выхода из конфликтной ситуации и необходимости тщательного контроля поведения и поступков несовершеннолетних.

Родители, злоупотребляющие алкоголем или замеченные в употреблении наркотических средств и привлеченные по статье 5.35 КРФобАП за неисполнение ненадлежащим образом своих обязанностей по содержанию и воспитанию детей, в ходе заседаний комиссий также направляются к психиатрам-наркологам для проведения им консультативных и, при необходимости, лечебно-реабилитационных мероприятий.

Значительная часть выявленных родителей уклоняются от вмененной комиссией обязанности обращения за медицинской помощью к врачам психиатрам-наркологам, тем самым сохраняются причины и условия совершения несовершеннолетними детьми таких родителей правонарушений. Поддержки и содействия специалистам наркологической службы со стороны комиссий также не оказывается, несмотря на имеющиеся полномочия. В результате наблюдается повторное привлечение родителей к административной ответственности (до 40% случаев), что подтверждает недостаточное межведомственное взаимодействие учреждений и организаций системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних.

Согласно требованиям статьи 12 Федерального закона от 07.02.2011 № 3-ФЗ «О полиции», сотрудники полиции обязаны выявлять причины преступлений и административных правонарушений и условия, способствующие их совершению, принимать в пределах своих полномочий меры по их устранению (пункт 4) и участвовать совместно с органами здравоохранения в случаях и порядке, предусмотренных законодательством Российской Федерации, в наблюдении за лицами, страдающими психическими расстройствами, больными алкоголизмом или наркоманией и представляющими опасность для окружающих, в целях предупреждения совершения ими преступлений и административных правонарушений (пункт 35).

В соответствии с требованиями Федерального закона от 24.06.1999 № 120-ФЗ «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних» (пункт 1 статьи 4) в систему профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних входят комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав, органы управления социальной защитой населения, федеральные органы государственной власти и органы государственной власти субъектов Российской Федерации, осуществляющие государственное управление в сфере образования, и органы местного самоуправления, осуществляющие управление в сфере образования, органы опеки и попечительства, органы по делам молодежи, органы управления здравоохранением, органы службы занятости, органы внутренних дел, учреждения уголовно-исполнительной системы (следственные изоляторы, воспитательные колонии и уголовно-исполнительные инспекции), а согласно пункту 20 этого же закона органы внутренних дел в пределах своей компетенции осуществляют деятельность по предупреждению правонарушений несовершеннолетних в соответствии с законодательством Российской Федерации.

В соответствии с подпунктом 1 пункта 2 статьи 11 Федерального закона от 24.06.1999 № 120-ФЗ, комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав в пределах своей компетенции обеспечивают осуществление мер по защите и восстановлению прав и законных интересов несовершеннолетних, защите их от всех форм дискриминации, физического или психического насилия, оскорбления, грубого обращения, сексуальной и иной эксплуатации, выявлению и устранению причин и условий, способствующих безнадзорности, беспризорности, правонарушениям и антиобщественным действиям несовершеннолетних; а в соответствии с подпунктом 5 этого же пункта – применяют меры воздействия в отношении несовершеннолетних, их родителей или иных законных представителей в случаях и порядке, которые предусмотрены законодательством Российской Федерации и законодательством субъектов Российской Федерации.

Согласно статье 15 Федерального закона от 24.06.1999 № 120-ФЗ:

1. общая профилактика правонарушений направлена на выявление и устранение причин, порождающих правонарушения, и условий, способствующих совершению правонарушений или облегчающих их совершение, а также на повышение уровня правовой грамотности и развитие правосознания граждан;

2. индивидуальная профилактика правонарушений направлена на оказание воспитательного воздействия на лиц, указанных в части 2 статьи 24 настоящего Федерального закона, на устранение факторов, отрицательно влияющих на их поведение, а также на оказание помощи лицам, пострадавшим от правонарушений или подверженным риску стать таковыми. Индивидуальная профилактика правонарушений может осуществляться с применением специальных мер профилактики правонарушений.

Таким образом, во исполнение указанных нормативных правовых актов, у комиссий по делам несовершеннолетних и защите их прав, а также у органов внутренних дел, как участников системы профилактики безнадзорности и

правонарушений несовершеннолетних, имеются достаточные полномочия для оказания наркологической службе эффективного содействия в части мотивирования родителей (законных представителей), имеющих несовершеннолетних детей, и страдающих наркологическими расстройствами, к обращению за необходимой наркологической помощью.

В настоящее время специалистами наркологической службы Кузбасса с органами и учреждениями системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних разрабатываются алгоритмы межведомственного взаимодействия в части повышения эффективности проводимых профилактических мероприятий с родителями, страдающими алкогольной или наркотической зависимостью, и ненадлежащим образом исполняющими обязанности по содержанию, воспитанию, обучению, защите прав и интересов своих несовершеннолетних детей.

ОПЫТ ТЕРАПИИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19

Г.М. Говорова, О.В. Дарсалия, И.И. Зорохович, Е.А. Кириченко, М.А. Шевцова

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

Аннотация. В статье описывается эффективный опыт медикаментозного и психотерапевтического лечения пациентов с психическими расстройствами в постковидном периоде в отделении кризисных состояний.

Ключевые слова: COVID-19, постковидный синдром, тревожно-депрессивная симптоматика, психотерапия, психодиагностика, медикаментозное лечение, отделение кризисных состояний, аудио - визуальная стимуляция.

EXPERIENCE IN THERAPY OF MENTAL DISORDERS IN PATIENTS WITH COVID-19

Govorova G.M., Darsalia O.V., Zorokhovich I.I., Kirichenko E.A., Shevtsova M.A.
Kuzbass clinical narcological dispensary named after Professor N.P. Kokorina, Russia, Kemerovo

Abstract. The article describes the effective experience of drug and psychotherapeutic treatment of patients with mental disorders in the post-covid syndrome period in the department of crisis conditions.

Keywords: COVID-19, post-covid syndrome, anxiety-depressive symptoms, psychotherapy, psychodiagnostics, drug treatment, department of crisis conditions, audio-visual stimulation.

Опубликованные в последние время медицинские исследования доказывают, что нарушения психической деятельности, связанные с новой коронавирусной инфекцией COVID-19, обусловлены как медицинскими факторами – вирус оказал свое воздействие на организм, произошло снижение иммунитета, истощение нервных клеток и т.д., так и социальными – стрессом, который усиливался на фоне чрезвычайной неопределенности, потери доходов, часто ломки привычного образа жизни, карантинными ограничениями, в которых люди оказывались «закрытыми» в замкнутом пространстве и лишались привычного круга общения, а также пугающей неизвестностью последствий этого заболевания. Для человека всегда самое сложное – это неизвестность, что является дополнительным стрессовым фактором.

В постковидном периоде у лиц, перенесших новую коронавирусную инфекцию, спустя месяц после окончания лечения наблюдаются такие психические расстройства как тревожность (42%), бессонница (40%), депрессия (31%), посттравматическое стрессовое расстройство (28%).

За период с ноября 2020 года по октябрь 2021 года в отделение кризисных состояний ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер имени профессора Н.П. Кокориной» (ГБУЗ ККНД) обратился 71 человек (50 женщин, 21 мужчина) в возрасте от 33 до 67 лет, переболевших COVID-19.

Клинические диагнозы обратившихся в соответствии с МКБ-10 были следующие: у 30 пациентов было установлено тревожное расстройство (F 41), у 8 пациентов – посттравматическое стрессовое расстройство (F 43.1), у 28 пациентов – расстройство адаптации (F 43.2), у 5 пациентов – соматоформное расстройство (F 45). Психический статус у 59 пациентов, в основном, определялся тревожным синдромом, у остальных кроме тревожной симптоматики в его структуру включались астено-депрессивные расстройства и конверсионная симптоматика.

Пациенты предъявляли жалобы на повышенную усталость и невозможность выполнения повседневных бытовых и рабочих задач, нарушение сна в виде затруднения засыпания и частых ночных пробуждений, на тревожные расстройства, впервые возникшие панические атаки, которые характеризовались чувством надвигающейся опасности, учащением сердцебиения, затруднением дыхания, повышенным потоотделением, желудочно-кишечными расстройствами, онемением и ощущением покалывания по всему телу, а также на эмоциональную лабильность.

Всем пациентам перед началом, а затем в процессе и после окончания лечения проводилось экспериментально-психологическое обследование для оценки выраженности тревожных и депрессивных расстройств. При этом использовались тест Спилбергера-Ханина, шкала Гамильтона, MMPI. У 90% обследованных диагностировался высокий уровень тревоги, депрессия, отсутствие интереса к чему-либо, астения с элементами апатии, повышенная утомляемость, снижение активности и продуктивности.

Для лечения пациентов специалистами отделения кризисных состояний ГБУЗ ККНД была разработана и апробирована «программа медикаментозного и психотерапевтического лечения психических расстройств у пациентов, перенесших COVID-19».

На этапе медикаментозного лечения применялись анксиолитики, трициклические антидепрессанты, ингибиторы моноаминооксидазы, селективные ингибиторы обратного захвата серотонина, ноотропные препараты.

После купирования остроты психического состояния назначалась групповая и индивидуальная психотерапия, целью которой являлись изменения способа эмоционального реагирования, формирования адекватного представления о сложившейся ситуации, коррекции дисфункциональных убеждений, активизации внутренних ресурсов, формированию активной жизненной позиции и позитивного настроя.

При проведении психотерапии использовались различные психотерапевтические техники – гештальт техники, НЛП, транзактный анализ, арт-терапия, телесноориетированная психотерапия и другие.

Особенностью разработанной в отделении кризисных состояний программы терапии пациентов, перенесших COVID-19, явилось применение групповых сеансов аудиовизуальной стимуляции на аудиовизуальном комплексе «Диснет» (АВК).

Аудиовизуальная терапия способствовала активизации и интеграции работы участков головного мозга, отвечающих за различные аспекты видения и слушания, с целью оптимального раскрытия потенциальных возможностей и ресурсов организма человека.

В зависимости от психического состояния пациентам назначались следующие программы: «Антидепрессант-альфа», позволяющая настраивать биоэлектрическую активность головного мозга на спокойствие и безмятежность; «Альфа-полет», создающая мощное ресурсное состояние;

«Программатор», настраивающая биоэлектрическую активность головного мозга на состояние, восприимчивое к внушению позитивных установок.

На фоне проводимой комплексной терапии пациенты стали активно участвовать в групповой и индивидуальной психотерапии, делиться своими переживаниями, проявлять инициативу, строить планы на будущее, у них значительно уменьшились или полностью редуцировались соматические проявления депрессии, ипохондрическая и тревожная симптоматика.

Позитивная динамика улучшения психического состояния подтверждалось результатами психологического тестирования – снизились показатели по 2 и 7 шкалам MMPI (50 и 40 баллов соответственно) и повысился показатель по 9 шкале, что свидельствовало об отсутствии тревожно-депрессивной симптоматики и повышения активности и работоспособности.

Таким образом, опыт терапии психических расстройств у пациентов, перенесших COVID-19, с использованием разработанной в отделении кризисных состояний ГБУЗ ККНД программы, свидетельствует о высокой эффективности своевременного специализированного лечения в условиях стационара и способствует повышению качества жизни пациентов в постковидном периоде.

Между тем, проблема коронавирусной пандемии остается содержательно острой на текущий момент и, с учетом высокой распространенности психических расстройств у пациентов в постковидном периоде, возрастает актуальность своевременного их выявления и лечения в специализированных стационарах.

ВЛИЯНИЕ ЗАНЯТИЙ СПОРТОМ НА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЧЕЛОВЕКА. СПОРТ КАК СПОСОБ БОРЬБЫ СО СТРЕССОМ.

Е.А. Голобокова, Э.А. Дорогова
Кафедра физической культуры
ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово
Научный руководитель – О.А. Заплатина

Аннотация. В работе представлены результаты опроса студентов и выявлено положительное влияние спорта на их психоэмоциональное состояние.

Ключевые слова: студенты, психоэмоциональное состояние, спорт.

THE INFLUENCE OF SPORTS ON THE PSYCHOEMOTIONAL STATE OF A PERSON. SPORTS AS A WAY OF DEALING WITH STRESS.

Golobokova E.A., Dorogova E.A.
Department of Physical Education
FSBEI HE «Kemerovo State Medical University» of the Ministry of Health of Russia, Russia, Kemerovo
Scientific adviser - Zaplatina O.A.

Abstract. The paper presents the results of a survey of students and reveals the positive influence of sports on their psycho-emotional state.

Keywords: students, psycho-emotional state, sports.

Стресс в современном мире оказывает наиболее выраженное влияние на самочувствие людей, и, особенно, учащихся, является фактором развития сердечно-сосудистых заболеваний (артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца и др.) и заболеваний нервной системы (неврологические нарушения, пограничные психические расстройства) [1]. Студенты ВУЗов находят разные способы повлиять на свое эмоциональное состояние и улучшить его. Многие выбирают занятия спортом, так как это доступно, а

также помогает поддерживать в норме не только эмоциональное, но и физическое благополучие.

Подготовка студентов медиков является сложной, но социально-значимой задачей. Успешность обучения во многом зависит от уровня их здоровья и психоэмоционального состояния. Это обосновывает значимость данного исследования, так как оно может помочь в сохранении и улучшения здоровья студентов в период обучения. Это поспособствует созданию хорошей кадровой базы в будущем. [2]

Цель исследования выявление влияния занятий спортом на психоэмоциональное состояние студентов и оценка эффективности занятий спортом, как способа борьбы со стрессом.

Материалы и методы исследования. Опрошен 71 студент КемГМУ (специальность – лечебное дело) от 19 до 20 лет (40 девушек 31 юноша).

Результаты и их обсуждение. Студентам было предложено ответить на вопросы анкеты относительно их собственной оценки уровня стресса, способов борьбы со стрессом, эффективности этих способов.

В ходе исследования было выявлено, что 67% опрошенных (48 человек) оценивают свой уровень стресса как средний, 21.1% (15 опрошенных) – как низкий, 11.3% (8 опрошенных) – как высокий. При этом девушки оценивают уровень своего стресса преимущественно как средний и высокий, а юноши – как средний и низкий.

Большая часть опрошенных, как и предполагалось, выбрала спорт как основной способ борьбы со стрессом (91,5 %, 65 человек). На втором месте по частоте выбора «Общение с семьей и друзьями» - 67,6% (48 человек), третье место разделили «Творчество» и «Погружение в культуру» - 54,9%, 39 опрошенных, на четвертом месте – «Пагубные привычки», это вариант ответа набрал 42,3%, за него проголосовало 30 человек. Минимальное число голосов набрал вариант «Занятие с психологом» - 2,8% (2 человека).

		Девушки	Юноши	Общее
Количество опрошенных		40	31	71
Уровень стресса	Высокий	8	0	8
	Средний	32	16	48
	Низкий	0	15	15
Способы борьбы со стрессом	Творчество	34	5	39
	Спорт	36	29	65
	Общение	20	28	48
	Пагубные привычки	18	12	30
	Занятия с психологом	2	0	2
	Погружение в культуру	24	15	39
Эффективность применения вышеуказанных способов	Высокая	4	25	29
	Средняя	34	1	35
	Низкая	2	5	7

40, 8% опрошенных отметили, что выбранные ими способы борьбы со стрессом высоко эффективны, 49,2%, что для них эти способы имеют среднюю эффективность. Причем, большинство респондентов, выбравших спорт как способ борьбы со стрессом, отмечали высокую эффективность этого способа.

Заключение. Таким образом, спорт является неотъемлемой частью жизни многих современных студентов медицинского университета. Доказана эффективность спорта как способа улучшить психоэмоциональное состояние студентов.

Литература / References

1. Бухтияров И.В. Современные психологические факторы риска и проявления профессионального стресса / И.В. Бухтияров, М.Ю. Рубцов, Н.А. Костенко // Известия Самарского научного центра Российской академии наук.

Социальные, гуманитарные, медико-биологические науки. - 2014. - Т. 16. - .№5-2. - С. 773 - 775.

2. Абаскалова Н. П. Прогностическая оценка адаптационных возможностей студентов / Н. П. Абаскалова //Сибирский педагогический журнал. - 2012. - №9. - С.17-21.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЧИНЫ ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ В ПОДРОСТКОВОЙ СРЕДЕ И ИХ КОРРЕКЦИЯ

О. А. Горшкова
Клинический психолог
Кузбасский клинический наркологический диспансер имени профессора Н.П. Кокориной. Россия, г. Кемерово.

Аннотация. В статье рассмотрены основные психологические причины девиантного поведения.

Ключевые слова: девиантное поведение, отклоняющееся поведение, самооценка, тревожность, уровень субъективного контроля.

PSYCHOLOGICAL CAUSES OF DEVIANT BEHAVIOR IN THE ADOLESCENT ENVIRONMENT AND THEIR CORRECTION

O. A. Gorshkova
Clinical psychologist
Kuzbass Clinical Narcological Dispensary named after professor N.P. Kokorina. Russia, the city of Kemerovo.

Abstract. The article discusses the main psychological causes of deviant behavior.

Keywords: Deviant behavior, deviant behavior, self-esteem, anxiety, level of subjective control.

Введение. За последние годы преступность несовершеннолетних в нашей стране существенно возросла. Психологу часто приходится решать проблемы подростков, которых отличает девиантное поведение. Современный

подросток живет в мире, сложном по своему содержанию и тенденциям социализации. Это и конфликтные дети, и дети которые, неадаптированные в обществе, вследствие этого у них возникают трудности в общении со сверстниками и взрослыми. Особую тревогу вызывают не только прогрессирующая отчужденность, повышенная тревожность, духовная опустошенность детей, но и их цинизм, жестокость, агрессивность. Наиболее остро этот процесс проявляется на рубеже перехода ребенка из детства во взрослое состояние – в подростковом возрасте. У молодых людей бурно развивается чувство протеста, часто неосознанного, и вместе с тем растет их индивидуализация, которая при потере обще социальной заинтересованности ведет к эгоизму.

Особую тревогу в среде молодежи вызывают: наркомания, преступность, проституция, рост алкоголизации, бродяжничество и т.д. Все это связано с более усложняющейся обстановкой в социальной сфере жизни человека.

Подросток это развивающаяся личность и чтобы грамотно управлять ее развитием, необходимо кропотливо изучать направленность, степень форсированности потребностей, эмоционально-мотивационную сферу, опыт и индивидуальные свойства каждого ребенка. Работа с девиантными подростками на сегодняшний день остается актуальной темой.

Объект исследования: подростки девиантного поведения.

Предмет исследования: причины и факторы, влияющие на девиантное поведение подростка.

Целью исследования является: исследование причин и факторов личностного развития, влияющих на девиантное поведение подростка.

Задачи:

1. Изучить литературу по проблеме отклоняющегося поведения.
2. Изучить личностные особенности в подростковом возрасте.
3. Рассмотреть причины и факторы личностного развития подростка, оказывающие влияние на девиантное поведение

По данным прокуратуры, несовершеннолетние в России ежегодно совершают или участвуют более чем в 40 тысячах преступлениях. Большинство несовершеннолетних 83% в 2019 году совершили преступления против собственности, 8% против жизни и здоровья и более 4% - это преступления, связанные с незаконным оборотом наркотиков.

О серьезности ситуации говорит и выросшее почти до 145 тысяч число подростков, поставленных на учет подразделениями по делам несовершеннолетних. Из них более чем 70 тысяч совершили административные правонарушения, не достигнув 16-летнего возраста. Стабильно высоким остается удельный вес несовершеннолетних, раньше уже совершавших преступления.

Кузбасс занимает 3 место по преступности среди подростков, по России. Всего в 2019 году 754 совершено несовершеннолетними. Наибольшее количество уголовных дел анализируемой категории возбуждено по фактам хищения. Участились случаи краж подростками денежных средств с банковских карт родственников или знакомых. Всего к уголовной ответственности привлечено 423 несовершеннолетних лица, совершивших преступления, из них юношей – 392. В возрасте 14-15 лет совершили преступления 97 подростков, в возрасте 16-17 лет – 326 подростков. 104 подростка от общего числа привлеченных к уголовной ответственности несовершеннолетних лиц состояли на учете как неблагополучные или являлись членами семей, состоящих на учете, из них 101 – состоял на учете в органах полиции, 2 – в органах опеки и попечительства. Анализ работы показал, что 57 подростков в момент совершения преступления находились в состоянии алкогольного опьянения.

Девиантное поведение (от латинского *deviatio* – отклонение) определяется как отклоняющееся поведение, т. е. как отдельные поступки или система поступков, противоречащим общепринятым в обществе правовым или нравственным нормам. В психологии поступок рассматривается как акт

сознательного действия, нравственного самоопределения человека, в котором он утверждает себя как личность в своем отношении к другому человеку, к самому себе.

Виды девиантного поведения:

- Деликвитное поведение – отклоняющие поведение, которое характеризуется крайними проявлениями, представляющими собой условно наказуемое деяние. Данное поведение отличается от криминального тем, что подросток проявляет его за компанию от озорства или любопытства.
- Аддикивное поведение - уход от окружающей подростка реальности путем искусственного изменения всего психического состояния путем применения различных ПАВ.
- Патопсихологическое поведение – поведение, вызванное в патопсихологическими изменениями в характере подростка, сформировавшееся в результате неправильного воспитания (высокий уровень притязания, обидчивость, склонность к самовзинчиванию). Патопсихологический тип дивиантного поведения - основан на психологических симптомах и синдромах, которые являются проявлением определенных психических заболеваний и расстройств (саморазрушение, агрессивность по отношению к себе, суицидальные наклонности, алкоголизм, наркотизация).

Типичными проявлениями девиантного поведения являются ситуационно обусловленные детские и подростковые поведенческие реакции, такие как: демонстрация, агрессия, вызов, самовольное и систематическое отклонение от учебы или трудовой деятельности; антиобщественные действия сексуального характера; попытки суицида.

Остановимся более подробно на девиантном поведении. Оно имеет сложную природу, обусловленную самыми разнообразными факторами, находящимися в сложном взаимодействии и взаимовлиянии. Человеческое развитие обусловлено взаимодействием многих факторов:

- Низкая устойчивость к психическим перегрузкам и стрессам.

- Неадекватная самооценка, завышенные требования к себе.
- Несформированность коммуникативных способностей.
- Чрезмерная зависимость от друзей ориентация на кумира.
- Реализация своих иллюзорных возможностей через компьютерные игры; азартная и компьютерная игромания.
- Отклонения в поведении в связи с травмами, заболеваниями, мозговая патология.

Причины, связанные с психическими и психофизиологическими расстройствами;

- Уходы из дома, принадлежность к неформальным объединениям.
- Отягощенная наследственность (алкоголизм, наркомания),

Рассмотрим подробнее психологические факторы, влияющие на девиантное поведение. Как правило, трудности в поведении подростка объясняются сочетанием результатов неправильного развития личности и неблагоприятной ситуации, в которой он оказался, а также недостатками внимания. В подростковом возрасте среди наиболее часто встречающихся причин девиантности ряд ученых называют:

- незавершенность процесса формирования личности,
- отрицательное влияние семьи и ближайшего окружения,
- зависимость подростка от требований, норм и ценностей групп, к которой он принадлежит.

Кроме того, отклоняющееся от нормы поведение у подростков зачастую является средством самоутверждения, протестом против действительности или требований взрослых. Агрессивное противостояние «взрослым» нормам и правилам, ценностям и требованиям со стороны взрослых, а также следование нормам и правилам своей группы – наиболее распространенные причины кратковременного трудного поведения.

На основе проведенных исследований основными причинами психологического характера многие исследователи называют неадекватную

самооценку подростков. Самооценке, т.е. оценка человеком своих возможностей, качеств и места среди других людей, является важным регулятором поведения. От самооценки, прежде всего, зависят взаимоотношения человека с окружающими его людьми, его критичность, требовательность к себе, отношениям к успехам и неудачам.

Расхождения между притязаниями человека и его возможностями ведут к психологическим срывам, повышенной конфликтности подростка, особенно с взрослыми, эмоциональным срывом. Подросткам, в силу возрастных особенностей в некоторые периоды, присуща неадекватная оценка своих возможностей и собственной ценности как личности, кроме поведенческих и эмоциональных срывов. Такая ситуация может приводить к депрессии и, как следствие, нежеланию посещать школу, снижению успеваемости, употреблению табака, алкоголя, наркотиков, поиску поддержки среди «сомнительных» друзей и иных отклонениям в поведении.

Следующий показатель влияния на поведение подростков это уровень тревожности, который играет роль в формировании самооценки. Повышенная тревожность может спровоцировать панические атаки и различные страхи, что может привести к аффективным действиям, стрессовым расстройствам, психотравмирующим или суицидальным последствиям.

Педагогическая направленность исследований девиаций получила свое дальнейшее развитие в психотерапии и в психологии девиантного поведения подростков. В работах А.Л. Грайсмана, В.Ф. Матвеева выделяются следующие разновидности отклоняющегося поведения подростков и школьников:

1) страхи навязчивости;
2) страхи одноклассников, родителей или учителя, директора школы;
3) двигательная расторможенность;
4) заикание;
5) побеги из дома и бродяжничество;
6) расстройство аппетита;

7) патологическое фантазирование;

8) страх перед своей физической неполноценностью (дисморфобия);

9) страх получения плохой оценки;

10) патологическое увлечение (хобби-реакции).

11) синдром отличника.

Синдром отличника – это желание делать все идеально и получать положительную оценку от окружающих

Зачастую синдром отличника появляется из-за контроля родителей или желания быть лучше, чтобы заслужить их внимание. Как правило, это не реализованные желания и мечты родителей, в дальнейшем это может привести к психотравме, низкой самооценки, тревожности, а также к самоуничтожению с помощью различных ПАВ.

Нельзя не учитывать, что девиантному поведению несовершеннолетних способствуют пропагандируемая в социальных сетях криминальная субкультура. С помощью пропаганды через интернет дети вовлекаются в преступную деятельность, деструктивные молодежные движения, становятся жертвами преступлений, в том числе в результате понуждения к суицидам.

В погоне за материальными благами, взрослые упускают тот момент, когда у подростка, начинается переход к девиантному типу поведения (физическая, вербальная, агрессия, нежелание подчиняться правилам поведения отсутствует мотивация к обучению). Отсутствие внимания, общения со стороны родителей, создают предпосылки для благоприятных условий формирования у подростков отклоняющие от нормы поведения. Затрудняют общение ребенка и взрослого многие достижения цивилизации: появление различных гаджетов новшеств интернета (Тик-ток, Инстаграмм). Подросток стал больше времени проводить в интернете, что сказывается не только на психику, но и на коммуникативные способности. В связи со сложившейся экономической ситуацией в нашей стране, образование отстает от развития рынка труда, а также большую часть образовательных учреждений платные,

что не позволяет большинству молодых людей получить необходимое образование по желанию.

На базе ГБУЗ КОНД было проведено диагностическое исследования девиантного поведения у подростков. Применялись методики, направленные на исследование тревожности Спилберга-Ханина, самооценки Демо Рубинштейна, тест на склонность к алкоголизации А.Е. Личко ПДО и методика Е.Ф. Бажев УСК. В исследовании приняли участия 120 пациентов

По результатам диагностического исследования проведен сравнительный анализ и были получены следующие результаты

В результате коррекционной работы показатель адекватной самооценки вырос на 35%. Тревожность снизилась на 10%. Уровень субъективного контроля повысился на 10%.

п/	Показатели на начало коррекции	Уровни						
		высо-кий	сред-ний	низ-кий	Показатели на окончание коррекционной работы	высо-кий	сред-ний	низ-кий
1	Самооценка	85%	10%	5%	Самооценка	55%	45%	5%
2	Тревожность	65%	25%	10%	Тревожность	45%	35%	20%
3	Уровень субъективного контроля	5%	45%	50%	Уровень субъективного контроля	15%	55%	30%
4	Склонность к ПАВ	35%	55%	10%	Склонность к ПАВ	45%	50%	5%
5	Склонность к депрессии	5%	5%	90%	Склонность к депрессии	0%	10%	90%
6	Дезадаптация	5%	5%	90%	Дезадаптация	5%	5%	90%
7	Склонность к суициду	15%	0%	85%	Склонность к суициду	0%	5%	95%

Склонность к ПАВ снизилась на 10%. Склонность к депрессии снизилась на 5%. Риск к суицидальному поведению снизился на 5%.

Коррекционная работа с подростками в детском наркологическом отделении.

Работа направлена, прежде всего на выявление проблем,

- исправление недостатков в развитии личности подростка,
- стимулирование положительных качеств, имеющих социальную значимость (уважение к людям, коммуникативные качества, эмпатия).
- способствование формированию здорового образа жизни.

В работе использовались такие методы направленные на разрушение негативного поведения с использованием

- фильмы: «Опасное погружение», Манипуляция. «Табак». Манипуляция «Алкоголь». «Эксперимент с яйцом». «Эксперимент с сигаретами».
- карты МАК (метафорические ассоциативные карты).
- артерапия
- метод «Саногенного мышления»

Проводилась индивидуальная и групповая психокоррекционная работа, направленная на изменение поведения подростка. Работа направлена на формирование адекватной самооценки, Методики включали в себя убеждение и разъяснение с использованием фактов. Подросток это развивающаяся личность и чтобы грамотно управлять ее развитием, необходимо кропотливо изучать направленность, степень форсированности потребностей, эмоционально-мотивационную сферу, опыт и индивидуальные свойства каждого ребенка.

В образовательных учреждениях проводилась профилактика употребление ПАВ.

Заключение. Учитывая все проблемы в современном социуме можно прийти к выводу, что девиантное поведение поддается коррекции и будет иметь положительный результат в случае ранней диагностики и коррекции педагогической, психологической, медицинской помощи.

Подростку необходима многогранная, планомерная и сплоченная работа многих специалистов (воспитатели, педагоги, психологи, дефектологи, медики) с привлечением общественных организаций. Необходимо создавать различные кружки для детей и подростков для реализации творческих способностей и интеллектуальных возможностей, а также для развития талантов.

Литература / References

1. Бадмаев С.А. Психологическая коррекция отклоняющегося поведения школьников. – М.: Магистр, 1999. –96 с.

2. Богданова О. С. О нравственном воспитании подростков. – М.: Просвещение, 1979. –111 с.

3. Волков Б.С. Психология подростка. – М.: Педагогическое общество России, 2001. –160 с.

4. Воспитание трудного ребёнка: Дети с девиантным поведением / Под ред. М.И, Рожкова. – М.: Владос, 2001. –240 с.

5. Гарифуллин Р.Р. Скрытая профилактика наркомании: Практическое руководство для педагогов и родителей. – М.: ТЦ Сфера, 2002. –64 с.

6. Исследование особенностей самооценки у подростков. otherreferats.allbest.ru›00657334 0.html.

КОРРЕКЦИЯ БАЗОВЫХ СТОЛПОВ ЛОГОТЕРАПИИ В. ФРАНКЛА

Исраэль (Владимир Модестович) Дацковский
Гл. специалист, Ph.D., профессор РАЕ
Кабинет клинической психологии, г. Бейт Шемеш, Страна Израиля

Аннотация: Доклад обсуждает необходимость коррекции трех базовых столпов, на которых В. Франкл основал свою школу психотерапии, названную им доготерапией. Доклад состоит из трех базовых частей. В первой части обсуждается замена франкловской свободы воли на более строго определяемую свободу выбора. Вторая часть доклада посвящена поднятию на поверхность обсуждения и определению цели жизни. Третья часть занимается объединением

двух основ франкловской логотерапии (воля к смыслу и смысл жизни) в одну основу – основу смысла во всех его этапах и проявлениях.

Ключевые слова: логотерапия, свобода воли, свобода выбора, цель жизни, смысл жизни.

CORRECTION OF BASIC PILLARS OF V. FRANCL'S LOGO THERAPY

Israel Datskovsky, Ph.D.,
professor, Chief Specialist, Clinical Psychology Office, Beit Shemesh, State of Israel

Abstract. The report discusses the need to correct the three basic pillars on which V. Frankl founded his school of psychotherapy, which he called pre-therapy. The report consists of three main parts. The first part discusses the replacement of Frankl's free will with a more strictly defined freedom of choice. The second part of the report is devoted to raising the discussion and defining the purpose of life. The third part deals with the unification of the two foundations of Frankl's logotherapy (the will to meaning and the meaning of life) into one foundation - the foundation of meaning in all its stages and manifestations.

Keywords: logotherapy, free will, freedom of choice, the purpose of life, the meaning of life.

1. Введение

В данном докладе мы пытаемся уточнить, несколько изменить и расставить по порядку основания, столпы логотерапии так, как, по нашему мнению, их понимал сам Виктор Франкл, перед которым мы испытываем глубочайшее почтение. Нашей целью ни в какой мере не является менять основы логотерапии, мы пытаемся только несколько переопределить основные базовые идеи логотерапии В. Франкла для повышения строгости и точности формулировок, подробнее раскрыть их смысл. Исходной точкой наших рассуждений, естественно, являются три франкловские основы логотерапии: свобода воли, воля к смыслу и смысл жизни.

2. Свобода воли или свобода выбора

Мы не будем здесь даже пытаться рассмотреть общее понятие свободы вообще, понятия, о котором написана внушительная библиотека философской, политфилософской, политологической, социальной и прочей литературы. Например, в философии Фридриха Вильгельма Ницше «свобода от» трансформируется в «свободу для», которая проявляется в самоутверждении человеком самого себя.

В группу трансформирующих «свободу от» «свободу для» входят и творческие люди, внутри себя ищущие свободу творчества, свободу самовыражения, самоактуализацию как верхний этаж пирамиды потребностей А. Маслоу. Обычно к творческим людям относят творцов на художественном поле во всех его проявлениях. Но истинных творцов немало как в науке, так и в технике. Нельзя также забывать, что творческая самоактуализация и самореализация возможны и в результатах обычного труда, не приносящего удивительных результатов творчества – в хороших проектах конструкций, в блестяще выполненной работе инсталлятора и проч.

Мы не можем не упомянуть множество людей, которые своим свободным выбором (иногда – при незнании альтернатив или из страха выйти в неизвестный им мир) выбрали жизнь внутри окружающего их общества, решили принять ценности и цели жизни, определенные этим обществом и весьма комфортно чувствуют себя в этом окружении [см. 4, глава «Жизнь по правилам»].

Итак, отметим, что говоря о свободе, обязательно нужно обязательно иметь два списка – свобода ОТ чего и свобода ДЛЯ чего. И если большинство говорящих и пишущих о свободе или просто ее желающих составили себе длинный список «свобода от», то гораздо меньшее число обсуждающих это понятие имеет список «свобода для». А отсутствие второго списка очень быстро приводит «свободного» человека либо к животной жизни, направляемой примитивными инстинктами и пустому, пассивному времяпрепровождению, искусственному пропуску периодов времени (глубокое опьянение), либо к уходу в виртуальный мир через осознанное изменение

своего психического состояния (психоактивные вещества и другие виды аддикции).

Поэтому, не углубляясь в общее понятие свободы, мы сразу перейдем к частному виду свободы и попытаемся тезисно рассмотреть вопрос свободы воли. На эту тему тоже написана немалая библиотека.

По мере осознания человеком его детерминированности социальными, физическими, физиологическими условиями его существования, и особенно, в последние полтора века, когда пришло, по крайней мере, частичное осознание его детерминированности неконтролируемым им влиянием на его решения и поведение подсознательного или неосознаваемого (это – разные термины. Мы столкнулись с осознанием влияния этих факторов в столь разных книгах Гюстава Ле Бона и Зигмунда Фрейда), понятие свободы воли, ее наличие весьма сильно подпало под сомнение.

Дмитрий Волков сообщает нам: «Многие открытия в нейронауке и социальной психологии ставят под сомнение наличие свободы воли. Они показывают, что поступки людей определяются социальным контекстом и неосознаваемыми процессами в мозге» [1, с. 4].

Но постановка вопроса об объективном отсутствии свободы воли ставит тяжелый вопрос о вине и об ответственности человека за свои действия. Особо важным этот вопрос оказывается в юридической практике [6], так как без свободы воли, свободы выбора невозможно говорить ни о вине человека, ни о его ответственности. Современная жизнь, в первую очередь судебная практика не склонна детально рассматривать споры детерминистов, индетерминистов и все течения, расположенные внутри этих групп и между ними и принимает *a priori* в качестве бесспорного (хотя и не доказанного строгим образом) положения о наличии у человека свободы выбора и его ответственности за его выбор. «Каждый человек несет личную ответственность за свои поступки – несмотря на то, что мы живем в детерминированной вселенной. Нет научных причин не считать людей ответственными за их поступки» [2]. Построим обратное утверждение: если человек несет ответственность за поступки, которые мы считаем результатом его свободного выбора, а не

детерминированными для него, то он имеет полное право и возможность (мы бы добавили – и обязанность) делать этот свой свободный выбор. В. Франкл совершенно обоснованно, с нашей точки зрения, считает, что человек ОБЯЗАН свободно и осознанно делать этот выбор.

Итак, мы, уйдя от несколько туманного термина свободы воли, утверждаем незыблемость для человека важнейшего принципа, определяющего его поведение, мысли, по сути, всю его жизнь – принципа свободы выбора.

Свобода выбора нам необходима для осознанного и свободного целеполагания и выбора состояний из всегда ограниченного списка альтернатив, для разработки плана выполнения каждого принятого решения и для принятия порядка приоритетов как внутри каждой цели, так и между целями, двигаться к достижению которых часто не удается одновременно из-за нехватки времени, сил и средств. И мы при этом принимаем на себя ответственность за наш свободный выбор – а эта ответственность может быть выражена в дальнейшем как нашей виной, так и заслуженно положенной нам наградой. А воля нам нужна для осмысленного и постоянного движения к каждой выбранной нами цели, несмотря на многочисленные препятствия и помехи, непрерывно встречающиеся на любых наших путях.

Итак, первое основание логотерапии - свобода выбора.

3. Цель жизни

В. Франкл не ввел цель жизни в состав столпов логотерапии, но при внимательном чтении его текстов выясняется, что этот неназванный столп постоянно присутствует в его понимании как жизни вообще, так и логотерапии в частности. Цель может располагаться в будущем как в пределах земной жизни, так и за пределами жизни человека в нашем материальном мире. О цели внутри земной жизни В. Франкл пишет более определенно:

«…Человеку вообще свойственно ориентироваться на будущее, существовать в его свете, как бы «sub specie aeternitatis [«с точки зрения вечности» – лат.] … Каждая попытка духовно восстановить, «выпрямить» человека снова и снова убеждала, что это возможно сделать, лишь сориентировав его на какую-то цель в будущем. Девизом всех

психотерапевтических и психогигиенических усилий может стать мысль, ярче всего выраженная, пожалуй, в словах Ницше: «У кого есть «Зачем», тот выдержит почти любое «Как»« [5, с. 142, 147].

Цели, упомянутые в приведенной цитате В. Франкла, чаще всего являются временными, текущими, явно и проверяемо достижимыми (хотя далеко не всегда достигаемыми) – написать книгу, закончить исследование, дописать (или написать) картину или пьесу, достичь должности (или в целом – сделать карьеру), добиться материального благополучия (цель бесконечная, не кончающаяся при достижении очередной ступени, ранее принимавшейся за цель), добиться взаимности женщины и т. д. Но при достижении такой цели (или при отказе от нее) человек падает в экзистенциальный вакуум (этот термин предложил Карл Ясперс) и нуждается в следующей ступени оправдания своего существования, постановки новой цели (или переходит к «почиванию на лаврах»). Несомненно, частные, ограниченные во времени цели могут никак не противоречить большой вневременной, на всю жизнь, цели. Эти цели вполне могут быть сосуществующими, а НЕ взаимоисключающими.

Многие века не стоял вопрос о реальности посмертного существования Различные религиозные учения достаточно подробно, хотя и в нескольких фразах, описывали посмертную жизнь и, зачастую, периодические возвраты в этот мир для завершения поставленных перед человеком задач. Тогда и цель жизни легко формулировалась: занять в посмертном мире достойное место, заработанное правильным поведением в этом мире. В реальности посмертного существования и справедливого воздаяния в нем никто не сомневался. Проблемы начались в пострелигиозный период (по разным оценкам 100-150 лет назад). Тогда оказалось, что у жизни, безнадежно и неотвратимо заканчивающейся со смертью, нет цели. Мы в нашей статье [3] приводили комплексную цитату из Ф.М. Достоевского «Если Бога нет, то все позволено» и наше ее перефразирование в духе франкловского обсуждения темы смысла при нашем (как и Ф.М. Достоевского) нахождении на теистическом поле: «Если Бога нет, то все бессмысленно» именно из-за отсутствия возможности посмертного воздаяния. В ответ на явно обозначившуюся бессмысленность

жизни, бессмысленность этического поведения в этой жизни, ограниченной лишь Уголовным Кодексом появились книги, научно (в кавычках или без них) описывающие фактическое существование посмертной жизни на многочисленных примерах вернувшихся «оттуда» после клинической смерти (заметим, что в соответствии с этими книгами возврат возможен только на начальных стадиях перехода в посмертный мир, так сказать, только из «предбанника» того мира).

Однако, цель, выходящая за рамки материальной жизни, ограниченные как окружающей реальностью, так и временны́ми границами человеческой жизни, в работах В. Франкла явно присутствует, хотя и стыдливо прячется за словами «сверхсмысл», «воздаяние», «высший смысл», «спасение» и еще некоторых других. Приведем одну из многих цитат В. Франкла, определяющую этот аспект:

«Возьмем для примера обезьяну, которой делается болезненная инъекция с целью получения сыворотки. Может ли обезьяна понять, почему ей приходится страдать? Исходя из своей среды, она не в состоянии понять соображения человека, подвергающего ее своим экспериментам. Ей недоступен мир человека, мир смысла, он непостижим для нее, она не может выйти в это измерение. Не следует ли нам предположить, что в еще более высоком измерении есть еще один непостижимый для человека мир, в котором только и приобретают смысл - сверхсмысл - его страдания [и все события жизни]?» [7, с. 335].

Мы сознательно ограничили себя трудами В. Франкла и не рассматриваем понятие цели жизни, выходящей или не выходящей за пределы жизни человека в материальном мире, широко обсуждаемое в других, весьма многочисленных трудах, написанным за все века осознанного человеческого существования с того момента, когда человек начал письменно фиксировать свои мысли и до сегодняшнего дня, так как нас в данном тексте интересует не общее раскрытие понятия «цели жизни», а лишь место этого понятия в логотерапии В. Франкла.

Даже из трудов В. Франкла, который насколько возможно избегал обсуждения общей цели всей жизни в ее полноте, следует, что такая цель необходимо должна лежать вне жизни, на ее продолжении. Реальная цель жизни как отдельных людей, так и их общностей вплоть до человечества в целом принципиально не может быть определена внутри жизни как отдельного человека, так и общества. Американский политический философ Лео Штраус (1899 – 1973) в главе «Что такое политическая философия» указывает: «… общество не может быть определено без ссылки на его цель. …Цель гражданского общества необходимо функционирует как критерий для суждения о нем» [11, с. 21]. Иначе жизнь общества окажется бессмысленной, тогда мораль повиснет в воздухе и общество потеряет внутренний стержень, определяющий причину его существования именно как общества. А потеря такого стержня неизбежно определяет распад единой общественной ткани, превращение организованного общества в аморфную массу субобществ, как мелких, так и довольно крупных, и «неприкаянных» индивидуумов.

Но это же является верным и о человеке, хотя снаружи видится, что большинство людей живет без явной и определенной цели, а то и без явно определяемого смысла жизни, хотя бы временного или частичного.

«Отсутствие жизненной цели рассматривается психологами как предпосылка невроза, а не как один из возможных, нормальных вариантов жизни» [4, глава ««Погоня за горизонтом» (Жизнь как достижение)»].

Итак, второе основание логотерапии – цель жизни, понятая главным образом как цель, лежащая за пределами материальной жизни человека, но в качестве частичных и временных целей возможно частное решение этого вопроса в виде прижизненных целей индивида, которые, как правило, должны являться подцелями глобальной цели.

4. Смысл

Мы изначально полагаем, что стремление к смыслу, поиск и нахождение смысла и исполнение, реализация смысла являются этапами пути, этапами различными во времени, но лишь этапами одного процесса, а потому мы объединяем их в одном столпе, в одном основании логотерапии.

Великой заслугой В. Франкла, резко отличающей его и от З. Фрейда, и от А. Адлера, и от К. Юнга является именно постановка вопроса о смысле жизни в центр рассмотрения как психологии в целом, так и психотерапии, в том числе частной ее области, которую В. Франкл назвал логотерапией.

Э. Лукас приводит интересную цитату В. Франкла: «По ходу исследований, проводившихся в США, выяснилось, что ориентация на смысл является наилучшим критерием душевного здоровья» [5, параграф «Народ шел за облаком»].

Конечно, очень трудно обсуждать франкловское понятие смысла после того, как он во всех своих многочисленных трудах со всех возможных сторон обсуждает эту тему. Но все-таки, преклоняясь перед его авторитетом, мы попробуем под несколько отличающимися от взглядов мэтра углами зрения взглянуть на эту область.

4.1. Отметим, что с точки зрения В. Франкла смысл жизни человека всегда находится вне его самого. Как глобальная цель жизни непременно лежит вне самой жизни, так, по мнению В. Франкла «смысл жизни всегда лежит вне человеческой личности, он несводим ни к принципу удовольствия [несогласие В. Франкла с З. Фрейдом], ни к воле к власти [несогласие В. Франкла с А. Адлером]» [Дружинин В.Н., 2010, глава «Обзор, необходимый в любой монографии»].

Приведем пару цитат В. Франкла, подтверждающих его тезис о том, что истинный смысл жизни индивида всегда шире его личной жизни:

«…сущность человеческого существования заключается в самотрансценденции. Быть человеком означает быть направленным на что-то внешнее или на кого-то другого» [8, с. 27].

«Смысл, который бытие должно реализовать, представляет собой нечто превосходящее его, смысл никогда не является самим бытием. Только если эта дистанция сохраняется, смысл может оказывать влияние на бытие. … Другими словами, смысл не должен совпадать с бытием, смысл должен быть впереди бытия. Смысл задает темп бытия. Бытие неполноценно и неустойчиво, если не несет в себе стремление к чему-то находящемуся за его пределами. … Человек

ответственен за реализацию особого смысла своей личной жизни.» [10, из параграфа «Свобода воли» главы «Философские основания логотерапии»]. И подобных цитат в книгах В. Франкла встречается великое множество.

Приведем цитату мудреца рабби Гилеля, объединяющую необходимую заботу о себе с франкловским пониманием самотрансценденции из древнего трактата Мишны «Пиркéй Авóт» (1:14): «Если я не для себя, то кто для меня? И если только для себя, то кто я? И если не сейчас, то когда?».

4.2. Для случаев медицински финальных, для случаев достаточно глубокой старости или безнадежной болезни, когда уже невозможно искать смыслы в будущем (если они не выработаны и не закреплены прошедшей жизнью), он, будучи психотерапевтом всех, в том числе и беспомощных, бросает этим людям прекрасный спасательный круг смысла в совершенном ими ранее в их жизни. Основным направлением такой психотерапевтической (логотерапевтической) помощи в период конца жизни являлась помощь пациенту найти смысл его жизни в прошлом. Он пишет: «Обычно человек видит только сжатое поле бренности и не замечает полный амбар прошлого опыта. В прошлом ничто не является безвозвратно потерянным, но все сохраняется и бережется. Никто и ничто не сможет лишить нас того, что мы сохранили в прошлом» [10, с. 67-68]. И продолжает: «Прошлое – это самый надежный способ существования» [10, с. 103].

Однако, по мнению самого В. Франкла, это верно только для случая, когда будущее объективно отсутствует. В иных ситуациях уход в прошлое может оказаться фатальным.

4.3. А теперь затронем тему, являющуюся предметом нашего принципиального спора с В. Франклом.

Именно попытка В. Франкла пытаться изображать из себя «холодную анализирующую объективность» и привела его к весьма противоречивой точке зрения, с которой мы никак не можем согласиться – к мысли об исчезновении в современном мире универсальных смыслов. В. Франкл пишет: «Сегодня мы живем в век распадающихся и исчезающих традиций. … Универсальные ценности приходят в упадок» [8, с. 59]. Продолжение этой мысли мы найдем

несколькими страницами раньше [8, с. 51]: «… нет универсального смысла жизни, а имеются лишь уникальные смыслы индивидуальных ситуаций». Но в такой безграничности без руля и ветрил велика вероятность смыслового утопления человека в поиске десятков тысяч (по выражению самого В. Франкла – [8, с. 59]) смыслов в микроситуациях без шанса найти какой-то более общий (пусть и не всежизненный) смысл.

У В. Франкла периодически встречается явная подмена тезиса – замена общих смыслов жизни на частные проблемы текущего момента и неверный, с нашей точки зрения вывод о том, что мелкие частности хоронят под собой общий смысл жизни: «Требования [предъявляемые человеку текущей жизнью], а вместе с ними и смысл бытия у разных людей в различные мгновения жизни разные. Значит, вопрос о смысле жизни не может иметь общего ответа» [В. Франкл «**А**» 2016, с. 149].

Итак, третье основание логотерапии – смысл жизни как приближение к цели жизни.

Заключение. В данном докладе мы попытались критически проанализировать основания, столпы логотерапии В. Франкла. Результатом нашего анализа является предложение об изменении базовых понятий, оснований, столпов логотерапии В. Франкла, точнее, об их уточнении. С нашей точки зрения логичнее опереть логотерапию на три несколько отличающиеся от франкловских опоры:

i. Свободу выбора;
ii. Нахождение и принятие цели жизни, и стремление к ней;
iii. Смысл жизни, включающий в себя в качестве этапов желание осмысленной жизни, стремление к смыслу, поиск и нахождение смысла жизни и исполнение смысла как пути приближения к цели.

По сути, мы ничего не поменяли. То есть, смыслом (куда же от него деться!) и сутью данного доклада является то, что мы постарались, не меняя основ, придать бóльшую строгость и логичность столпам, на которых стоит логотерапия.

Литература / References

1. Волков Д.Б. Свобода воли. М.: Карьера Пресс, 2018, 368 с.
2. Газзанига М. Кто за главного? Свобода воли с точки зрения нейробиологии. М.: АСТ: CORPUS, 2017, 330 с.
3. Дацковский И. Амбивалентность религиозных взглядов В. Франкла // East European Science Journal #9 (61), 2020, Part 2, с. 38-53.
4. Дружинин В.Н. Варианты жизни. Очерки экзистенциальной психологии. СПб.: «Питер», 2010. - 156 с.
5. Лукас Э. Франкл и Бог. Изд-во «Никея», 2019, 72 с.
6. Манджиев А.Д. Свобода воли в договорных правоотношениях. М.: Статут, 2017 г., 192 с.
7. Франкл В. Человек в поисках смысла. М., Изд-во «Прогресс», 1990. – 368 с.
8. Франкл В. Воля к смыслу. М., Изд-во ИОИ, 2015, 144 с.
9. Франкл В. Сказать жизни «Да»! М.: «Альпина нон-фикшн», 2016 – 239 с.
10. Франкл В. Психотерапия и экзистенциализм. Избранные работы по логотерапии, 2018.
11. Штраус Л. Введение в политическую философию. М.: Логос, 2000, 364 с.

КОМПЛЕКСНОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВОМ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Т.А. Елизарьева, О.С. Белова, А.Г. Соловьев
Кафедра психиатрии и клинической психологии
ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет»
Минздрава России, Россия, г. Архангельск

Аннотация. В статье рассмотрены вопросы психологического сопровождения детей с расстройством аутистического спектра с учетом этиопатогенетических механизмов его возникновения.

Ключевые слова: расстройство аутистического спектра, нейротрофический фактор мозга, комплексная помощь, психолого-педагогическая коррекция

COMPREHENSIVE SUPPORT FOR CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM DISORDER

Elizarieva T.A., Belova O.S., Soloviev A.G.
Department of Psychiatry and Clinical Psychology, Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «Northern State Medical University», Ministry of Health of Russia, Arkhangelsk

Absract. The article considers the psychological support issues for children with autism spectrum disorder, taking into account its occurrence etiopathogenetic mechanisms.

Keywords: autism spectrum disorder, neurotrophic factor of the brain, comprehensive care, psychological and pedagogical correction

Основу расстройства аутистического спектра (РАС) традиционно составляют нарушения социального взаимодействия, коммуникации и повторяющееся, ограниченное, стереотипное поведение. Несмотря на то, что в МКБ-11 нарушения коммуникации не выделены в качестве отдельного диагностического критерия РАС, а включены в группу нарушений социального взаимодействия, именно нарушение речевого развития ребенка, чаще всего, является основной причиной беспокойства родителей и поводом для обращения к специалистам [7; С. 5].

РАС может сопровождать умственная отсталость, при IQ ниже 70 возникают трудности в дифференциации этих диагнозов. В этом случае непропорциональный коммуникативный дефицит и отсутствие социальных навыков становится важным диагностическим критерием. Кроме того, значительное нарушение экспрессивной речи затрудняет диагностический

процесс с использованием стандартных тестов для оценки интеллектуальных способностей [8; с. 5].

Целью исследования явилось обоснование комплексного сопровождения детей с РАС с учетом известных этиопатогенетических механизмов его возникновения.

Современные исследования, подчеркивая значимость лежащих в основе РАС биологических нарушений, называют в качестве причин аутизма психодинамические и средовые причины, органические и неврологические нарушения, биохимическую патологию и генетический фактор [5; С. 5]. Существует несколько биологических гипотез этиопатогенеза РАС [3; С. 4].

В критическом периоде развития головного мозга под воздействием различных неблагоприятных факторов при наличии генетической предрасположенности к РАС происходит избыточное выделение нейротрофического фактора мозга - brain-derived neurotrophic factor (BDNF), что обусловливает преждевременное завершение критического периода и закрепление всех нейронных связей, возникающих независимо от силы и значимости раздражителя, и приводит к нарушению функциональной дифференциации коры головного мозга, проявляясь изменением процессов восприятия, когнитивными нарушениями, гиперчувствительностью, нарушением контроля моторики [9; С. 5]. Сниженное содержание серотонина влечет за собой целую цепь метаболических дисфункций, которые имеют определенные клинические проявления при РАС: агрессия, стереотипии, нарушение сна, нарушение когнитивных процессов и другие. Более выраженное снижение серотонина отмечают при тяжелой степени РАС, при синдроме Каннера и атипичном аутизме. Сниженный уровень нейротрофинов (NGF и BDNF) у детей с РАС, преобладающий при тяжелой степени тяжести, при синдроме Каннера и атипичном аутизме, значительно снижает нейропротективное действие на головной мозг. Данные о сниженном содержании серотонина при нормальных значениях нейротрофинов

(NGF и BDNF) у детей с синдромом Аспергера не исключают возможной активации других механизмов, компенсирующих дефицит серотонина, что требует дальнейшего изучения нейромедиаторных нарушений при РАС и поиска немедикаментозных средств, повышающих естественные нейропротективные механизмы головного мозга [6; С. 5].

Ранее выявление РАС, своевременная постановка диагноза и ранее начало комплекса психокоррекционных мероприятий с использованием современных эффективных методов, в первую очередь, психолого-педагогической коррекции, необходимы для положительной динамики, возможной даже при тяжелых осложненных формах РАС. Нарушение или даже отсутствие речи часто обусловливают необходимость логопедической помощи уже в раннем возрасте, однако патология восприятия речи и специфическое нарушение коммуникации часто делают невозможными традиционные логопедические занятия и требуют особой профессиональной подготовки специалиста для работы с ребенком с РАС. Нарушение восприятия и экспрессии речи ещё больше затрудняют коммуникативное развитие ребенка с РАС и препятствуют его дальнейшей социализации. Известна высокая эффективность оказания ранней помощи, однако, в настоящее время количество специалистов, оказывающих такую помощь, недостаточное. Эффективность оказания помощи детям с РАС повышается при осуществлении межведомственного командного подхода в работе многопрофильной бригады специалистов [1; С. 4].

Психолого-педагогическое сопровождение детей с РАС основывается на поведенческих, развивающих, когнитивных, сенсорно-перцептивных подходах. Для развития необходимых навыков и устранения дезадаптивного поведения ребенка с РАС рекомендуется применять один из самых эффективных методов – поведенческую терапию или метод прикладного анализа поведения - Applied behavior analysis (ABA). В раннем возрасте коррекция нежелательного поведения наиболее эффективна, так как такое поведение еще не успело закрепиться [4; С. 5]. Зарубежные исследователи сообщают об успешном

применении компьютерных методов тренировки речевого восприятия для улучшения коммуникации и восприятия речи [2; С. 4] в программах комплексной помощи детям с РАС.

Заключение. Таким образом, учитывая полиэтиологичность РАС, наличие яркой клинической симптоматики и сложных поведенческих нарушений, важным условием эффективности психокоррекционной работы и психологического сопровождения детей с РАС является необходимость комплексного междисциплинарного подхода к коррекционной работе. Комплексный подход к коррекции предполагает слаженную работу специалистов (логопедов, дефектологов, психологов, социальных педагогов, врачей-психиатров) и ближайшего окружения ребенка. Коррекция речевых нарушений и нарушений коммуникации, в связи с их широкой распространенностью, ранней выявляемостью и высокой значимостью для прогноза и социализации, могут стать перспективным направлением комплексной работы с детьми с РАС.

Литература / References

1. Белова О.С., Соловьев А.Г. Система подготовки специалистов для оказания помощи детям с расстройствами аутистического спектра в медицинском университете. Психическое здоровье. 2018. №10. С.3-6.

2. Ефимов И.О. Уроки программы fastforword. Инновации. 2008. №2. URL: https://cyberleninka.ru/article/n/uroki-programmy-fastforword (дата обращения: 15.09.2021).

3. Кашапов Ф.Ф., Валиахметова К.Р., Шумилова М.М. Нейроиммунология аутизма. БМИК. 2017. №7. URL: https://cyberleninka.ru/article/n/neyroimmunologiya-autizma (дата обращения: 14.09.2021).

4. Михирева Д.Е., Дмитриевских Л.С. Метод АВА-терапии в работе с детьми с расстройствами аутистического спектра. Вестник Курганского государственного университета. 2018. №4 (51). URL:

https://cyberleninka.ru/article/n/metod-aba-terapii-v-rabote-s-detmi-s-rasstroystvami-autisticheskogo-spektra (дата обращения: 14.09.2021).

5. Серякова О.И. Современные подходы к проблеме аутизма, его дифференциальной диагностике и коррекции. Северо-Кавказский психологический вестник. 2011. №4. URL: https://cyberleninka.ru/article/n/sovremennye-podhody-k-probleme-autizma-ego-differentsialnoy-diagnostike-i-korrektsii (дата обращения: 14.09.2021).

6. Цукурова Л.А., Власенко С.В., Нуволи А.В. Оценка нейропротективных свойств серотонинергической модулирующей системы мозга у детей с расстройствами аутистического спектра. Таврический журнал психиатрии. 2016. №4 (77).- URL: https://cyberleninka.ru/article/n/otseka-neyroprotektivnyh-svoystv-serotoninergicheskoy-moduliruyuschey-sistemy-mozga-u-detey-s-rasstroystvami-autisticheskogo-spektra (дата обращения: 14.09.2021).

7. Belova O.S., Soloviev A.G. Comprehensive Care for Children with Autism Spectrum Disorders Sci Fed Journal of Autism. 2018. V.2. Issue 2. URL: https://www.researchgate.net/publication/328621729_Regional_features_of_care_for_children_with_autism_spectrum_disorders (дата обращения: 14.09.2021).

8. Nicole M Russo1, Jane Hornickel, Trent Nicol, Steven Zecker, Nina Kraus Biological changes in auditory function following training in children with autism spectrum disorders. Behav Brain Funct. 2010 Oct 16; 6:60.

9. Rubenstein J. L. R. and Merzenich M. M. Model of autism: increased ratio of excitation/inhibition in key neural systems. Genes Brain Behav. 2003 Oct; 2(5): 255–267.

ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ ЦЕРУЛОПЛАЗМИНА В РАМКАХ АНТИОКСИДАНТНОЙ ЗАЩИТЫ ПРИ АЛКОГОЛЬНОЙ АБСТИНЕНЦИИ

Е.С. Ефременко [1], Д.С. Титов [2], Д.А. Никонов [2]
[1]Кафедра биохимии
ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Омск
[2]БУЗ Омской области «Наркологический диспансер»

Аннотация. В работе рассмотрена роль церулоплазмина в осуществлении антиоксидантной защиты при алкогольном абстинентном синдроме. Обсуждаются механизмы антиоксидантного действия церулоплазмина и причины повышения его содержания в крови при алкоголизме.

Ключевые слова: алкоголь, алкоголизм, этанол, церулоплазмин, алкогольный абстинентный синдром, алкогольная абстиненция, алкогольная интоксикация, антиоксиданты, свободные радикалы, окислительный стресс.

FUNCTIONING OF CERULOPLASMIN IN THE FRAMEWORK OF ANTIOXIDANT PROTECTION IN ALCOHOL WITHDRAWAL

Efremenko E.S.[1], Titov D.S.[2], Nikonov D.A.[2]
[1]Federal State Funded Educational Institution for Higher Education Omsk State Medical University Ministry of Public Health Russian Federation
[2]Budgetary healthcare institution Omsk region «Narcological dispensary», Omsk

Abstract. The paper considers the role of ceruloplasmin in the implementation of antioxidant protection in alcohol withdrawal syndrome. The mechanisms of the antioxidant action of ceruloplasmin and the reasons for its increased content in the blood in alcoholism are discussed.

Keywords: alcohol, alcoholism, ethanol, ceruloplasmin, alcohol withdrawal syndrome, alcohol withdrawal, alcohol intoxication, antioxidants, free radicals, oxidative stress.

Введение. Высокая распространенность злоупотребления алкоголем, огромный ущерб здоровью населения, экономике и обществу в целом определяет существенное значение данной проблемы в различных аспектах. Исследование вопросов патогенеза алкоголизма во многом связано с изменениями, происходящими на молекулярном уровне и заключающимися в модификации обменных процессов. С данной точки зрения, важным патогенетическим звеном формирования метаболических нарушений при алкогольной зависимости является развитие алкоголь-индуцированного окислительного стресса. Определяющий наличие указанного феномена дисбаланс между продукцией свободнорадикальных соединений и эффективностью их устранения при участии компонентов антиоксидантной системы предполагает актуальность оценки параметров антиоксидантного статуса. Наиболее существенным видится исследование механизмов антиокислительной защиты в кардинальный период течения алкоголизма – период становления алкогольного абстинентного синдрома. В практическом плане перспективно использование показателей, отражающих функционирование внеклеточных антиоксидантов, которые, в определенной степени, могут служить интегральными параметрами. В качестве такого вещества может выступать белок церулоплазмин.

В связи с этим, **целью** исследования явилось установление значения церулоплазмина в антиокислительной защите при алкогольной абстиненции.

Объекты и методы исследования. Для формирования представлений о роли церулоплазмина в антиоксидантной защите организма при алкогольном абстинентном синдроме нами было проведено определение уровня церулоплазмина методом Равина в сыворотке крови пациентов с диагнозом «Психические и поведенческие расстройства в результате употребления алкоголя, средняя стадия. Синдром активной зависимости. Состояние отмены, неосложненное, средней степени тяжести», (F.10.242, F.10.302). Была сформирована группы больных, у которых взятие крови для исследования

проводилось на четвертые сутки течения синдрома отмены алкоголя (группа ААС4, n=13). Выбор срока исследования связан с тем, что наибольшая выраженность клинических признаков абстиненции отмечается на 3-4 день развития синдрома. Группу сравнения (группа К, n=9) составили условно здоровые лица аналогичной возрастной категории. Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью компьютерной программы AnalystSoft Inc., Statplus, версия 5. В качестве основных характеристик описательной статистики применяли медиану (Me), нижний 25-й (L) и верхний 75-й (H) квантили (Me; L; H). Оценку статистической значимости различий проводили с использованием непараметрических критериев: Манна-Уитни (U) (для двух независимых выборок) [1, с. 10-15].

Результаты исследования и их обсуждение. Оценка содержания церулоплазмина в крови пациентов, страдающих алкоголизмом, показала, что его уровень был повышен в 1,3 раза ($pU<0,05$) по сравнению с группой здоровых доноров и составил 441,8 (391,8; 478,5) мг/л.

Связанные с хронической алкогольной интоксикацией поражения клеточных органелл, нарушения функционирования ферментов, транспортных, сократительных, сигнальных белков, изменения pH биологических жидкостей и другие нарушения обменных процессов зачастую обусловлены нарушением гомеостатических соотношений в системе прооксидантных и антиоксидантных соединений.

При алкогольной зависимости преобладание прооксидантного влияния опосредовано:

1) генерацией гидроэтильного радикала;

2) образованием комплексов ацетальдегида с различными метаболитами, в том числе представителями тиолового ряда антиоксидантов;

3) инициацией свободнорадикальной «атаки» белков и процесса перекисного окисления липидов;

4) индукцией микросомальной этанолокисляющей системы, сопряженной с усилением образования субстанций свободнорадикального характера;

5) дальнейшим метаболизмом ацетальдегида при участии индуцибельной флавинзависимой альдегидоксидазы с формированием активных форм кислорода.

Филогенетическое сродство церулоплазмина, показанное рядом исследований спектров ионов меди, позволило отнести данный белок к большому семейству мультимедных протеинов, обладающих ферментативной активностью и представленному растительными лакказами, лакказами грибов, билирубиноксидазой, аскорбатоксидазой. Трансляция в гепатоцитах гликопротеина со специфическим характером координационной сферы ионов меди, электрофоретически определяемого в α_2-полосе белков плазмы крови, предполагает пространственное образование оксидазного центра, с наличием которого связана внеклеточная антиоксидантная активность церулоплазмина.

В качестве участника ферментативного звена антиокислительной защиты организма роль церулоплазмина связана с тем, что он отвечает за осуществление:

а) уменьшения интенсивности формирования радикальных, высоко реакционноспособных метаболитов миелопероксидазной реакции;

б) препятствия цепному характеру перекисного окисления липидных компонентов мембран;

в) ингибирования образования активированных кислородных метаболитов за счет проявления специфической антиоксидантной функции, обусловленной стехиометрической дисмутацией супероксидных анионов;

г) блокирования превращений, сопряженных с генерацией стабильной формы перекиси водорода, не подверженной ферментативной деградации.

Заключение. Таким образом, можно предположить, что вероятными причинами увеличения содержания церулоплазмина в условиях развития алкогольного абстинентного состояния могут быть: 1) дефицит

восстановленного глутатиона, который рассматривается в качестве фактора, инициирующего транскрипцию гена церулоплазмина [3, с. 1492–1500]; 2) повреждение структуры церулоплазмина свободными радикалами. В результате чего изменяется конформация церулоплазмина, и он теряет способность к образованию лиганда, посредством которого осуществляется его связывание с рецепторами и его поступление из крови в клетки [2, с. 33-36]; 3) снижение эффективного распада церулоплазмина в печени, клетки которой значительно повреждаются при алкоголизме с утратой функций.

Литература / References

1. Платонов А.Е. Статистический анализ в медицине и биологии: задачи, терминология, логика, компьютерные методы / А. Е. Платонов. - М.: Издательство РАМН, 2000. - 52 с.

2. Kang J., Kim K., Choi S., Kwon H., Won M. Oxidative modification of human ceruloplasmin by peroxyl radicals / J. Kang, K. Kim, S. Choi, H. Kwon, M. Won // Biochim. Biophys. Acta. – 2001. – V. 1568. – Issue 1. – P. 30–36.

3. Tapryal N., Mukhopadhyay C., Mishra M., Das D., Biswas S. Glutathione synthesis inhibitor butathione sulfoximine regulates ceruloplasmin by dual but opposite mechanism: Implication in hepatic iron overload / N. Tapryal, C. Mukhopadhyay, M. Mishra, D. Das., S. Biswas // Free Radic. Biol. Med. – 2010. – V. 48. – Issue 11. – P. 1492–1500.

ВЗАИМОСВЯЗЬ СИСТЕМЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ЗАЩИТНЫХ МЕХАНИЗМОВ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ С ТИПОМ ПЕРЕЖИВАЕМОГО АКТУАЛЬНОГО СМЫСЛОВОГО СОСТОЯНИЯ

А.В. Иванова, Ю.В. Дубчак, И.И. Зорохович, А.А. Лопатин
ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер имени профессора Н.П. Кокориной», Россия, г. Кемерово

Аннотация. В статье обоснована актуальность исследования психологических защитных механизмов наркологических больных.

Представлены результаты исследования актуального смыслового состояния больных полинаркоманией. Отражен характер взаимосвязи системы психологических защитных механизмов личности с типом актуального смыслового состояния.

Ключевые слова: полинаркомания, продуктивность актуального смыслового состояния, психологические защитные механизмы личности, временная перспектива.

THE RELATIONSHIP OF LEVEL OF TENSION OF PSYCHOLOGICAL DEFENSE MECHANISMS OF PERSONALITY FROM THE TYPE OF ACTUAL SEMANTIC STATUS

Ivanova A.V., Dubchak Yu.V., Zorokhovich I.I., Lopatin A.A.
Kuzbass clinical narcological dispensary named after Professor N.P. Kokorina, Russia, Kemerovo

Abstract. The article substantiates the relevance of the study of the psychological defense mechanisms of narcological patients. The results of the study of the actual semantic state of patients with poly-drug addiction are presented. The nature of the relationship of the system of psychological defense mechanisms of personality with the type of the actual semantic state is reflected.

Keywords: poly-drug addiction, productivity of the actual semantic state, psychological defense mechanisms of personality, time perspective.

Введение. Наркологическая ситуация в Российской Федерации на 2020 г. остается по-прежнему достаточно сложной. Говоря о наркоситуации, необходимо отметить обозначившиеся в последнее время негативные тенденции. По данным разных источников, на протяжении последних десяти лет отмечается устойчивое увеличение числа пациентов с зависимостью от синтетических наркотиков и сочетаний различных наркотических агентов (полинаркоманией) [9,10,11].

Тяжесть последствий данного явления требует внимания к проблеме лечения и реабилитации лиц с наркологическими расстройствами. Одним из важнейших элементов реабилитационного процесса является психотерапевтическое лечение, которое часто затруднено низкой мотивацией наркологических больных и сопротивлением изменениям [9,12]. Следовательно, повышение эффективности психотерапевтического воздействия невозможно без проработки такого психического явления как механизмы психологической защиты [2,7].

В понимании системы психологических защитных механизмов мы опираемся на мнение ряда ученых, таких как Б.В. Зейгарник, Е.Т. Соколова, Ф.Б. Бассин и др., которые рассматривали психологические защиты как естественный, ежедневно работающий механизм человеческого сознания, обеспечивающий субъекту реализацию некоего смысла как фактора, структурирующего его поведение на стадии адаптации к условиям актуальной жизненной ситуации [3]. При этом представляется весьма важным зависимость использования определенного механизма психологической защиты от жизненной ситуации, т.е. адекватность всей системы, выражающаяся в подвижном, гибком характере защитной системы. По мнению А.В. Серого наибольшая мобильность и пластичность системы защит возможна в продуктивном актуальном состоянии, где синхронизованы два и более временные локусы. В данном состоянии защитные механизмы способны работать максимально эффективно при минимальном уровне его напряжения. Так как в реальной жизненной ситуации индивид посредством самоанализа способен отслеживать поведенческие проявления психологических защит, отслеживая рассогласование между желаемыми и реальными поведенческими актами, то в актуальном смысловом состоянии отражается способность индивида ощущать себя активным субъектом ситуации на уровне первичной интерпретации чувств [8]. Соответственно, чем продуктивнее тип актуального смыслового состояния, тем меньше рассогласование выявляется, тем больше

возможность действовать дифференцированно во всем сенсорном пространстве, влияя на эмоции, мысли и поведение, поддерживать психологический гомеостаз [4,5]. При этом можно предположить, что в непродуктивных типах актуального смыслового состояния установить рассогласование с помощью самоанализа достаточно затруднительно, так как данное состояние не позволяет установить взаимосвязь между событиями прошлой жизни, актуальной жизненной ситуацией и целями в будущем, чем характеризуется десинхронизацией временных локусов [1]. Данное положение ставит перед нами задачу эмпирической проверки связи системы психологических защитных механизмов наркологических пациентов с типом переживаемого актуального состояния.

Цель исследования: установление взаимосвязи системы психологических защитных механизмов с типом переживаемого актуального смыслового состояния у больных полинаркоманией.

Объекты и методы исследования. Всего в исследовании приняли участие 101 пациент отделения медицинской реабилитации для лиц с наркологическими расстройствами государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Кузбасский клинический наркологический диспансер имени профессора Н.П. Кокориной» в возрасте от 28 до 46 лет, мужского пола. В качестве испытуемых выступили респонденты с диагнозом «полинаркомания, вторая стадия» (экспериментальная группа), средний стаж наркотизации – 7,5 лет. В качестве контрольной группы выступили пациенты с диагнозом «алкоголизм, вторая стадия», средний стаж злоупотребления алкоголем – 13,8 лет. В соответствии с целью исследования нами была выбрана следующая психодиагностическая методика: опросник Р. Плутчика, Г. Келлермана, Г. Конте «Индекс жизненного стиля» (Life Style Index, LSI), для диагностики уровня напряженности механизмов психологической защиты, тест СЖО Д.А. Леонтьева реконцептуализированный А.В. Серым и А.В. Юпитовым для диагностики актуальных смысловых состояний (АСС). Выбор методик

обусловлен тем, что тест СЖО Д.А. Леонтьева реконцептуализированный А.В. Серым и А.В. Юпитовым позволяет выявить у испытуемых тип переживаемого актуального смыслового состояния, а опросник «Индекс жизненного стиля», определяя уровень напряженности основных психологических защитных механизмов (рационализация, проекция, вытеснение, регрессия, замещение, реактивное образование, отрицание, компенсация**),** позволяет выявить соответствующий каждому типу актуального смыслового состояния профиль защитного психологического симптомокомплекса [6] .

Результаты исследования смысложизненных ориентаций (таблица 1) показали, что в обеих группах исследуемых преобладает первый тип АСС с низкой осмысленностью ценностей личного опыта, актуальной жизненной ситуации и целей будущего и как следствие отсутствие целостности и единства восприятия своей жизни в целом. Данный тип смыслового состояния характеризуется экстернальной рефлексией атрибутивного характера, в результате чего у индивида формируется негативный образ «Я», неуверенность в своих силах, бесперспективность восприятия своего будущего и ориентация на удовлетворение ситуативных потребностей и желаний, носящих дефицитарный характер.

Обращает на себя внимание отсутствие в исследуемых группах наркологических больных типов АСС с выраженным локусом осмысленности прошлого (2-й, 6-й), что характеризует респондентов как людей, блокирующих свой прошлый жизненный опыт для построения адекватных целей в будущем.

В группе больных полинаркоманией отмечается низкая представленность «продуктивных типов» АСС (синхронизация двух и более временных локусов смысла), чем среди алкоголиков, испытуемых с 7 типом АСС (2% против 7,7%) и 8 типом АСС (4,1% против 9,6%).

Таблица 1

Распределение типов АСС в группах испытуемых, в зависимости от вида, употребляемого ПАВ (%)

Тип АСС	Полинаркоманы (n=49)	Алкоголики (n=52)	Все (n=101)
1	51,0%	50,0%	50,5%
2	0,0%	0,0%	0,0%
3	24,5%	19,2%	21,8%
4	2,0%	1,9%	2,0%
5	16,3%	11,5%	13,9%
6	0,0%	0,0%	0,0%
7	2,0%	7,7%	5,0%
8	4,1%	9,6%	6,9%

Анализ выраженности психологических защит у испытуемых с разным типом АСС показывает разную картину в группе больных алкоголизмом и полинаркоманией (таблица 2, таблица 3).

При сравнительном анализе исследуемых групп у больных алкоголизмом с 7 и 8 типами актуального смыслового состояния («продуктивные типы» АСС) ниже, чем при других типах АСС, выраженность реактивных образований, но выше показатели по всем другим типам психологических защитных механизмов. Общая напряженность системы психологических защит также выше, чем в группе больных полинаркоманией.

Таблица 2.

Выраженность психологических защит в группе больных алкоголизмом с разными типами АСС

Показатели психологических защит	ип 1 (n=26)	Тип 3 (n=10)	Тип 4 (n=1)	Тип 5 (n=6)	Тип 7 (n=4)	Тип 8 (n=5)
Реактивные образования	3,1	38,0	40,0	45,0	20,0	22,0
Отрицание	1,3	49,5	45,0	67,8	65,3	64,8

Замещение	3,5	34,0	30,0	40,0	37,5	52,0
Регрессия	7,6	47,8	64,0	50,5	68,5	62,8
Компенсация	1,9	32,0	30,0	31,7	47,5	44,0
Проекция	2,5	55,5	58,0	52,5	62,0	62,4
Вытеснение	6,5	33,0	50,0	50,0	62,5	78,0
Рационализация	5,3	55,6	50,0	70,5	64,5	65,8
Общий уровень напряжения	6,0	42,0	45,0	50,0	49,3	49,6

Таблица 3.
Выраженность психологических защит в группе больных полинаркоманией с разными типами АСС

Показатели психологических защит	**Т ип 1 (n=25)**	**Т ип 3 (n=12)**	**Т ип 4 (n=1)**	**Т ип 5 (n=8)**	**Т ип 7 (n=1)**	**Т ип 8 (n=2)**
Реактивное образование	32,8	48,3	20,0	36,3	30,0	45,0
Отрицание	52,2	66,8	45,0	65,3	54,0	63,0
Замещение	49,2	49,2	50,0	45,0	50,0	25,0
Регрессия	65,5	66,1	58,0	52,9	29,0	29,5
Компенсация	50,8	35,8	60,0	46,3	60,0	55,0
Проекция	59,6	61,6	50,0	47,5	66,0	75,0
Вытеснение	47,2	60,0	50,0	50,0	60,0	45,0
Рационализация	61,8	58,8	75,0	64,4	33,0	58,0
Общий уровень напряжения	51,5	55,1	52,0	50,6	46,0	45,5

В группе больных полинаркоманией у респондентов с 7 и 8 типами актуального смыслового состояния, наоборот, общая напряженность психологических защит ниже, чем при других типах АСС. При этом у типа 8 АСС происходит заметное повышение выраженности проекции (M=75), снижение по замещению (M=25) и снижении по регрессии (M=29,5). Корреляционный анализ Пирсона показывает, что напряженность указанных психологических защит значимо коррелирует со стажем полинаркомании: замещение (r=0,26), регрессия (r=0,23), компенсация (r=0,28), как и общий уровень напряженности психологических защит (r=0,33). Следует отметить, что

именно по регрессии и замещению в целом по выборке обнаруживается нарастание выраженности психологических защит, как в зависимости от самого факта полинаркомании (в сравнении с алкоголиками), так и в зависимости от ее стажа.

Заключение. Все вышесказанное, позволяет говорить о типе актуального смыслового состояния как о механизме совладания (защиты) при наркомании. Может быть выделено как минимум две стратегии совладания, в зависимости от работы механизмов осмысления и психологических защит при полинаркомании:

1) «типичное» совладание характеризуется относительно низкой осмысленностью, непродуктивными типами АСС с нарастанием напряженности защит, особенно замещения, регрессии и компенсации;

2) «атипичное (смысловое)» совладание характеризуется относительно высокой осмысленностью, продуктивными типами АСС, нарастанием напряженности проекции как защитного механизма при общем снижении напряженности психологических защит.

Литература / References

1. Богданова М.В., Беседина Е.В. Деформация системы психологических защит как фактор формирования и поддержания аддиктивного поведения. // Вестник Тюменского государственного университета. – 2011. – № 9. – С. 207–215.

2. Корчагин О.Н., Чирков Д.К. Синтетические наркотики в России как реальная угроза национальной безопасности / О.Н. Корчагин, Д.К. Чирков. – Текст: непосредственный // Актуальные проблемы экономики и права. – 2018. – № 3(86).

3. Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика. – М.: Класс, 1998. – 480 с.

4. Моросанова В.И. Личностные аспекты саморегуляции произвольной активности человека // Психологический журнал. 2002. Т. 23. № 6.

5. Налчаджян А.А. Психологические защитные механизмы // Самосознание и защитные механизмы личности: хрестоматия. Самара: Издательский дом «БАХРАХ-М», 2006. 656 с.

6. Психологическая диагностика индекса жизненного стиля: Пособие для психологов и врачей. / Под ред. Л. И. Вассерман, О. Ф. Ерышев, Е. Б. Клубова, Н. Н. Петрова, И. Г. Беспалько, М. А. Беребин, М. И. Савельева, Л. М. Таукенова, А. В. Штрахова, Т. А. Аристова, И. М. Осадчий. СПб, 2005.

7. Позднякова М.Е., Брюн В.В. Новые тенденции наркотизации как риски социального характера // Вестник Института социологии. – 2018. – № 24. – С. 115-139.

8. Романова Е.С., Гребенников Л.Р. Механизмы психологической защиты. Генезис. Функционирование. Диагностика. Мытищи: Талант, 1996, 144с.

9. Федоров А.В. Наркотизм и наркопреступность // Наркоконтроль. – 2018. – № 4. – С. 3-12.

10. Федоров А.В. Наркопреступность периода пандемии // Наркоконтроль. – 2020. – № 3. – С. 6-9.

11. Федоров А.В. Допинг и наркотики // Наркоконтроль. – 2017. - № 2(47). – С. 10-21.

12. Шабанов П.Д., Штакельберг О.Ю. Наркомании: патопсихология, клиника, реабилитация. 2-е изд., перераб. и доп. / под ред. А.Я. Гриненко. СПб.: Лань, 2001. 464 с.

Т.К. РОЗЕНТАЛЬ И ЕЕ РОЛЬ В ИСТОРИИ ДЕТСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ПСИХОАНАЛИЗА В ПЕТРОГРАДЕ

Л.Р. Кадис
БФ «Центр святителя Василия Великого»
Россия, Санкт-Петербург

Аннотация. В статье кратко изложены сведения о жизни российского психоаналитика Татьяны Конрадовны Розенталь (1884-1921). По материалам неопубликованных докладов анализируется вклад специалиста в развитие клинической психоаналитической работы с пациентами детского возраста в Петрограде. Подчеркивается значение Т.К. Розенталь как одного из первых отечественных специалистов в области детского психоанализа.

Ключевые слова: Т.К. Розенталь, детский психоанализ, Воспитательно-клинический институт для нервно - больных детей, сексуальное воспитание, психоаналитическая профилактика.

T.K. ROSENTAL AND HER ROLE IN THE HISTORY OF CHILD MEDICAL PSYCHOANALYSIS IN PETROGRAD

Kadis L.R.
St. Basil the Great Centre
Russia, Saint Petersburg

Abstract. The article briefly describes the life of Tatiana Konradovna Rosenthal (1884-1921), a Russian psychoanalyst. Her contribution to the development of clinical psychoanalytic work with pediatric patients in Petrograd is analyzed on the basis of her unpublished reports. The importance of T.K. Rosenthal as one of the first Russian specialists in the field of child psychoanalysis is emphasized.

Keywords: T.K. Rosenthal, child psychoanalysis, The Educational and Clinical Institute for Children with Nervous Diseases, sexual education, psychoanalytic prevention.

История российского психоаналитического движения по-прежнему имеет множество «белых пятен». Немало имен и трудов, биографических фактов и открытий остаются неизвестными. Пользуясь метафорой З.Фрейда, сравнивавшего разработанный им метод с археологией, можно констатировать, что к настоящему времени изучен лишь «поверхностный слой» истории становления отечественного психоанализа, глубинные же пласты еще ждут тщательного исследования.

Одной из персоналий, судьбы которых были окутаны забвением, до недавнего времени была и Татьяна Розенталь[1]. Татьяна Конрадовна (Хонелевна) Розенталь родилась в 1884 году в Минске. С серебряной медалью она окончила Виленское Мариинское высшее женское училище, а затем получила звание домашней наставницы по французскому языку. Избрав своей профессией врачевание, Розенталь отправилась в Европу, где была вольнослушательницей в ряде университетов. В 1902 году Татьяна Конрадовна поступила на медицинский факультет в Цюрихе. После получения степени доктора медицины она прошла испытание в Императорском Томском университете и в ноябре 1909 года была удостоена звания лекаря с отличием.

Все последующие годы были связаны с работой в петербургских лечебных учреждениях: три года она исполняла обязанности ординатора клиники душевных и нервных болезней Императорской военно-медицинской академии, руководимой В.М. Бехтеревым, в течение нескольких лет вела частный прием, с 1915 по 1919 работала в Городском лазарете № 193 и нервном отделении открывшегося на его месте Физиотерапевтического института. Начиная с 1919 года Т.К. Розенталь являлась заведующей Амбулаторией и лабораторией психотерапии в Институте по изучению мозга и психической деятельности.

1 Биография излагается по книге автора [2]; ссылки на архивные документы опущены.

Несмотря на длительное отсутствие как в отечественной, так и в зарубежной историографической литературе детализированного жизнеописания Розенталь, многими исследователями подчеркивалась та особая роль, которую она сыграла в развитии российского психоанализа. Так, Д. Рождественский заявляет, что «после смерти Т.К. Розенталь Петроград погружается в психоаналитическое забвение» [3, с. 110]. Несмотря на преувеличенный характер этого утверждения, Розенталь действительно внесла большой вклад в становление психоаналитической практики в Петрограде. Наряду с более известной коллегой, Сабиной Шпильрейн, Татьяна Розенталь относится к первым российским детским психоаналитикам.

Детский медицинский психоанализ стал активно развиваться в России после Октябрьского переворота. Уже в первые постреволюционные годы система здравоохранения столкнулась с такими проблемами, как количественный рост и качественное утяжеление явлений беспризорности и детско-подростковой диссоциальности, увеличение частоты психогенных вариантов дизонтогенеза и сексуальных аномалий в детской популяции. Они требовали безотлагательных мер, разработка которых была возложена на педологию, комплексную науку о ребенке.

М.Я. Басов, один из основоположников педологии в СССР, определял эту науку как «синтез всего того, что составляет существенные результаты отдельных научных дисциплин, изучающих развивающегося человека каждая со своей стороны» [1, с. 18]. Психоанализ с его центральной концепцией онтогенеза, акцентом на значении раннего опыта в формировании здоровой и больной личности и интересом к эволютивным механизмам психопатологии не мог не привлечь внимания советских ученых и практиков в качестве одной из таких дисциплин. В течение нескольких лет (1924-1927) были переведены на русский язык и изданы крупнейшие клинико-ориентированные работы по детскому психоанализу: «Из истории одного детского невроза» З. Фрейда (в сборнике трудов «Психоанализ детских неврозов»), «Развитие одного

ребенка» Мелани Кляйн, «Психоанализ в школе» Джорджа Грина, собрание статей нескольких видных аналитиков «Психоанализ детского возраста» (все четыре книги - в знаменитой «Психологической и психоаналитической библиотеке» профессора И.Д. Ермакова), «Введение в технику детского психоанализа» Анны Фрейд (в одесской серии книг «Вопросы теории и практики психоанализа»), «Новые пути к познанию детского возраста» Гермины Хуг-Хельмут. Эти публикации стали источником новых знаний о ребенке, которые должны были применять в своей повседневной деятельности педологи, педиатры, психоневрологи и педагоги. Развернувшуюся практическую психоаналитическую работу в педопсихиатрии отличала выраженная социальная направленность - предполагалось, что она станет одним из средств создания здоровых «человеческих единиц» нового общества.

Академик В.М. Бехтерев, организатор и вдохновитель едва ли не всей сети петроградских психоневрологических учреждений, стоял у истоков и одной из первых специализированных детских психиатрических клиник - Воспитательно-клинического института для нервно-больных детей. Именно в нем начиная с 1919 года вплоть до своей смерти трудилась старшим (по современной «номенклатуре» - главным) врачом Татьяна Розенталь.

Учреждение предназначалось для невропатов - имеющих конституциональные аномалии нервнопсихической деятельности, а также больных неврозами, то есть таких категорий детей, которым не находилось места в существовавших на тот момент медицинских заведениях. Отличным от традиционного был и сам подход к организации лечебной деятельности Института: собственно медицинская помощь сочеталась с педагогическим воздействием, причем последнее ставилось во главу угла. Сам Бехтерев рассматривал свое детище как «учреждение в основе своей прежде всего воспитательское». На учреждение возлагалась психопрофилактическая функция: по мнению академика, в работе с нервными детьми «воспитание играет исключительно большую роль: ребенок с неуравновешенной нервной

системой представляет собой материал, который при неблагоприятных условиях воспитания вырабатывает тот кадр дефективных детей, со стойкими антисоциальными навыками, которые классифицируются как трудновоспитуемые, морально дефективные и т. п.» [2, с. 33-34].

Работая в Институте, Т.К. Розенталь имела возможность на практике проверить справедливость фрейдовского учения о психическом развитии, а также применить технику детского психоанализа в условиях специализированного врачебно-воспитательного заведения. Этот опыт позволил Розенталь принять участие в работе Совещания по вопросу о сексуальном воспитании, проведенного в 1919 году Научно-медицинским отделом Комиссариата народного просвещения Союза коммун Северной области.

В своем докладе (к сожалению, неопубликованном) автор высказывает ряд принципиальных положений, на которых должна быть построена сексуальная педагогика. Первоначальной задачей в этом деле является, по мнению Розенталь, профилактика преждевременной активизации сексуального влечения. Здесь она напрямую апеллирует к классическим положениям психоанализа: «Ребенок с самого раннего детства... может испытывать чувства удовольствия, связанные с общими телесными ощущениями, исходящими от кожных покровов или от слизистых оболочек (например, сосание пальца). При неосторожности ухода за ребенком, при чрезмерном раздражении можно обострить эти ощущения. Насколько эти наблюдения Фрейда применимы ко всем детям или ограничиваются детьми с конституциональной половой гиперстезией, не проверено». Это положение является очевидной отсылкой к психоаналитическому учению об инфантильных эрогенных зонах, и, несмотря на финальное замечание Розенталь, сам характер рекомендации предполагает, что автор разделяет воззрения венского ученого. Как прогрессивный ученый, она полагала, что на вопросы, касающиеся деторождения, «родители прямо должны ответить детям, что ребенок рождается из живота матери, и, не внушая

ребенку новых вопросов, правдиво отвечать на самопроизвольно у него появляющиеся» [2, с. 36]. Такое суждение находится в полном согласии с более ранним фрейдовским высказыванием: «Я не думаю, что есть хоть одна причина отказывать детям в предоставлении информации, которую они жаждут узнать» [5, S. 25].

Любопытно, что в более поздних работах российских психоаналитиков 20-х годов (Р. Авербух, В. Шмидт) повторяются многие тезисы Розенталь: о целесообразности правдиво отвечать на расспросы детей относительно половой жизни, нежелательности пребывания ребенка в постели родителей и необходимости соблюдения меры в физических ласках по отношению к ребенку, вредных последствиях запугивания мастурбирующих детей, сексуализирующем влиянии телесных наказаний и т. д. Ее идеи относительно полового воспитания предвосхитили будущие поиски советских исследователей. Следует подчеркнуть, что доклад Розенталь явился, по-видимому, первой попыткой отечественных авторов построить программу сексуального воспитания, основанную на психоаналитической теории.

На I Всероссийском съезде деятелей по борьбе с детской дефективностью, проходившем под эгидой Медико-педагогической консультации Наркомпроса в конце июня – начале июля 1920 года, Т.К. Розенталь сделала два сообщения - «Психоанализ и педагогика» и «Типы приютов для трудноисправимых подростков старшего возраста», однако в материалах съезда опубликованы они не были. Эти тексты считались утраченными, однако автору статьи удалось разыскать тезисы первого доклада, обозначенные несколько иначе - «Психоанализ во врачебной педагогике». В этой работе Розенталь подчеркивала значение детских переживаний, в которых «большое место занимают бессознательные процессы», и при этом отмечала, что «знание процессов отреагирования, вытеснения и сублимации эмоций и аффектов у нормального и нервного ребенка необходимо для педагога» [2, с. 39]. По ее мнению, выявляя психические конфликты, психоанализ позволяет

установить механизмы истерических и навязчивых состояний у детей. Для своего времени работа Розенталь была новаторской, так как отражала первый отечественный опыт систематического лечения и воспитания детей, основанного на принципах психоанализа и проводимого в государственном учреждении.

Подчеркиваемая некоторыми исследователями [4, p. 18; 6, p. 108] преемственность в деятельности Татьяны Розенталь и Веры Шмидт, другой знаменательной фигуры в истории советского психоанализа, организовавшей впоследствии психоаналитические наблюдения в московском Детском доме-Лаборатории, оказывается лишь внешней. В отличие от московского «младшего брата», учреждения экспериментального типа, Воспитательно-клинический институт решал сугубо прагматические врачебно-педагогические задачи. Эта практическая ориентированность отличала также и деятельность Розенталь.

Несмотря на профессиональные успехи и признание, счастье Татьяны Розенталь оказался недолгим: уже в 1921, после ареста мужа сотрудниками Петроградской чрезвычайной комиссии, измученная жизненными разочарованиями и ударами судьбы, она лишила себя жизни. Ее научное наследие оказалось невелико по ряду объективных и субъективных причин, во многом, в силу особенностей эпохи, не благоприятствовавших размеренной научной рефлексии. И тем не менее теперь мы можем оценить масштаб личности Т.К. Розенталь - пионера российского детского психоанализа и первого отечественного специалиста, практиковавшего психоаналитическую терапию и психопрофилактику не в тиши частного кабинета, а в условиях клиники.

Литература / References

1. Басов М.Я. Общие основы педологии. 2-е изд., испр. и доп. М.—Л.: Государственное издательство, 1931. 802 с.

2. Кадис Л.Р. «Я молода, я живу, я люблю…»: Трагедия Татьяны Розенталь. Ижевск: ERGO, 2018. 147 с.

3. Рождественский Д. Психоанализ в российской культуре. СПб.: Восточно-Европейский институт психоанализа, 2009. 169 с.

4. Achilli E. La censura cae sobre las primeras psicoanalistas de niños: Hermine von Hug-Hellmuth, Sabina Spielrein, Eugénie Sokolnicka, Ada Scott y Tatiana Rosenthal // Controversias en Psicoanálisis de Niños y Adolescentes. 2016. № 19. P. 13-20.

5. Freud S. Zur sexuellen Aufklärung der Kinder (Offener Brief an Dr. M. Fürst) // Freud S. Gesammelte Werke / hg. von A. Freud. Bd. 7. London: Imago, 1941. S. 19-27.

6. Orellana R.V., Ruiz A.S.-B. Sabina Spielrein, la primera mujer que enriqueció la teoría psicoanalítica // Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2003. Vol. 22. № 85. P. 107-122.

ПРИМЕНЕНИЕ ПЕСОЧНОЙ ТЕРАПИИ В ДИАГНОСТИКЕ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ДЕТЕЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ ОПАСНЫХ ПРОФЕССИЙ

А.Ю. Киворкова, А.Г. Соловьев
ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Архангельск

Аннотация. В статье рассмотрен опыт применения песочной терапии с целью диагностики эмоционального состояния детей представителей опасных профессий.

Ключевые слова: дети лиц опасных профессий, семейная психология, песочная арт-терапия, психологическая диагностика.

SAND THERAPY USING IN EMOTIONALCHARACTERISTICS DIAGNOSIS OF DANGEROUS PROFESSIONS REPRESENTATIVES' CHILDREN

Kivorkova A.Yu., Soloviev A.G.
Northern State Medical University, Arkhangelsk, Russia

Abstract.The article discusses the experience of using sand therapy diagnosis of dangerous professions representatives' children.

Keywords: dangerous professions representatives' children, family psychology, sand art therapy, psychological diagnostics.

Арт-терапия относится к одному из ведущих направлений в психологической коррекции ;с помощью ее можно успешно разрабатывать и реализовывать реабилитационные и коррекционные программы, хорошо подходит и для диагностики психического состояния. Впервые арт-терапевтический метод, как опыт игры с песком, был описан Маргарет Лоуенфельд - доктором-педиатром, работающей с детьми в Лондонском институте детской психологии. Она использовала две цинковых емкости - одну с песком и другую - с водой, а также формочки для игры с песком. Это было вполне объяснимо: песок и вода «способны очищать» человека от негативных эмоций [7]. Маленькие пациенты применяли их для создания различных образов и конфигураций своего собственного мира фантазий. Игрушки для игры с песком и водой помещались в коробке, и дети, приходившие в институт, называли эту коробку «Мой мир», так и родилась техника «Построения мира» [5].

Технологии песочной психотерапии (ПТ) многофункциональны. Занятия ПТ дают ответы на многие вопросы родителей, касающиеся внутреннего эмоционального мира их ребенка, позволяют раскрыть и увидеть истинные причины конфликтов, страхов, а в дальнейшем и провести коррекцию. Методика ПТ позволяет практикующим психологам одновременно решать диагностические и коррекционные вопросы, задачи развития и терапии [3].

В процессе сеанса пациенты прорабатывают различные психологические проблемы, касающиеся как межличностных взаимоотношений, так и внутренних конфликтов. Работа с песком идеально моделирует проблемные ситуации, создавая при этом невидимый мост, как между

пациентами и психологом, так и между детьми и родителями, способствуя недирективному сближению [6].

В условиях современной политической нестабильности увеличивающегося числа вооруженных конфликтов и террористических актов во всем мире актуальность вопросов разработки и внедрения программ, направленных на повышение адаптивной способности ближайшего семейного окружения военнослужащих приобретает все большую значимость [8]. Отличительной особенностью эмоционального состояния детей представителей опасных профессий является наличие очень высокой тревожности, связанной с ожиданием опасности и страхом потери кормильца, его увечья. Детско-родительские отношения в семьях военнослужащих нередко основаны на ограничении, подавлении со стороны отцов, в большинстве семей они строятся по типу «авторитарной гиперсоциализации». В связи с частым отсутствием отца в доме, характерной чертой в семьях военнослужащих является выраженная привязанность детей к матери. Такие особенности воспитания также способствуют росту тревожности у детей и снижению уровня социальной адаптации [4]. С учетом личностных особенностей самих представителей опасных профессий и членов их семей [1], которые заключаются в сложности вербализации эмоций, подбираются максимально комфортные коррекционные методики. Именно поэтому ПТ может использоваться независимо от языка, культуры, возраста и уровня развития пациентов. Более того, избыток слов, попытки интеллектуализировать проблему, зачастую могут препятствовать терапевтическому продвижению [6].

На основании вышеизложенного **целью** настоящего исследования явилось обоснование применения у детей представителей опасных профессий методики ПТ для диагностики эмоционального состояния.

Материал и методы. В исследование были включены 78 детей в возрасте от 10 до 16 лет, профессиональная деятельность отцов которых была связана с пребыванием в различных экстремальных ситуациях. Обследование

проводилось по инициативе матерей, на момент первичной консультации предъявлявших жалобы на эпизоды агрессивных реакций у детей, зачастую проявляющихся в форме вербальной агрессии в криках, угрозах, оговорах, чередующихся с выраженным утомлением на фоне увеличения учебной нагрузки; дети характеризовались признаками школьной и социальной дезадаптации. Все пациенты прошли диагностическое исследование методом ПТ: реабилитационный курс включал в себя 10-14 сеансов в течение 14-18 дней; каждый сеанс состоял из 6-10 попыток. Терапия песочными фигурками проводилась в форме индивидуальных сеансов ПТ. Продолжительность одного занятия варьировалась от 25 до 40 мин. в зависимости от возраста ребенка и была достаточной для стабилизации психо-эмоционального состояния и обновления его потенциальных возможностей.

Результаты и обсуждение. Диагностический сеанс ПТ начинался на первой консультации с задания создать «Несуществующую страну» с использованием наиболее привлекательных игрушек, что давало возможность определить, увидеть в самой ее постройке эмоциональное состояние ребенка, выявить бессознательные психические процессы, так как при беседе с психологом детям не всегда легко было выразить словами то, что их волновало и беспокоило. ПТ– это инструмент, который не только позволял детям выражать типичный и глубоко личный мир, но и соединял их внутренние представления с внешней каждодневной действительностью [2].

Важным моментом в ПТ являлся факт использования в ней миниатюрных фигурок и других различных предметов. Для проведения сеансов ПТ все игрушки были размером не более 8 см и позволили пациентам отразить различные аспекты жизни: фигурки людей (разного возраста и профессий), причем как реальных, так и воображаемых; фигурки животных – домашних, диких, мифических; игрушечные здания и мебель: дома, детали интерьеров, бытовая техника; соединяющие игрушки: лестницы, веревки, камни, дороги, мостики; транспорт: машинки, самолеты, поезда, лодки; растительность:

деревья, цветы, кусты; разные вещи: пуговицы, крышечки, монетки и др. После выбора пациента эти фигурки в произвольном порядке помещались в песочницу. Размещать их можно было как угодно: в один ряд, по кругу, в разных концах песочницы и так далее. Фигурки соединяли дорожки (связи между объектами) - «следы», сделанные пальцами.

Когда картина была завершена, начиналась ее интерпретация. Терапевтический эффект достигался уже на этапе размещения игрушек. Техника «Несуществующая страна» помогала быстро выявить - что беспокоит ребенка в данный отрезок времени и что беспокоило его в прошлом, а также давала возможность в ходе игры найти выход из различных кризисных ситуаций. В процессе сеанса проговаривались тревоги, переживания, конфликтные ситуации, которые дети часто не могли ясно сформулировать в обычной беседе. Сеансы сопровождались спокойной музыкой, в некоторых случаях требовалось сохранение полной тишины. Это зависело от возрастных, личностных особенностей, а также от эмоционального состояния каждого ребенка.

Во время сеансов, строя разнообразные сюжеты, ребенок мог проигрывать различные трудности в своей жизни. Например, сложности в общении с детьми, нерешительность или свои страхи. При проведении методики эмоции от того или иного сюжета, продукта деятельности у каждого ребенка были свои, и основаны они были на пережитом опыте, ассоциациях и собственной эмоциональной базе восприятия мира. Диагностика включала в себя оценку структуры «Несуществующей страны» - персонажи, город и дом, где жил сам пациент и т.д. Выявлялись особенности семейной атмосферы - наличие места в «Несуществующей стране», где проживает ребенок, а также присутствие/отсутствие и деятельность членов семьи. Оценивалось - какие из представленных на выбор фигурок были выбраны в качестве того или иного представителя семьи и их расположение относительно самого ребенка.

По сложности и функциональности строений в «Несуществующей стране» выявлялись особенности развития мыслительных процессов.

Заключение. Диагностика личностных особенностей детей представителей опасных профессий, а также определение их места в системе детско-родительских отношений с применением методики «Несуществующая страна» имеет большое практическое значение, так как выявление и своевременная коррекция этих особенностей оказывают влияние на формирование личностных особенностей детей.

Диагностируя проблемные сферы пациентов при помощи психологических опросников, были получены результаты, подтверждающие данные, выявленные в процессе проведения методики «Несуществующая страна». Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что включение в реабилитационные программы ПТ детей представителей опасных профессий позволяет достичь ряда положительных эффектов: стабилизировать эмоциональное состояние, выработать усидчивость, повысить способность к концентрации внимания, снизить уровень тревожности, повысить самооценку. Включение на начальном этапе реабилитационного курса диагностической методики «Несуществующая страна» позволяет смоделировать различные ситуации, погружаясь в которые, формируется индивидуальный способ преодоления напряжения, способствующий развитию саморегуляции, что значительно облегчает дальнейшее проведение сеансов психологической коррекции и психотерапии детям представителей опасных профессий.

Литература / References

1. Ичитовкина Е.Г., Злоказова М.В., Соловьев А.Г.Влияние личностных и психосоциальных характеристик на развитие пограничных психических расстройств у комбатантов министерства внутренних дел // Вестник психотерапии. - 2011. - № 37 (42). - С. 56-68.

2. Киселева М.В. Арт-терапия в работе с детьми: Руководство для детских психологов, педагогов, врачей и специалистов, работающих с детьми. – СПб: Речь, 2006. – 160 с.

3. Киселева М.В. Арт - терапия в практической психологии и социальной работе. – СПб: Речь, 2007. – 336 с.

4. Локтаева С.А. Проявление личностных свойств детей при различных типах детско-родительских отношений в семьях профессиональных военнослужащих //Вестник РУДН. – 2010.– № 4. – С. 94-99.

5. Попов Т. Терапия песочными фигурами – эффективный и многообещающий метод арт-терапии // Вестник по педагогике и психологии Южной Сибири.– 2013. –№3.–С. 108-117.

6. Сакович Н.А. Технология игры в песок. Игры на мосту. – СПб, 2006. -432 с.

7. Сапожникова О.Б. Гарнова Е.В. Песочная терапия в развитии дошкольников. – М.: ТЦ Сфера, 2017. – 64 с.

8. Соловьев А.Г., Киворкова А.Ю. Применение биоповеденческой терапии в медико-психологической реабилитации членов семей лиц опасных профессий // Медицина катастроф. – 2017. – № 4. – С.26-30.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ МЕДИЦИНСКОГО ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯ НА НАЛИЧИЕ МЕДИЦИНСКИХ ПРОТИВОПОКАЗАНИЙ К ВЛАДЕНИЮ ОРУЖИЕМ

Кирина Ю.Ю.[1], Никитин П.И.[1], Вострых Д.В.[1], Лопатин А.А.[2], Селедцов А.М.[2]

[1]ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер имени профессора Н.П. Кокориной», Россия, г. Кемерово

[2]Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Аннотация. В статье отражены основные проблемы при проведении наркологического медицинского освидетельствования при определении противопоказаний к владению оружием, предложены варианты их решения.

Ключевые слова: медицинское освидетельствование, медицинские противопоказания к владению оружием, наркологические расстройства.

TOPICAL ISSUES OF NARCOLOGICAL MEDICAL EXAMINATION FOR THE PRESENCE OF MEDICAL CONTRAINDICATIONS TO THE POSSESSION OF WEAPONS

Kirina Yu.Yu.[1], Nikitin P.I.[1], Vostrykh D.V.[1], Lopatin A.A.[2], Seledtsov A.M.[2]
Kuzbass clinical narcological dispensary named after Professor N.P. Kokorina, Russia, Kemerovo
Kemerovo State Medical University of the Ministry of Health of Russia, Russia, Kemerovo

Abstract. The article reflects the main problems during the narcological medical examination in determining contraindications to the possession of weapons, and offers solutions to them.

Keywords: medical examination, medical contraindications to the possession of weapons, narcological disorders.

На сегодняшний день наркологический медицинский осмотр (освидетельствование) граждан на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием осуществляется в соответствии с приказом Министерства Здравоохранения Российской Федерации от 30.06.2016 № 441н «О порядке проведения медицинского освидетельствования на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием и химико-токсикологических исследований наличия в организме человека наркотических средств, психотропных веществ и их метаболитов». Данный Порядок требует актуализации и дополнений.

Подготовлено несколько проектов приказа «О порядке проведения медицинского освидетельствования на наличие медицинских противопоказаний

к владению оружием, в том числе внеочередного, форме и порядке оформления медицинских заключений по его результатам». Проекты находятся на стадии обсуждения, принимаются предложения по данному проекту.

Считаем целесообразным обратить внимание на некоторые моменты:

1) Психиатрическое освидетельствование, медицинский осмотр врачом психиатром-наркологом и химико-токсикологические исследования (далее – ХТИ) должны осуществляться в специализированных организациях государственной и муниципальной систем здравоохранения по месту жительства (пребывания) гражданина Российской Федерации, проходящего медицинское освидетельствование. В данный пункт (либо отдельный) следует добавить: «граждане проходят медицинское освидетельствование по месту регистрации либо по месту пребывания, но с предоставлением сведений из специализированных медицинских организаций (психиатрического и наркологического диспансеров) по месту постоянной регистрации об отсутствии наблюдения (учета) у врачей-специалистов».

2) Каким образом регистраторам информировать освидетельствуемого о перечне медицинских осмотров: в устной форме или разработать информированное согласие на проведение медицинского освидетельствования?

3) По заявлению освидетельствуемого ему выдается выписка о результатах медицинского освидетельствования (далее – выписка) в одном экземпляре, однократно. Заявление освидетельствуемого о предоставлении выписки о результатах медицинского освидетельствования в письменной форме или в устной в момент регистрации? Какая выписка предоставляется – в виде заключений всех специалистов и результатов исследований или дубликат заключения об отсутствии противопоказаний к владению оружием в произвольной форме? Выписка выдается однократно – как быть в случаях повторного обращения граждан за выписками?

4) Отбор биологического материала и ХТИ биологического объекта (мочи) включают подтверждающие ХТИ, направленные на идентификацию в

образцах биологических жидкостей человека наркотических средств, психотропных веществ и их метаболитов в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 27.01.2006 № 40 «Об организации проведения химико-токсикологических исследований при аналитической диагностике наличия в организме человека алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ». В данном пункте не указан перечень веществ, с целью определения которых необходимо проведение ХТИ. Учитывая высокую стоимость исследования и проведение обследования за счет средств граждан, необходимо установить перечень наркотических средств, психотропных веществ и их метаболитов как цель исследования.

5) В случае отсутствия по результатам ХТИ в образце биологического объекта (моче) наркотических средств, психотропных веществ и их метаболитов врачом психиатром-наркологом оформляется медицинское заключение об отсутствии в организме человека наркотических средств, психотропных веществ и их метаболитов. Указанное медицинское заключение формируется врачом психиатром-наркологом в форме электронного документа, подписанного с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи медицинского работника и медицинской организации. Результаты ХТИ вносятся в медицинскую карту пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях. Каким образом вносятся результаты ХТИ, справки по результатам осмотров врачей-специалистов в амбулаторную карту, если само заключение формируется в виде электронного документа? Как и кому передаются электронные заключения по результатам медицинских осмотров врачей-специалистов и ХТИ для оформления общего заключения медицинского освидетельствования об отсутствии медицинских противопоказаний к владению оружием?

6) Какой срок действия результатов ХТИ на определения психоактивных веществ и их метаболитов? Возможно, ли использовать

результаты ХТИ при повторном обращении в течение года с целью прохождения медицинского освидетельствования на владение иными видами оружия при оформлении лицензии и/или при прохождении медицинского освидетельствования на наличие медицинских противопоказаний к исполнению обязанностей частного охранника?

7) В случае выявления у освидетельствуемого в ходе проведения медицинского освидетельствования в образце биологического объекта (моче) наркотических средств, психотропных веществ и их метаболитов, психиатрического освидетельствования, осмотров врачом психиатром-наркологом, врачом-офтальмологом – симптомов и синдромов заболевания, при наличии которого противопоказано владение оружием, медицинская организация уведомляет об этом освидетельствуемого и оформляет сообщение о наличии оснований для внеочередного медицинского освидетельствования и об аннулировании действующего медицинского заключения об отсутствии медицинских противопоказаний к владению оружием (при его наличии). Какая из медицинских организаций оформляет сообщение о наличии оснований для внеочередного медицинского освидетельствования? Та, которая оформляла электронный бланк заключения медицинского освидетельствования или в которой специалист выявил противопоказания? В каком виде оформляется сообщение, есть ли утвержденная форма или в произвольном виде?

8) Каким образом проводить внеочередное медицинское освидетельствование, оформлять сообщение о наличии оснований для внеочередного медицинского освидетельствования, если заболевание, являющееся противопоказанием к владению оружием выявлено в ходе любого другого медицинского осмотра (освидетельствования), например, при медицинском освидетельствовании водителей (кандидатов в водители) транспортных средств, частных охранников, предварительном или периодическом осмотре отдельных категорий граждан для определения

допуска к работам и т.д.? Откуда в медицинской организации информация о наличии у гражданина допуска к владению оружием?

9) Следует определить объем дополнительных исследований при выявлении симптомов и/или синдромов наркологических расстройств при проведении осмотра врачом психиатром-наркологом.

Таким образом, медицинское освидетельствование граждан на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием в части наркологического медицинского осмотра требует пересмотра и внесения изменений на законодательном уровне.

ТРЕВОЖНОСТЬ ВО ВРЕМЯ ПАНДЕМИИ: НОРМАЛЬНАЯ РЕАКЦИЯ ИЛИ РАССТРОЙСТВО ПСИХИКИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Ю.Ю. Кирина, Г.В. Акименко, А.М. Селедцов
Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии
ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Аннотация. Исследования, проведенные в 2020 г. китайскими и британскими учеными свидетельствуют о негативных последствиях пандемии COVID-19 для психического здоровья населения, которые еще предстоит изучить и оценить. Однако уже в настоящее время очевидно, что для их понимания недостаточны опросы с использованием стандартных психологических инструментов. Авторы подчеркивают необходимость учета и качественного анализа всей полноты стрессовых воздействий в ситуации COVID-19 и предполагают дальнейший рост распространенности психических и соматических заболеваний.

Ключевые слова: коронавирус, пандемия, COVID-19, психическое здоровье, стресс, тревога, депрессия.

ANXIETY DURING PANDEMIC: NORMAL RESPONSE OR MENTAL DISORDER (LITERATURE REVIEW)

Kirina Yu.Yu., Akimenko G.V., Seledtsov A.M.
Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology
FSBEI HE «Kemerovo State Medical University» of the Ministry of Health of Russia, Russia, Kemerovo

Abstract. Research conducted in 2020 by Chinese and British scientists indicates the negative effects of the COVID-19 pandemic on the mental health of the population, which have yet to be studied and evaluated. However, it is already clear that surveys using standard psychological tools are not enough to understand them. The authors emphasize the need for accounting and qualitative analysis of the full range of stressful effects in the COVID-19 situation and suggest a further increase in the prevalence of mental and somatic diseases.

Keywords: coronavirus, pandemic, COVID-19, mental health, stress, anxiety, depression.

Введение. Мировое сообщество продолжает бороться против коронавируса SARS-CoV-2. Наука не умеет предсказывать последствия пандемий. Достаточно вспомнить истерию 80-х гг. XX в. со СПИДом. Практически начало Апокалипсиса было объявлено. Предсказывалось вымирание человечества к 2015 году.

В условиях пандемии люди столкнулись с целым рядом психологических проблемам. В их числе: виртуальная угроза и информационный, депривационный и социально - экономический стрессы.

Многие из наиболее серьезных угроз в настоящее время связаны с высокой степенью неопределенности. Исследования прошлых лет позволяют утверждать, что люди не желают идти на жертвы ради других, когда выгоды неопределенны. Можно констатировать тот факт что, неопределенность,

присущая инфекционным заболеваниям, создает идеальные условия для их распространения: принятие рискованных решений в социальных ситуациях.

В феврале 2021 г. научный журнал «The Lancet» опубликовал исследование о том, как изоляция влияет на психологическое состояние людей. Авторы провели анализ более двух десятков статей о последствиях карантина на ментальное здоровье, написанных во время или после известных мировых эпидемий (в частности, вспышки лихорадки Эбола в 2014 году, и SARS в 2003 году). В большинстве работ констатируется тот факт, что изоляция может привести к различным психологическим последствиям: от повышенного уровня тревожности, бессонницы и эмоциональной нестабильности до посттравматического синдрома (ПТСР) и депрессии.

Результаты пронализированных исследований нельзя полностью проецировать на текущую ситуацию, так как пандемия коронавируса впервые в истории привела к изоляции мирового масштаба. Ученым еще предстоит изучить этот исторический период и его влияние на психику людей.

Однако уже сейчас психологи наблюдают рост тревожности, суицидальных настроений, домашнего насилия, а также появление панических атак и эмоциональной дисрегуляции. Особенно тяжелые психологические последствия прогнозируют у людей, переболевших COVID-19.

При этом известно что, с одной стороны, SARS-CoV-2 способен оказывать непосредственное влияние на деятельность центральной нервной системы и таким образом вызывать соматогенные и органические расстройства эмоций, когнитивной сферы, сознания, а с другой стороны, пандемия создает риск широкого распространения нозогенных расстройств, являющихся следствием невозможности личности эффективно справиться со стрессом.

Информационное давление, которое оказывается сейчас на людей во всем мире в связи с эпидемией, чрезвычайно сильно, а психотравмирующий характер содержания информационных сообщений заслуживает самостоятельного изучения.

Информационное пространство переполнено противоречивыми сведениями о коронавирусе в разнообразных формах: репортажи, статистика, аналитика, прогнозы, комментарии, рекомендации, социальная реклама и так далее. Столь мощное и хаотичное информационное воздействие, безусловно, травматично для психики человека. Несколько лет назад американскими авторами был предложен термин headline stress disorder (стрессовое расстройство в связи с новостными заголовками) для обозначения расстройств психики под влиянием негативно эмоционально заряженной новостной информации (в 2016 году – это была информация, касающейся выборов президента в США).

Вполне вероятно, что тщательный анализ последствий информационного стресса в условиях пандемии позволит наполнить этот термин конкретным психологическим содержанием [2]. По-видимому, психические реакции при таком воздействии могут варьировать весьма широко - от тревоги и чувства вторжения в личное пространство до сложных дезадаптивных реакций. Так, уже описаны случаи суицидальных попыток как реакции на предполагаемый пациентом риск заражения коронавирусной инфекцией в отсутствие каких-либо признаков соматического недомогания [3]. Во всех этих случаях нозофобии самостоятельным компонентом выступала навязчивая озабоченность информацией о коронавирусе, представленной в СМИ.

Аналогично, в исследовании, включившем более 4 тыс. респондентов - жителей различных китайских провинций, была продемонстрирована взаимосвязь между частотой просмотра информации о COVID-19 в социальных медиа, с одной стороны, и выраженностью тревожных и тревожно-депрессивных проявлений - с другой [4]. И, несмотря на то, что вопрос ответственности СМИ за рост психических расстройств в условиях пандемии находится за рамками научного психологического анализа, необходимо отметить, что нынешняя ситуация служит дополнительным подтверждением

важности систематических исследований значения виртуальных стимулов угрозы в развитии психических расстройств.

Строгие карантинные меры, введенные в 180 странах в связи с пандемией коронавируса, являются беспрецедентными. Требование самоизоляции и иные ограничения, призванные предотвратить распространение инфекции, серьезно деформировали привычный жизненный уклад большинства граждан, затронув потребности разных уровней: от витальных до высших. Сужение пространства физической и социальной активности, иллюзорно компенсируемое доступностью сети Интернет, запускает системные адаптационные изменения в организме человека. Даже элементарная смена режима физической активности и питания вследствие перехода на работу в дистанционном формате способна вносить существенные возмущения в сферу психического состояния. И еще большие эффекты следует ожидать от блокирования многообразных социальных потребностей личности. Не случайно в интернет - пространстве приобрела особую популярность тематика самозанятости в условиях самоизоляции, что можно рассматривать как коллективную попытку выработки адаптационной стратегии. Однако есть основания предполагать, что не всегда данная стратегия оказывается эффективной, и значительную долю пребывающих в самоизоляции составляют лица с признаками расстройств адаптации и состояниями, пограничными между психической нормой и патологией [5].

Пандемия нанесла мощный удар по мировой экономике, затронув практически все ее отрасли [6]. Социально-экономический стресс, который переживает сегодня большинство граждан, складывается, с одной стороны, из общей озабоченности экономическими последствиями пандемии и ожидания экономического коллапса, а с другой стороны, из реальных финансовых трудностей и потери финансовой, профессиональной стабильности у значительной доли трудоспособного населения.

К счастью, оказывается, что существует другой, более эффективный способ передачи неопределенных угроз, таких как инфекционные заболевания. Когда подчеркивается неопределенность в отношении благосостояния человека – например, насколько другие могут пострадать от инфекции - люди стремятся предотвратить наихудший сценарий.

Теперь врачи говорят о всплеске психических нарушений как у перенесших коронавирусную инфекцию, так и у не перенесших ее. Тревожные расстройства, панические атаки и даже попытки сведения счетов с жизнью стали новыми «побочками» перенесенной инфекции. Кроме того, растет популярность когда-то редкого заболевания, которое называют «синдромом разбитого сердца» или стрессовой кардиомиопатие.

Например, стрессовая кардиомиопатия в доковидную эпоху была сравнительно редким заболеванием. А в результате организационных мер по преодолению эпидемии эта самая кардиомиопатия вполне может занять более высокую ступеньку в иерархии болезней человека.

Об этом уже заявили американские исследователи, которые опубликовали результаты своей работы в авторитетном медицинском издании «JAMA Network Open». По их данным, на фоне пандемии врачи существенно чаще стали сталкиваться с «синдром разбитого сердца» [7]. Проявления болезни схожи с симптомами инфаркта. Однако обычно люди выздоравливают через несколько дней или недель. Впрочем, иногда сердечная мышца не выдерживает нагрузки, и дело заканчивается летальным исходом.

Американские исследователи оценили количество пациентов кардиологическими патологиями в двух больницах штата Огайо. Ученые из Кливлендской клиники (Cleveland Clinic) сравнили статистику за весну 2020 года с показателями предыдущих двух лет. В исследовании были рассмотрены истории болезни почти 2 тысяч пациентов [8]. По их данным, распространенность «синдрома разбитого сердца» во время пандемии выросла примерно вдвое. При этом стрессовая кардиомиопатия стала гораздо чаще

встречаться у людей, которые не инфицированы коронавирусом. Ученые считают, что причиной роста заболеваемости стало увеличение давления стрессовых факторов – психологических, экономических, социальных [9].

Как отметил ведущий автор исследования, профессор Анкур Калра, пандемия создала сопутствующую нездоровую окружающую среду: «Эмоциональное дистанцирование – нездоровый феномен. Экономическое давление влияет на здоровье. Мы видим, как увеличивается количество некоронавирусных смертей, и наше исследование говорит, что стрессовая кардиомиопатия усугубляется из-за стресса, созданного пандемией» [10].

Очевидно, что число людей, нуждающихся в противострессовых мероприятиях и средствах, может быть больше числа людей, заболевших этой инфекцией. Потому, что кроме кардиомиопатии, стресс может быть причиной множества заболеваний. Стресс - это гораздо более опасная чума по сравнению с коронавирусом», - предупреждает доктор Кацалап [11].

Израильские врачи описали в «European Journal of Case Reports in Internal Medicine» историю 34-летнего пациента, который поступил на стационарное лечение по поводу коронавирусной инфекции, которая протекала у него относительно легко. Во время его госпитализации у него не было респираторного расстройства или лихорадки, однако он жаловался на тревогу и бессонницу. Несмотря на поддерживающую терапию, на 7 день госпитализации он предпринял попытку сведения счетов с жизнью. Авторы работы отмечают, что пациенты, инфицированные коронавирусом, могут испытывать страх перед болезнью, беспокойство за благополучие друзей и семьи. Все эти эмоции могут усугубляться лихорадкой, одышкой и слабостью, а также неблагоприятными последствиями терапии.

Исследования, проведенные после тяжелого острого респираторного синдрома (SARS) в 2003 году и вспышек Эболы в 2014 году, показали очень высокий уровень психологического стресса среди тех, кто был помещен в карантин. Некоторые госпитализированные пытались лишить себя жизни.

Авторы исследования рекомендуют обратить самое пристальное внимание на психическое здоровье пациентов с COVID [12].

Кроме того, в журнале «JAMA» вышла еще одна публикация - итальянских авторов, которые с 21 апреля по 29 мая наблюдали за 143 больными, которые перенесли ковид. По истечении 60 дней с начала первых симптомов (36 дней после выписки) только 18 пациентов из 143 (12,6%) полностью избавились от симптомов. У 46 человек (32%) сохранялись 1-2 симптома и у 79 (55%) 3 и более. Ухудшение качества жизни отмечали 63 пациента (44.1%) людей. Вот симптомы по частоте встречаемости: слабость (53,1%), одышка (43,2%), боль в суставах (27.3%), боль в груди (21.7%), а также кашель, потеря запахов, сухость глаз и слизистой рта, насморк, красные глаза, нарушение вкуса, головная боль, мокрота, потеря аппетита, першение в горле, головокружение, боли в мышцах, диарея [13].

«Реальные последствия эпидемии мы сможем оценить лишь позже, - считает практикующий психолог, член Ассоциации когнитивно-поведенческой психотерапии О.Н. Калягина. На данный момент полной картины того, как карантин и пандемия повлияли на психологическое состояние людей, нет. Члены психологических сообществ прогнозируют, что после окончания эпидемии число обращений к психологам вырастет, так как те обстоятельства, в которые мы сейчас попали, - реальная угроза вируса, отсутствие контроля, неопределенность, социальная изоляция, изменение привычного ритма жизни - идеальные условия для развития и усиления тревоги и депрессии» [14].

О.Н. Калягина отмечает, что в изоляции могут обостриться те психологические проблемы, которые существовали у человека раньше. И если он не находит способов с ними справиться, это может привести к возникновению депрессии и - в тяжелых случаях - даже к суициду: «Человек в депрессии видит будущее мрачным и безнадежным, а себя — беспомощным и никчемным. Сейчас в условиях пандемии у многих людей могут появляться мысли, что это никогда не закончится, ничем хорошим не обернется, что они не

в состоянии с этим справиться. И у некоторых это может спровоцировать зарождение мысли, что суицид - это единственный выход из сложившейся ситуации» [15].

Однако клинический психолог «Mental Health Center!, когнитивно-поведенческий терапевт Е. Смоленская считает, что однозначно говорить об изоляции как о причине вспышки психологических проблем по всему миру нельзя, так как все зависит от конкретного человека, от того, насколько устойчиво он себя чувствовал до карантина [16].

«Пандемия, карантин, изоляция однозначно приведут к вспышке психологических проблем по всему миру. Это уже имеет место быть, - отмечает Е. Смоленская. Но если мы говорим про конкретных людей, то далеко не у каждого при столкновении со столь серьезными изменениями в его жизни обязательно должна расстроиться психика. Это зависит от множества факторов: особенностей характера, наличия психических расстройств, ресурсов (финансового запаса, социальной поддержки и т.д.) и других. Какие-то факторы играют против человека - мы называем это «риск-факторы».

Например, наличие в анамнезе тревожного расстройства у конкретного человека увеличивает риск того, что в самоизоляции у него случится обострение. Другие факторы, наоборот, защищают (это факторы-протекторы); например, интроверт-программист, который и до того работал из дома, может практически и не заметить существенных изменений в своем образе жизни и психическом состоянии в связи с пандемией» [17].

Говоря о возможной вспышке суицидов, О.Н. Калягина отмечает, что в зоне риска находятся пожилые люди, оказавшиеся в полной изоляции, и мужчины среднего возраста, потерявшие работу и финансовую стабильность. Женщины, по словам психолога, тоже этому подвержены, но они статистически чаще обращаются к специалистам и находят иные способы решения проблем. На мужчину давят социальные стереотипы относительно их финансовой и личностной состоятельности: многим мужчинам с детства внушают, что они

должны много зарабатывать, быть кормильцами в семье, не проявлять слабость и не просить о помощи. В целом сейчас ситуация постепенно улучшается: мужчины начинают чаще обращаться за помощью к психологам. Но женщин [среди клиентов психотерапевтов] пока все равно больше», - объясняет О.Н. Калягина.

«У врачей, как и у любых других людей, есть слабые места»: с какими психологическими проблемами столкнулись врачи, работающие с COVID-19 [1]. Директор Центра когнитивной терапии, клинический психолог Яков Кочетков и его коллеги в Ассоциации когнитивно-бихевиоральных терапевтов запустили в апреле этого года программу психологической помощи врачам и медработникам, работающим с COVID-19. В программе - пять бесплатных консультаций с профессиональными психологами. За время распространения коронавирусной инфекции в России программой помощи воспользовались около 40 врачей и медработников. «У врачей, как и у любых других людей, есть слабые места. И есть целый ряд проблем, с которыми они столкнулись, работая с коронавирусной инфекцией, - рассказывает Я.Кочетков. - Чаще всего эти проблемы связаны с неорганизованностью самой системы: нехваткой средств индивидуальной защиты, давлением руководства, невыплатами денежных средств и так далее» [18]. По словам психолога, больше всего в этой ситуации страдают медработники-перфекционисты: «Представьте, человек, прекрасно выполнявший свою работу до этого, сталкивается с неопределенной ситуацией. Он не знает, что последует за его назначением. У человека с очень высоким уровнем ответственности за результат это может вызывать сильную тревогу и беспокойство. В результате врачи перестают спать, постоянно думают о работе, все время прокручивают в голове, с их точки зрения, ошибочные действия, которые на самом деле нельзя было предусмотреть. Кроме этого у них возникают проблемы с эмоциональной дисрегуляцией. Тяжелая работа, сильное давление с разных сторон, сильная усталость - все это вызывает вспышки гнева, раздражения» [19].

Специалисты при этом отмечают, что основная волна психологических проблем накроет людей позже. В частности, у врачей могут появиться признаки моральной травмы, к которой приводит участие или непредотвращение событий, происходящих против человеческих ценностей. У части пациентов, переживших COVID-19, может впоследствии развиться посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) или панические атаки: «В основном это коснется тех, кто попал в реанимацию или как минимум был госпитализирован, - подчеркивает Я. Кочетков.

Известно, чем тяжелее состояние пациента во время любого заболевания, тем хуже последствия. По данным исследований, более 30% людей, которые прошли в своей жизни через реанимацию, имеют посттравматическое стрессовое расстройство. Это очень высокая цифра. Поэтому общество можем ожидать, что у людей, переживших COVID-19, может вполне развиться ПТСР. Но даже у людей с менее тяжелой формой коронавирусной инфекции могут быть проявления, так называемого панического расстройства, проще говоря, панические атаки. Ковид зачастую связан с чувством удушья, у человека, переболевшего им, есть опыт очень неприятного состояния, когда трудно дышать. После выздоровления человек начинает более внимательно прислушиваться к себе, и ему может показаться, что с его легкими что-то не так. Далее начинается паника, и человек снова начинает задыхаться, хотя объективных причин на это нет».

Сказать, что в изоляции люди страдают и только страдают, нельзя»: к каким положительным последствиям привели пандемия и карантин. Несмотря на всю сложность ситуации, вызванной коронавирусом, многие нашли в ней плюсы. Самый очевидный - не нужно тратить время на дорогу в офис или на учебу, что бережет нервную систему, позволяет больше спать и экономить деньги. Появилось больше свободного время, чтобы найти хобби или начать заниматься спортом.

Кроме того, россияне во время карантина стали перечислять значительно больше денег благотворительным фондам. Согласно мониторингу сборов более 600 российских НКО, помогающих социально уязвимым группам населения, в марте количество онлайн-переводов увеличилось на 37% по сравнению с февралем, а в апреле выросло еще на 38%. Более того, в апреле средний перевод вырос на 7% и составил 1021 рубль - это самый высокий показатель за последние полтора года [20]. По словам аналитиков, фонды еще в самом начале эпидемии обратились к людям с просьбой помочь тем, кому во время кризиса стало еще тяжелее. И люди отреагировали, хотя многие из них испытывают тревогу и по поводу собственного будущего.

Заключение. Многомерность стрессовых воздействий, которые соединила в себе пандемия коронавируса COVID-19, очевидно, еще будет предметом многочисленных научных исследований, но уже сейчас есть основания предполагать, что на смену проблем и практических задач, обусловленных инфекционным процессом, придут проблемы и задачи, обусловленные всплеском распространенности реактивных психических расстройств, а также неинфекционных заболеваний, прежде всего заболеваний сердечно-сосудистой системы, связь которых со стрессом неоднократно подтверждена. Таковы вызовы современности.

Литература / References

1.Пьянзова, Т.В. Вопросы взаимоотношений в диаде «врач-пациент» / Т.В. Пьянзова // Туберкулез и болезни легких. – 2014. – Т. 91, № 1. – С. 3-7.

2. Huang Yi, Zhao N. The mental health burden of the COVID-19 outbreak in China: who will be at high risk? Psychol. honey. 2020; 1-12.

3. Chu NEWS, Lee GKH, Tang BYK et al. Multinational, multicenter study of psychological effects and associated physical symptoms among healthcare workers during the COVID-19 outbreak. Immunology of Brain Behavior. 2020; 88: 559-565.

4. Simms A, Fear NT, Greenberg N. The effect of inadequate safety equipment on mental health. Occupational medicine. 2020; 70 (4): 278-281.

5. Bo XX, Li W, Yang Wu et al. PTSD symptoms and attitudes towards mental health crisis services among clinically stable COVID-19 patients in China. Psychol Med. 2020; 27: 1-2.

6. Romero-Sánchez CM, Díaz-Maroto I, Fernández-Díaz E, et al. Neurological manifestations in hospitalized patients with COVID-19: The ALBAKOVID register. Neurology. 2020; 95 (8): e1060-e1070.

7. Ahmed H., Patel K., Greenwood DK, et al. Long-term clinical outcomes in severe acute respiratory syndrome and Middle East respiratory syndrome coronavirus survivors after hospitalization or admission to an intensive care unit: a systematic review and meta-analysis. J Rehabilitation med. 2020; 52 (5): jrm00053.

8. Vittori A, Lerman J, Cascella M, et al. Survivors of the COVID-19 acute respiratory distress syndrome pandemic: pain after a storm? Blood test. 2020 Jul; 131 (1): 117-119.

9. Havelot H., Weiner L. Panic and Pandemic: Literature Review on Panic and SARS-CoV-2 Epidemic [Panic and Pandemic: Literature Review on the Association between Panic Disorder and SARS-CoV-2 Epidemic]. Encephaly. June 2020; 46 (3 C): S93-S98.

10. Chaisler ME, Lane RI, Petroski E et al. Mental Health, Substance Use and Suicidal Thoughts During the COVID-19 Pandemic - United States, June 24-30, 2020. MMVR Fatally ill, Rep. 2020; 69: 1049-1057.

11. Liang L, Gao T, Ren H, et al. Post-traumatic stress disorder and psychological distress in Chinese youth following the COVID-19 emergency. J Health Psychol. 2020; 25 (9): 1164-1175.

12. Gao Jay, Zheng P, Jia Wu et al. Mental health problems and social media exposure during the COVID-19 outbreak. PLoS One. 2020; 15 (4): e0231924.

13. Wang S, Pan R, Wang X et al. Longitudinal study of mental health in the general population during the COVID-19 epidemic in China. Immunology of Brain Behavior. 2020; 87: 40-48.

14. Forte G, Favieri F, Tambelli R, Casagrande M. The COVID-19 pandemic in Italy: Validation of the PTSD questionnaire and the prevalence of PTSD symptoms. Int J Environment & Public Health. 2020; 17 (11): 4151.

15. González-Sanguino C, Ausín B, Castellanos MÁ, et al. Mental health implications of the early 2020 coronavirus (COVID-19) pandemic in Spain. Immunology of Brain Behavior. 2020; 87: 172-176.

16. Abbasi J. Social isolation is another COVID-19 threat in nursing homes. JAMA. 2020; 324 (7): 619-620.

17. Berthelot N, Lemieux R, Garon-Bissonnette J, et al. An upward trend in distress and psychiatric symptoms in pregnant women during the 2019 coronavirus disease pandemic. Acta Obstetrician - Gynecologist. 2020; 99: 848-855.

18. Hao F, Tang W, Jiang L, et al. Do psychiatric patients experience more psychiatric symptoms during the COVID-19 pandemic and isolation? Case-control study with practical and research implications for immunopsychiatry. Immunology of Brain Behavior. 2020; 87: 100-106.19. Xiang IT, Zhao Yu, Liu Zh, et al. COVID-19 Outbreak and Mental Hospitals in China: Solving Problems with Mental Health Service Reform. Int J Biological Sciences. 2020; 16 (10): 1741-1744. Published on March 15, 2020.

20. Zhou Jay, Liu L, Xue P, et al. Mental health response to the COVID-19 outbreak in China. Am Jay Psychiatry. 2020; 177 (7): 574-575.

ВЗАИМОСВЯЗЬ УРОВНЯ СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТИ, ОПТИМИЗМА И АКТИВНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

И.В. Ковынев, С.И. Смирнова

Кафедра клинической психологии, психологии и педагогики
ФГБОУ ВО «Кировский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Россия, г. Киров

Аннотация. В статье представлены результатыэмпирического исследования стрессоустойчивости, уровня оптимизма и активности в их

взаимосвязи у медицинских работников. В работеосвещаются результаты частных гипотез о связи выделенных феноменов с полом и должностью специалистов. Анализируются личностные характеристики, способствующие сопротивлению стрессогенным условиям в развертывающейся реальности пандемии COVID-19.

Ключевые слова: стрессоустойчивость, оптимизм, активность, стресс, COVID-19, стрессонаполненность, медицинские работники.

THE RELATIONSHIP BETWEEN THE LEVEL OF STRESS TOLERANCE, OPTIMISM AND ACTIVITY OF MEDICAL WORKERS

Kovynev I. V., Smirnova S. I.
Department of Clinical Psychology, Psychology and Pedagogy
Kirov State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation, Kirov, Russia

Abstract. The article presents the results of an empirical study of stress resistance, the level of optimism and activity in their relationship among medical workers. The paper highlights the results of particular hypotheses about the connection of the selected phenomena with the gender and position of specialists. The personal characteristics contributing to resistance to stressful conditions in the unfolding reality of the COVID-19 pandemic are analyzed.

Keywords: stress tolerance, optimism, activity, stress, COVID-19, stress-fullness, medical workers.

Введение: В современных стрессогенных условиях мирового масштаба, значительное место в которых занимают последствия пандемии COVID-19, труднее всего пришлось медицинским работникам, которые напрямую были связаны с самим заболеванием. Данная ситуация с одной стороны обусловлена высокой эмоциональной насыщенностьюв сфере взаимодействия «человек-человек», ненормированностью рабочих дней, условиями повышенной ответственности,с другой стороны – низкой степенью информированности и

неизвестности, наличием множества мнений, риском заболеть самому, резкой сменой профессиональной ориентации и изменением структуры организации, в которой работает медицинской работник.

Все вышеперечисленные аспекты, в той или иной форме, обязательно, сопровождающие медицинскую деятельность в условиях пандемии COVID-19, являются генераторами высокого уровня заболеваемости, достаточно частых случаев психологической деформации, и как следствие, возникновения быстрого профессионального выгорания на работе. Такое понятие как»психическое выгорание», которое обычно всегда упоминается в качестве синдрома, появляющегося у работников в результате продолжительного воздействия профессиональных стрессов, встречается часто в научной литературе [1, С. 56]. Базисными признаками профессионального «выгорания» считаются: влекущее за собой снижение рабочей продуктивности истощение эмоциональной сферы; обезличенность своей должности, формализация контактов, прекращение эмоциональной вовлеченности и участия; обесценивание результатов своей деятельности, снижение самооценки профессионала [2, С. 73].

При длительном воздействии на личность медицинского работника отрицательных внешних особенностей среды, их эмоционально-волевая сфера приобретает лабильный характер. Частая смена настроения и вспыльчивость повышают частоту конфликтных ситуаций на рабочем месте, а раздумья и переживания быстро истощают психоэмоциональные ресурсы специалиста. В итоге, если медицинский работник неумеет преодолевать трудности или оптимально дозировать свои эмоции на работе, то любое проявление неустойчивости эмоциональной сферы может быть заметно пациентам и мешать нормальной деятельности специалиста, также он может принять неправильное решение и совершить ошибочные действия.

Таким образом, одним из профессионально важных качеств медицинского работника, особенно в условиях пандемии, является

стрессоустойчивость. Если стресс Г. Селье понимал как неспецифичный, т.е. одинаковый при всех видах стимулов (даже противоположных по стимулируемому чувству) ответ организма на требование приспособиться к новой ситуации; то соответственно, под стрессоустойчивостью он считал степень успешности восстановления организменного равновесия [8, С. 9]. То есть, для продуктивного сопротивления стрессу необходимо обладать стрессоустойчивостью – ресурсами, переменными личности и психики индивида (поведенческими, личностными, когнитивными, энергетическими), способными мобилизоваться в ответ на столкновение с предъявляемыми стрессогенненной ситуацией требованиями, и могут быть оценены как скрытый или реализуемый в отдельной стрессовой ситуации резерв, компенсирующий воздействие вредоносного влияния факторов этой ситуации [4, С. 144].

Эффективно противодействовать возникновению в современных экстремальных условиях внешней среды нагрузки на организм медицинского работника, провоцирующей его напряженность и требующей изменений,возможно лишь с наличием индивидуально-личностных качеств, среди которых, несомненно, позитивный взгляд на жизнь, т.е. оптимистичное отношение к реальности и сознательное проявление активности по изменению мира, взаимодействию с социумом и факторами профессии. Так, белорусскими исследователями в 2017 году было опубликовано исследование, в котором предоставлены результаты эмпирического исследования жизнестойкости и оптимизма медицинских работников. Как отмечают авторы, индивиду удается преодолеть проблемы в жизни, благодаряоптимизму. В данной работе «диспозиционный оптимизм определяется как личностный фактор, отражающий глобальные установки относительно успеха будущих возможностей и смысла действий в предстоящих жизненных событиях» [5, С. 42].

М. Аргайл понимал оптимизм, как систему оценок и взглядов не только на будущие, но и на собственное прошлое, настоящее, валяющую на ожидание благоприятного и доброго от социума и людей в отдельности [3, С. 140].

По мнению М. Селигмана, оптимизм и пессимизм, являясь некими базовыми установками по отношению к миру, экстраполируются во всех жизненных ситуациях и проявляются во взглядах на них. Оптимизм, например, сочетается с такими личностными характеристиками как уверенность в себе, надежда, вера в высшие силы. Пара оптимизм и пессимизм в его работе выступают жизненными позициями, основополагающей системой координат для жизненного пути. Для оптимиста неудачи лишь временные помехи, тогда как победы, успех и достижения являются универсалиями, обязательно существующими, из которых, как бы, соткана реальность. Пессимист же, напротив, замечает в основном только негативное, препятствия и проигрыши, считая, что в них и заключается жизнь [7, С. 120].

Следующее понятие, актуальное для нашего исследования – активность,котораяхарактернадля всех живых организмов, какстремление приспособиться к окружающей среде ради биологического выживания. У людей активность проявляется в желании изменить реальность для удовлетворения своих потребностей, и отличается тем, что осуществляется процесс приспособления к ним [6, С. 178]. Активность личности в психологии рассматривается в качестве важнейшей черты человека, благодаря которой он способен преобразовывать окружающую реальность, с помощью интеллектуальных усилий, напряжения психических процессов и физических возможностей, стремления к креативной деятельности влиять и изменять предметы, явления, различные системы.

В связи с важностью сохранения здоровья медицинских работников в условиях повышенной стрессовой нагрузки и той роли, которую играет личность данных специалистов в успехе лечения пациентов, представляет

интерес исследование особенностей стрессоустойчивости, оптимизма и активности во взаимосвязи у медицинских работников.

Объекты и методы исследования: Целью нашего исследования стало выявление взаимосвязи между стрессоустойчивостью у медицинских работников и их уровнем оптимизма и активности.

В рамках эксперимента использовались следующие методики: бостонский тест на стрессоустойчивость (тест «Анализ стиля жизни»); методика определения стрессоустойчивости и социальной адаптации Холмса и Раге; методика «Тест на оптимизм» Р.С. Немова; методика «Шкала оптимизма и активности» адаптированная Н.Е. Водопьяновой и М.В. Штейном методика «AOS» (И.С. Шуллер и А.Л. Комуниан); опросник «Самочувствие. Активность. Настроение», разработанный сотрудниками Первого Московского медицинского института имени И.М. Сеченова («САН»).

Всего в исследовании приняли участие 51 медицинский работник из медицинских учреждений г. Кирова, г. Перми, г. Санкт-Петербурга и г. Москвы. Сбор данных проходил в очном и дистанционном режиме с помощью видео-платформ в условиях пандемии COVID-19. Из числа всех испытуемых в государственных структурах работают 29 человек (57%), в коммерческих - 22 человека (43%). Женщины составили 26 человек, мужчины – 25 человек. Также испытуемые были разделены на пять групп по направлению специальности (разделение проходило согласно приложению к приказу министерства здравоохранения РФ от 20 декабря 2012 г. N 1183н): руководители, специалисты с высшим медицинским образованием (врачи), специалисты с высшим немедицинским образованием, средние и младшие медицинские работники.

Для обработки данных использовался подсчет среднего арифметического значения, процентное распределение, ранжирование, что позволяет определить степень выраженности каждой шкалы в выборке; а также критерии выявления

взаимосвязи переменных, такие как Ф-критерий Фишера, U-критерий Манна-Уитни, r-критерий Спирмена.

Результаты и их обсуждение. Результаты исследования указывают на то, что большей части медицинских работников (55%) присущ низкий уровень стрессоустойчивости, т. е. стрессовые ситуации, оказывают значительное влияние на их жизнь и уровень сопротивляемости этим факторам недостаточно продуктивен, что сказывается наснижение адаптационной функции организма специалиста.

Между уровнем стрессоустойчивости медицинских работников и их гендерной принадлежностью нет значимой связи ($\phi^*_{эмп}$=1,05): уровень стрессоустойчивости медицинских работников мужчин не превышает уровня стрессоустойчивости медицинских работников женщин, и, наоборот.

Самый высокий уровень стрессоустойчивости имеют специалисты, стоящие на руководящих должностях (средний ранг 28,79), затем по снижению: специалисты с высшим медицинским образованием, не занимающие руководящие должности (средний ранг 30,83); специалисты с высшим не медицинским образованием, не стоящие на руководящих должностях (средний ранг 42,24); средний медицинский персонал (средний ранг 44,18); и самый низкий уровень стрессоустойчивости имеют представители младшего медицинского персонала (средний ранг 58,33). Руководители и медицинские работники с высшим не медицинским образованием имеют средний уровень стрессоустойчивости; остальные же работники (врачи, средний и младший медицинский персонал) имеют низкий уровень стрессоустойчивости. Мы предполагаем, что такая тенденция связана с уровнем рефлексии, мышления, IQ, вектором мотивационной и особенностями эмоционально-волевой сфер психики.

В основном, медицинским работникам присущ пороговый уровень стрессонаполненности (медиана 279): в пределах года в их жизни присутствует не малое количество ситуаций, вызывающих стресс, как положительных, так и

отрицательных. При этом количество ситуаций в жизни, за последний год, способных спровоцировать стресс, у медицинских работников не зависит от их гендерной принадлежности ($U_{эмп}$ =299 $\{^{237\ (p\leq0,05)}_{192\ (p\leq0,01)}$).

Самый низкий уровень стрессонаполненности в жизни имеют специалисты, стоящие на руководящих должностях (средний ранг 171,43), затем по повышению: специалисты с высшим медицинским образованием, не стоящие на руководящих должностях (средний ранг 299,33); специалисты с высшим не медицинским образованием, не стоящие на руководящих должностях (средний ранг 389,21); средний медицинский персонал (средний ранг 425,32); и самый низкий уровень стрессоустойчивости имеют представители младшего медицинского персонала (средний ранг 599,33). Значимо отличаются от других групп руководители – их уровень стрессонаполненности колеблется от низкого к среднему, тогда как остальные группы располагаются в пределах пороговой и высокой степеней. Предположительно, такая тенденция связана с количеством конфликтных бытовых и профессиональных ситуаций, интенсивностью взаимодействия в системе «человек-человек», социальным и профессиональным статусом, материально-финансовым уровнем.

Уровень стрессоустойчивости медицинских работников прямо пропорционально связан с количеством стрессовых ситуаций в их жизни(r_s =0,4$\{^{0,27\ (p\leq0,05)}_{0,35\ (p\leq0,01)}$). Это можно объяснить тем, что чем выше способность медицинского работника справляться с экстремальными сложными событиями, тем меньшее количество стрессовых ситуаций будет присутствовать в его жизни.

В основном (69%), медицинские работники смотрят на жизнь трезво; но, хоть взгляд на жизнь и реалистичный, тем не менее, он основан на нормальном оптимизме, который в различных социальных ситуациях доминирует.

Самый высокий уровень оптимизма имеют специалисты с высшим не медицинским образованием (средний ранг 38,67 [тест Немова]; средний ранг 38,5[AOS]), затем по снижению: средний медицинский персонал (средний ранг 31,74 [тест Немова]; средний ранг 29,7 [AOS]) и руководители (средний ранг 29,21 [тест Немова]; средний ранг 31,9 [AOS]); младший медицинский персонал (средний ранг 27,67 [тест Немова]; средний ранг 22 [AOS]) и специалисты с высшим медицинским образованием (средний ранг 25,43 [тест Немова]; средний ранг 26,1 [AOS]).

Между уровнем оптимизма медицинских работников и их гендерной принадлежностью нет значимой связи: тип взгляда на жизнь (реализм, основанный на нормальном оптимизме) медицинских работников мужчин не превышает типа взгляда на жизнь (реализм, основанный на нормальном оптимизме) медицинских работников женщин, и, наоборот ($U_{эмп}$ =491$\{^{236\ (p\leq 0,05)}_{200\ (p\leq 0,01)}$).

Большей половине из числа всех медицинских работников на момент выполнения теста, был присущ, средний (нормальный) уровень активности (54,9%).

Самый высокий уровень активности на момент выполнения методики имеют специалисты с высшим не медицинским образованием (средний ранг 79,5), затем по снижению: младший медицинский персонал (средний ранг 71,2); средний медицинский персонал (средний ранг 64,7); руководители (средний ранг 57,9); и самый низкий уровень активности, относительно других представителей медицинских работников, имеют специалисты с высшим медицинским образованием (средний ранг 56,1).

Между уровнем активности на момент выполнения методики медицинских работников и их гендерной принадлежностью нет значимой связи: уровень активности на момент выполнения методики медицинских работников мужчин не превышает уровня активности на момент выполнения

методики медицинских работников женщин, и, наоборот ($U_{эмп}$ =325,5 $\{^{236\ (p\leq0,05)}_{200\ (p\leq0,01)}$).

В основном, всем медицинским работникам, обычно, присущ, средний уровень активности (76,5%).

Самый высокий уровень активности имеют представители младшего медицинского персонала (средний ранг 31,7), затем по понижению: средний медицинский персонал (средний ранг 31,5); специалисты с высшим не медицинским образованием (средний ранг 29,8); руководители (средний ранг 27,6), и самый низкий уровень активности имеют специалисты с высшим медицинским образованием (средний ранг 27,2).

Между уровнем активности медицинских работников и их гендерной принадлежностью нет значимой взаимосвязи: обычно, уровень активности медицинских работников мужчин не превышает уровня активности медицинских работников женщин, и, наоборот ($U_{эмп}$ =312$\{^{236\ (p\leq0,05)}_{200\ (p\leq0,01)}$).

Чем выше стрессоустойчивость медицинских работников, тем выше были оптимизм (r_s =-0,661$\{^{0,27\ (p\leq0,05)}_{0,35\ (p\leq0,01)}$) и актуальная ситуативная активность испытуемых в момент выполнения методики (r_s =0,41$\{^{0,27\ (p\leq0,05)}_{0,35\ (p\leq0,01)}$).

Заключение. Таким образом, обобщая полученные данные в ходе исследования, мы приходим к выводу о том, что в данной выборке медицинских работников мы наблюдаем низкий уровень стрессоустойчивости, пороговый уровень стрессонаполненности; уровень стрессоустойчивости медицинских работников прямо пропорционально связан с количеством стрессовых ситуаций в их жизни. При этом взгляд на жизнь у медицинских работников реалистичный, основанный на нормальном оптимизме. Медицинским работникам присущ средний уровень активности. Нет значимых различий в стрессоустойчивости, стрессонаполненности оптимизме и активности среди представителей разных полов медицинских работников.В целом, можно сделать вывод, что чем выше стрессоустойчивость медицинских

работников, тем выше у них оптимизм и актуальная ситуативная активность. Между всеми результатами, направленными на исследование одинаковых переменных выявлены значимые корреляционные связи, что подтверждает валидность полученных данных и взаимосвязь между уровнем стрессоустойчивости, оптимизмом и активностью.

Тем не менее, в связи с неоднозначностью и неопределенностью обстановки в условиях пандемии, на уровень стрессоустойчивости могут значительным образом влиять и другие, неизученные нами, личностные характеристики медицинских работников. В связи с этим, мы считаем, что данная проблема по изучению степени сопротивления стрессогенным факторам специалистов медицинской сферытребует дальнейшего научного осмысления.

Литература / References

1. Абрамова Г.С, Юдчиц Ю.А. Синдром «эмоционального выгорания» у медработников // Психология в медицине. - М., 1998. – 56 с.

2. Апчел А.Н. Цыган В.И. Стресс и стрессоустойчивость человека [Текст] / А.Н. Апчел. – СПб: ВИФК, 1999. – 73 с.

3. Аргайл, М. Психология счастья [Текст] / М. Аргайл. – СПб: Питер, 2003. – 140 с.

4. Касл С. В. Эпидемиологический подход к изучению стресса в труде // Психология труда и организационная психология: современное состояние и перспективы развития. Хрестоматия / Под ред. А. Б. Леоновой, О. Н. Чернышевой. М., 1995. 144 с.

5. Костюченко Е.В., Романчук Л.Н. Связь жизнестойкости и оптимизма у медицинских работников // Актуальные проблемы психологии развития личности. Сборник научных статей – Гродно: ГрГУ им. Я. Купалы, 2017. 42 с.

6. Нам, М.В. Формирование социальной и гражданской активности старших школьников: дис. … канд. пед. наук / М. В. Нам. – Уфа, 2006 – 178 с.

7. Селигман М. Новая позитивная психология [Текст] / М. Селигман.– М.: София, 2006. – 120 с.

8. Селье, Г. Стресс без дистресса [Текст] / Г. Селье. – Рига: Виеда, 1992, 9 с.

ПРОФИЛАКТИКА ПРАВОНАРУШЕНИЙ НАРКОЛОГИЧЕСКИМИ ПАЦИЕНТАМИ В КУЗБАССЕ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МЕДИЦИНСКОГО ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯ НА СОСТОЯНИЕ ОПЬЯНЕНИЯ

И.Л. Люлина, П.И. Никитин, А.А. Лопатин, И.И. Зорохович, Н.Г. Зарубина

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

Аннотация. В данной статье рассмотрена профилактическая направленность медицинского освидетельствования на состояние опьянения лиц, которые управляют транспортом, в целях обеспечения безопасности дорожного движения; приведены данные по Сибирскому федеральному округу.

Ключевые слова: медицинское освидетельствование на состояние опьянения, химико-токсикологические исследования, водители транспортных средств, соглашение о порядке взаимодействия, Сибирский федеральный округ.

PREVENTION OF OFFENSES BY NARCOLOGICAL PATIENTS IN KUZBASS DURING A MEDICAL EXAMINATION FOR INTOXICATION

Lyulina I.L., Nikitin P.I., Lopatin A.A., Zorokhovich I.I., Zarubina N.G.

Kuzbass clinical narcological dispensary named after Professor N.P. Kokorina, Russia, Kemerovo

Abstract. This article examines the preventive orientation of medical examination on the state of intoxication of persons who drive vehicles in order to ensure road safety; data on the Siberian Federal District are given.

Keywords: medical examination for intoxication, chemical and toxicological studies, drivers of vehicles, agreement on the procedure of interaction, Siberian Federal District.

Важной частью профилактической работы наркологической службы Кузбасса направленной на профилактику правонарушений наркологическими пациентами является обеспечение круглосуточного медицинского освидетельствования на состояние опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического) (далее – медицинское освидетельствование). Обязательной составной частью профилактических мероприятий является индивидуальная работа в отношении лиц, с выявленными наркологическими расстройствами при проведении медицинского освидетельствовании на состояние опьянения, обязательного медицинского освидетельствования водителей транспортных средств (кандидатов в водители транспортных средств).

В настоящее время на территории Кемеровской области - Кузбасса медицинское освидетельствование организовано и осуществляется в соответствии с требованиями ст. 44 Федерального закона от 08.01.1998 № 3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах», ст. 65 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», правилами медицинского освидетельствования на состояние опьянения и оформления его результатов, утвержденными Постановлением Правительства Российской Федерации от 26.06.2008 № 475 и приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 18.12.2015 № 933н «О порядке проведения медицинского освидетельствования на состояние опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического)» (далее – Порядок) в 27 кабинетах 25 медицинских организаций, уполномоченных Министерством здравоохранения Кузбасса на проведение медицинского освидетельствования (приказ от 22.03.2016 № 341 «О

медицинском освидетельствовании на состояние опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического) на территории Кемеровской области»).

Все медицинские организации Кемеровской области, осуществляющие медицинское освидетельствование, имеют действующие лицензии на данный вид деятельности, медицинских работников, прошедших специальную подготовку по вопросам освидетельствования в областном химико-токсикологическом наркологическом центре на базе ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер имени профессора Н.П. Кокориной».

Медицинские организации Кузбасса, в которых проводится медицинское освидетельствование, оснащены в соответствии с требованиями Порядка всем необходимым оборудованием (анализаторы видеоцифровые иммунохроматографические, для проведения предварительных химико-токсикологических исследований (далее – ХТИ), анализаторы паров этанола в выдыхаемом воздухе, бесконтактные термометры и др.), а также расходными материалами для проведения медицинского освидетельствования лиц, направленных сотрудниками правоохранительных органов.

Для обеспечения потребности в проведении ХТИ при медицинском освидетельствовании в Кемеровской области при наркологических диспансерах городов Кемерово, Новокузнецк и Прокопьевск функционируют три химико-токсикологические лаборатории, которые оснащенные современным диагностическим оборудованием в соответствии с требованиями приказов Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 27.01.2006 № 40 «Об организации проведения химико-токсикологических исследований при аналитической диагностике наличия в организме человека алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ» и Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30.12.2015 № 1034н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «психиатрия-наркология» и Порядка диспансерного наблюдения

за лицами с психическими расстройствами и (или) расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ» и способны решить основные задачи по обнаружению, идентификации широкого спектра наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, вызывающих опьянение.

Сроки доставки биологических объектов в химико-токсикологические лаборатории и проведения химико-токсикологических исследований не превышают 13 дней, что соответствует требованиям Порядка. В то же время, учитывая потребность правоохранительных органов, сроки выдачи Актов медицинского освидетельствования уполномоченными медицинскими организациями не превышают 3-5 суток, а предоставление результатов медицинского освидетельствования в более короткие сроки не представляется возможным в связи с особенностями проведения химико-токсикологических исследований на наркотические средства.

Во всех медицинских организациях Кузбасса, обеспечивающих медицинское освидетельствование, организована система круглосуточного проведения медицинского освидетельствования. Несмотря на это, в последние годы отмечается снижение количества лиц, направленных правоохранительными органами на проведение медицинского освидетельствования, в том числе наблюдается тенденция к снижению количества освидетельствований лиц, которые управляют транспортным средством.

Так, за период с 2018 по 2020 год сотрудниками УГИБДД ГУ МВД по Кемеровской области в медицинские организации Кемеровской области для установления наличия (отсутствия) состояния опьянения лиц, которые управляют транспортными средствами, было доставлено в 2018 году – 3 179 человек, в 2019 году – 2 798 человек, а в 2020 году – 2 704 человека.

Схожая динамика прослеживается, как в других субъектах Сибирского федерального округа (далее - СФО), так и в большинстве субъектов Российской Федерации.

Следует отметить, что в ряде субъектов СФО, имеющих схожую с Кемеровской областью численность населения, количество лиц, направленных сотрудниками УГИБДД ГУ МВД на медицинское освидетельствование, а следовательно и установленных состояний опьянения значительно превышает количество медицинских освидетельствований указанных лиц в Кемеровской области.

Данный факт может свидетельствовать о недостаточной эффективности работы УГИБДД ГУ МВД по Кемеровской области, а как следствие и обеспечения безопасности дорожного движения.

Таким образом, направление УГИБДД ГУ МВД по Кемеровской области большего количества лиц на медицинское освидетельствование будет способствовать увеличению выявления среди водителей транспортных средств лиц, находящихся в состоянии опьянения, и тем самым обеспечению предупреждения правонарушений и безопасности дорожного движения.

С целью обеспечения безопасности дорожного движения наркологической службой Кемеровской области совершенствуется система межведомственного взаимодействия с ГУ МВД России по Кемеровской области в части предупреждения управления транспортными средствами водителями, находящимися в состоянии опьянения и (или) имеющими наркологические расстройства.

Так, между ГУ МВД России по Кемеровской области и Министерством здравоохранения Кузбасса в 2020 году заключено соглашение о порядке взаимодействия и обмене информацией.

В рамках данного соглашения ГУ МВД России по Кемеровской области предоставляет информацию для наркологической службы региона о водителях, управляющих транспортными средствами в состоянии алкогольного опьянения,

установленного должностными лицами Госавтоинспекции и о водителях транспортных средств, отказавшихся от проведения освидетельствования на состояние опьянения. Полученная информация используется врачами психиатрами-наркологами государственных медицинских организаций Кемеровской области, оказывающих услуги по профилю «психиатрия-наркология» при проведении медицинских осмотров (освидетельствований) с целью решения вопроса допуска к работам с вредными и (или) опасными условиями труда и производственными факторами, к управлению транспортными средствами, к ношению оружия и пр.

Наркологическая служба Кузбасса, в свою очередь, предоставляет в ГУ МВД России по Кемеровской области информацию о выданных гражданам допусках в целях исключения предъявления поддельных медицинских заключений об отсутствии медицинских противопоказаний к управлению транспортом при получении водительских удостоверений.

Заключение. Эффективная профилактическая деятельность, направленная на снижение уровня распространения основных наркологических расстройств среди населения региона, проводимая специалистами региональной наркологической службой совместно с ГУ МВД России по Кемеровской области, вносит значительный вклад в принимаемые меры по снижению количества правонарушений, совершенных лицами, находящимися в состоянии опьянения на территории Кемеровской области.

Таблица 1.

Таблица сравнительных данных по результатам медицинского освидетельствования на состояние опьянения лиц, которые управляют транспортным средством, в Сибирском Федеральном округе Российской Федерации с учетом численности населения территорий за 2020 год

Территории СФО	Численность населен	Число лиц, направленных на освидетель	Результаты освидетельствования		
			установлено фактов: абс. значение (%)	фактов употреб	число отказов

	ия	ствование, абс. значение (%)	алкогольного опьянения	употребления и (или) опьянения наркотиками	употребления и (или) опьянения ненаркотическими ПАВ	ления и (или) опьянения не установлено	от освидетельствования
Кемеровская область	2 657 854	2704 (100%)	1062 (39,3%)			1290 (47,7%)	352 (13%)
			802 (29,7%)	248 (9,2%)	12 (0,4%)		
Омская область	1 944 195	1499 (100%)	686 (45,8%)			597 (39,8%)	216 (14,4%)
			448 (29,9%)	225 (15%)	13 (0,9%)		
Новосибирская область	2 798 170	8225 (100%)	5916 (71,9%)			2088 (25,4%)	221 (2,7%)
			5039 (61,3%)	848 (10,3%)	29 (0,3%)		
Томская область	1 077 442	986 (100%)	518 (52,5%)			350 (35,5%)	118 (12%)
			05 (41%)	110 (11,2%)	3 (0,3%)		
Алтайский край	2 317 052	2849 (100%)	1555 (54,6%)			1012 (35,5%)	282 (9,9%)
			226 (43%)	329 (11,6%)	0		
Республика Хакасия	535 215	1408 (100%)	530 (37,6%)			714 (50,7%)	164 (11,6%)
			57 (32,5%)	71 (5,0%)	2 (0,1%)		
Иркутская область	2 391 193	5487 (100%)	1796 (32,7%)			3121 (56,9%)	570 (10,4%)
			403 (5,5%)	390 (7,1%)	3 (0,1%)		
Республика Алтай	220 140	309 (100%)	214 (69,3%)			48 (15,5%)	47 (15,2%)
			07 (67%)	5 (1,7%)	2 (0,6%)		
Республика Тыва	327 383	744 (100%)	392 (52,7%)			299 (40,2%)	53 (7,1%)
			36 (45,2%)	56 (7,5%)	-		
Красноярский край	2 874 026	3152 (100%)	1636 (51,9%)			884 (28%)	632 (20,1%)
				415	14		

			207 (38,3 %)	(13,2%)	(0,4%)		
ИТОГО		27363 (100%)	14305 (52,3%)			10403 (38%)	2655 (9,7%)
			1530 (42,1 %)	2697 (9,9%)	78 (0,3%)		

ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТОЙСТВА У БОЛЬНЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В УСЛОВИЯХ ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ И КРИЗИСНЫХ СИТУАЦИЙ

О.С. Налётова [1], Е.Н. Налётова [2], Н.А. Лаптева [1,2], И.А. Чепурная [1,2], М.М. Алесинский [1]

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького» [1], ДНР, г. Донецк

ГУ «Институт неотложной и восстановительной хирургии имени В.К. Гусака» [2], ДНР, г. Донецк

Аннотация. Статья посвящена вопросам выявления сочетанной патологии – расстройства адаптации у больных со стабильной ишемической болезнью сердца после реваскуляризации миокарда и больных с оперированными клапанными пороками сердца. По результатам скрининга (тестирование по шкале Бека) наличие ситуационной депрессии выявлено у 214 человек. Врачом-психиатром выставлен клинический диагноз «расстройство адаптации». Анализ результатов тестирования по опроснику «Донбасский синдром» позволят судить о выраженном влиянии на эмоциональную сферу данного контингента больных причин военного, социально-экономического и личного характера, обусловленных гражданским конфликтом на Донбассе. Отмечена положительная корреляционная связь между уровнем депрессии и количеством баллов, набранных пациентами по данному опроснику.

Ключевые слова: сердечно-сосудистые заболевания, расстройство адаптации, стрессогенность.

ADJUSTMENT DISORDER IN PATIENTS WITH CARDIOVASCULAR DISEASES UNDER EXTREME AND CRISIS SITUATIONS

Nalotova O.S.[1], Nalotova E.N.[2], Lapteva N.A.[1,2], Chepurnaya I.A.[1,2], Alesinsky M.M.[1]

SEI HPE « Donetsk National Medical University named after M. Gorky»[1], Donetsk Institute of Urgent and Reconstructive Surgery named after V.K. Gusak[2], Donetsk

Abstract. The article is devoted to the identification of concomitant pathology - adjustment disorder in patients with stable ischemic heart disease after myocardial revascularization and in patients with operated valvular heart disease. According to the results of screening (testing on the Beck scale), the presence of situational depression was revealed in 214 people. A psychiatrist was diagnosed with an adjustment disorder. The analysis of the test results according to the questionnaire «Donbass Syndrome» will make it possible to judge the pronounced influence on the emotional sphere of this contingent of sick reasons of a military, socio-economic and personal nature, caused by the civil conflict in Donbass. There was a positive correlation between the level of depression and the number of points scored by patients on this questionnaire.

Keywords: cardiovascular diseases, adjustment disorder, stressfulness.

Введение. Жители Донбасса продолжают проживать в условиях длительного воздействия стресса, обусловленного гражданским конфликтом. Такие жизненные обстоятельства для большинства стали причиной возникновения различных страхов (за жизнь и здоровье близких и своё, за возможность потери финансовой стабильности и т.д.) [9, с. 60; 10, с. 6]. Длительное пребывание населения в такой психотравмирующей ситуации способствует формированию реактивных психических состояний, таких как острое стрессовое расстройство, посттравматическое стрессовое расстройство, синдром эмоционального выгорания [1, с. 129; 3, с. 51]. В этой связи всё чаще наблюдается ассоциированная с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ)

патология – «расстройство адаптации» [8, с. 199]. Количество таких пациентов продолжает увеличиваться. Само пребывание в условиях постоянной психической травмы не может не влиять на психическое здоровье человека, что, бесспорно, определяет также течение и исход ССЗ [11, с. 50]. В настоящее время депрессия рассматривается как независимый фактор риска в патогенетической цепи ССЗ, а не как вторичная эмоциональная реакция на заболевание [4, с. 38].

Объекты и методы исследования. Этап скрининга осуществлялся с марта 2020 года по январь 2021 года на поликлиническом приёме в ГУ «Институт неотложной и восстановительной хирургии имени В.К. Гусака». С целью выявления у больных ССЗ (больные стабильной ишемической болезнью сердца (ИБС) после реваскуляризации миокарда [12 с. 118], а также больные с оперированными клапанными пороками сердца) [2 с. 5] сочетанной патологии – «расстройство адаптации» было проведено патопсихологическое тестирование 1024 пациентов [5, с. 31; 6, с. 76]. В качестве скринингового тестирования использовалась шкала Бека (ШБ), при помощи которой выявлялось наличие депрессии, а также ее уровень. ШБ содержит 21 группу из четырех утверждений в группе (0-3). По ШБ диагноз «депрессия» выставляется при общем балле от 20 и более. Результат менее 10 баллов свидетельствует об отсутствии депрессивных тенденций и хорошем эмоциональном состоянии пациента. При результате от 10 до 19 баллов говорят об уровне депрессии «ситуативного или невротического» генеза.

Пациенты, у которых результат тестирования по ШБ составил 20 баллов и более, направлялись на консультацию врача-психиатра для определения клинического диагноза «депрессия» и решения вопроса о дальнейшей тактике лечения. Больные, имеющие результат тестирования менее 10 баллов, в исследование не включались, так как не имели депрессивных тенденций.

Для выявления стрессогенности у больных ССЗ, проживающих на территории Донбасса, был использован опросник «Донбасский синдром»

(ОДС), состоящий из 15 вопросов. Вопросы учитывают специфику ситуации, сложившейся на Донбассе в период с апреля-мая 2014 года, когда началась т.н. антитеррористическая операция, и по настоящее время. На каждый вопрос больной может дать ответ «Да» (1 балл) или «Нет» (0 баллов); чем выше балл, тем больше факторов, влияющих на психическую сферу больного.

Результаты и их обсуждение. В дальнейшее исследование были включены пациенты, имеющие показатель по ШБ от 10 до 19 баллов. Для верификации у них клинического диагноза «расстройство адаптации» больные были консультированы врачом-психиатром. У всех больных было выявлено «расстройство адаптации», нуждающееся в проведении психотерапевтического лечения. Таким образом, в дальнейшее исследование было включено 214 больных ССЗ, имеющих сопутствующий диагноз «расстройство адаптации».

Показатель уровня депрессии по ШБ у больных составил 15,2±0,3 балла, что соответствует депрессии «ситуативного или невротического» генеза. Оценивая вероятное влияние факторов, обусловленных военными действиями на Донбассе, можно отметить, что оба эти обстоятельства могли привести к развитию ситуационной депрессии. Так средний показатель по ОДС составил 7,3±0,1 и 7,2±0,2 балла (в 1-ой и 2-ой группах соответственно), что свидетельствует о выраженном влиянии причин военного, социально-экономического и личного характера, обусловленных гражданским конфликтом на Донбассе, на эмоциональную сферу данного контингента больных.

Корреляционный анализ показал, что наблюдается положительная корреляционная связь между уровнем депрессии и количеством баллов, набранных пациентами по опроснику ОДС [7, с. 201]. Анализ ответов по ОДС свидетельствует о высоком уровне депрессии, а основными причинами являются факторы военного, финансового, социального и гуманитарного характера. Нами верифицирована высокая валидность, а также чувствительность и специфичность опросника ОДС [7, с. 201].

Заключение. Таким образом, эмоциональное состояние больных стабильной ИБС после реваскуляризации миокарда, а также больных с оперированными клапанными пороками сердца находится на неудовлетворительном уровне и нуждается в психотерапевтической и фармакотерапевтической коррекции.

Литература / References

1. Агарков Н.М., Лутай Ю.А., Корнеева С.И., Титов А.А., Коломиец В.И. Характеристики отдыха и стрессорные факторы в развитии острого инфаркта миокарда с сопутствующей артериальной гипертензией среди лиц среднего возраста. Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. 2020; 4: 125-135.

2. Агеев Ф.Т., Даннелян М.О., Мареев В.Ю., Беленков Ю.Н. Больные с хронической сердечной недостаточностью в российской амбулаторной практике: особенности контингента, диагностики и лечения (по материалам исследования ЭПОХА-О-ХСН). Сердечная недостаточность. 2004; 5(1): 4-7.

3. Антонышева О.В., Козловский В.И. Профиль личности, тревожные и депрессивные расстройства у больных артериальной гипертензией. Вестник Витебского государственного медицинского университета. 2010; 2 (9): 49-54.

4. Гарганеева А.А., Кузьмичкина М.А., Кужелева Е.А., Александренко В.А., Тепляков А.Т. Распространенность и клиническая картина хронической сердечной недостаточности среди пациентов специализированного кардиологического стационара. Евразийский кардиологический журнал. 2017; 3: 38-38.

5. Жидяевский А.Г., Галяутдинов Г.С. Психосоциальная адаптация к хронической сердечной недостаточности у пациентов с ишемической болезнью сердца. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2021; 20(1): 31-31.

6. Лебедева Е.В., Счастный Е.Д., Нонка Т.Г., Репин А.Н. Гендерные различия самооценки социального функционирования пациентов с хронической

ИБС и аффективными расстройствами. Бюллетень сибирской медицины. 2021; 1(20): 75-82.

7. Лях Ю.Е., Папакица Е.К., и др. Основы компьютерной биостатистики: анализ информации в биологии, медицине и фармации статистическим пакетом MedStat. Донецк: 2006; 214.

8. Налётова О.С. Гипертоническая болезнь, сочетанная срасстройством адаптации: клиника, диагностика и лечение. Донецк: Цифровая типография (ФЛП Артамонов Д.А.). 2019. 221.

9. Налётова О.С. Комплексное лечение больных гипертонической болезнью с выявленной ситуационной депрессией, проживающих на территории Донбасса. Научные ведомости Белгородского государственного университета Медицина. Фармация. 2019; 1(42): 57-64.

10. Налётова О.С., Титиевский С.В., Белевцова Э.Л. Распространенность депрессии и жизненного истощения у больных гипертонической болезнью, проживающих на территории Донбасса. Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». 2018; 3: 4-9.

11. Национальные рекомендации ВНОК и ОССН по диагностике и лечению ХСН (третий пересмотр). Сердечная недостаточность. 2010; 1: 3-63.

12. Сенькина Е.И., Какорин С.В. Реабилитация больных ишемической болезнью сердца после операций реваскуляризации миокарда. CardioСоматика. 2011; 1: 118-119.

ОПЫТ ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19

Л.В. Начева, И.Ф. Федосеева
ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Аннотация. Основываясь на опыте авторов, исследованиях, наблюдениях в академической среде воздействия пандемии на систему высшего медицинского образования по специальности «Лечебное дело» и необходимости поиска альтернативных решений, эта статья представляет, как работает вуз в условиях самоизоляции и как он сможет реагировать на будущие вызовы. Установлено, что существует большая потребность в том, чтобы медицинский университет укреплял практику в учебной программе и делал ее более гибкой для удовлетворения потребностей студентов в обучении даже в период самостоятельной работы в условиях коронавируса.

Ключевые слова: высшее медицинское образование, online-обучение, пандемия, преподаватели, обучающиеся, медицинский университет, COVID-19.

DISTANCE LEARNING FOR STUDENTS MEDICAL UNIVERSITY IN THE CONTEXT OF THE COVID-19 PANDEMIC

Natcheva L.V., Fedoseeva I.F.
Department of Biology with Fundamentals of Genetics and Parasitology FSBEI HE «Kemerovo State Medical University» Ministry of Health of Russia, Russia, Kemerovo

Abstract. Based on the authors ' experience, research, observations in the academic environment of the impact of the pandemic on the system of higher medical education in the specialty «Nursing» and the need to find alternative solutions, this article presents how the University works in conditions of self-isolation and how it will be able to respond to future challenges. It was found that there is a great need for the medical University to strengthen the practice in the curriculum and make it more

flexible to meet the learning needs of students even while working independently in a coronavirus environment.

Keywords: higher medical education, online training, pandemic, teachers, students, medical University, COVID-19.

11 марта 2020 года Всемирная организация здравоохранения объявила коронавирусную инфекцию COVID-19, которую вызывает возбудитель SARS-CoV-2, пандемией. Коронавирус по состоянию на 06 апреля 2020 года затронул высшие учебные заведения не только в Ухане, где и возник коронавирус, но и практически все вузы в 191 стране мира [1]. Таким образом, по всему миру была закрыта значительная доля университетов, включая Оксфорд, Кембридж и другие ведущие вузы.

Минобрнауки России, в соответствии с указом Президента Российской Федерации от 02.04.2020 №23939, принял решение о переводе вузов страны на реализацию образовательных программ с использованием электронного обучения и дистанционных образовательных технологий [2]. Учебные заведения России оперативно отреагировали на форс-мажорную ситуацию и изменили свои условия работы, внедрили меры и практики, которые были нацелены на снижение риска заболевания COVID-19.

Во многих университетов страны до начала пандемии уже был накоплен опыт удаленной работы со студентами. Однако для практик внеаудиторных занятий с обучающимися дистанционный формат использовался редко. В рамках социологических исследований, проведенных Национальным исследовательским университетом «Высшая школа экономики» (НИУ ВШЭ), лишь 12% студентов ответили, что получали и выполняли задания преподавателя в электронном формате [3].

В условиях самоизоляции преподаватели организовали учебный процесс с использованием различных способов доставки электронного контента и

доступных инструментов коммуникации с обучающимися в электронной информационно-образовательной среде (ЭИОС).

Главные вызовы дистанционного высшего сестринского образования - это, прежде всего, практическая и пациенториентированная направленность учебных программ для обучающихся, необходимость быстрого вхождения в режим бесконтактного обучения.

Незапланированный перевод учебного процесса на дистант в условиях пандемии имеет существенные отличия от правильно спланированного online - обучения на основе массовых открытых online-курсов (МООК).

Результаты опроса преподавателей вузов с ученой степенью, проведенного НИУ ВШЭ в конце 2019 г., свидетельствуют о том, что они невысоко (3,2 балла из 5) оценивали свой уровень владения дистанционными технологиями, а каждый четвертый респондент за последние 3 года ни разу не использовал в своей работе сервисы удаленной видеосвязи для участия в вебинарах и видео - конференциях [3].

Термин «online-обучение» в научной литературе используется, когда речь идет об отсутствии в процессе обучения offline контакта студента с преподавателем, что приводит к подмене понятий и, как правило, неверным выводам. На наш взгляд, в сложившихся условиях самоизоляции было бы не обоснованным использование термина «online-обучение» и в практике использования МООК, поскольку экстренный перевод студентов на них в середине семестра без предварительных организационных мероприятий и необходимого сопровождения со стороны разработчиков online-курсов не позволили студентам осознать преимущества данной технологии.

В сложившейся ситуации необходимо понять различия между «online-обучением» и образовательными технологиями, применяемыми в условиях экстренного перевода учебных заведений на дистант.

Первый массовый открытый online-курс был разработан Дейвидом Кормьером (Канада) [5]. Исследования эффективности образовательных

процессов, связанных с применением данной технологии, позволили акцентировать внимание на содержании форм и методов «online-обучение» [2]. В результате был выделен ряд отличий «online-технологии» от других технологий применяемых в вузовской системе XXI века (дистанционное, смешанное, мобильное обучение и др.), позволяет провести сравнительный анализ эффективности высшего образования в разных форматах и сделать заключение о преимуществах и недостатках той или иной технологии.

Ранее проведенные экспериментальные исследования различных форм дистанционного обучения позволили сделать вывод о том, что эти технологии существенно не отличаются от обычного аудиторного обучения с точки зрения результатов обучения [7]. Во многом это объясняется тем, что учебный процесс в электронной информационно-образовательной среде тщательно спроектирован и спланирован. «Online – курс», как правило, теоретически обоснован, обеспечен учебно-методическими и контрольно-измерительными материалами, которые и позволяют достичь запланированных результатов - формирования компетенций в рамках исключительно электронного обучения.

Ключевым в определении содержания «online-обучение» является педагогический дизайн - ведущий инструмент проектирования МООК. Именно он, как правило, и отсутствует в большинстве случаев при экстренном переходе на «дистант» обучение.

Наиболее полно, на наш взгляд, варианты педагогического дизайна при проектировании online-курса отражены в работах американских философов Марианна Бакия (Marianne Bakia) и Роберта Мерфи (Robert Murphy), которые изучают интеграцию исследований в области компьютерных наук с исследованиями в области обучения.

Авторами были предложены основные параметры эффективных электронных курсов, с альтернативными вариантами реализации online-обучения:

- модель обучения, которая включает в себя: функции, структуру, способы организации учебного процесса, формы, технологии и результаты согласно образовательным целям общества.
- темп освоения, заданный преподавателем с возможностью прохождения части курса в удобном для обучающегося темпе.
- количество обучающихся: до 35 человек. от 36 до 99 человек. от 100 до 999 человек и более 1000 человек.
- педагогические технологии: объясняющие, исследовательские, практико-ориентированные и др.
- роль преподавателя: активное взаимодействие со студентами online. эпизодическое. формальное online-присутствие. отсутствие преподавателя в online-среде.
- роль обучающегося: активная, пассивная.
- синхронизация взаимодействия.
- обратная связь.

Грамотно подобранные материалы курса, исходя из целей и задач обучения в online-среде, обеспечивают студентам образовательный результат, а преподавателю - положительную обратную связь. Такой подход подразумевает, что online-обучение – это, прежде всего, когнитивный и социальный процесс, а не просто способ передачи информации через сеть Интернет. Важно обратить внимание и на то, что такие технологии требуют обязательной социально-психологической поддержки обучающихся. В рамках очной формы обучении эту роль выполняют преподаватели, задействованные в учебном процессе.

Очевидно, то что online-обучение невозможно без IT-инфраструктуры, которая требует значительных инвестиций в качественные «online-курсы», обеспечивающие эффективное обучение и поддержку, в том числе психологическую, обучающимся в Интернет среде. Все вышеперечисленные условия необходимо проработать заранее, при этом преподаватели уже должны

иметь опыт использования инструментов online-обучения и сервисов поддержки обучающихся.

Как показывает практика, на разработку online-курса в среднем уходит от 6 до 9 месяцев, а уверенные навыки работы преподавателя на online-платформе формируются в течение первых двух-трёх пилотных запусков курса. Поэтому важно чётко понимать то, что специалисты вкладывают в понятие «online-обучение» и то, что вузы пытаются реализовать на практике в условиях пандемии - это разные формы организации учебного процесса. Очевидно то, что делается в этом направлении в условиях форс-мажора даже с максимальными вложениями и личными ресурсами преподавателей по факту является ормой дистанционного обучения.

В экстремальных условиях резкого переформатирования учебного процесса и ограниченности временных ресурсов, на наш взгляд, должны измениться и критерии оценки знаний, полученных, обучающимися. Эффективность образовательного процесса в данном случае будет определяться соотношением полученных результатов и затраченных ресурсов с поправкой на экстренность поставленных задач.

Цель исследования: анализ удовлетворенности студентов факультета «Лечебное дело» дистанционной формой обучения.

Материал и методы исследования. В рамках исследования было проведено анкетирование 78 студентов 1, 3 курсов факультета «Лечебное дело» Кемеровского государственного медицинского университета (КемГМУ), в их числе 16 (20,5%) юношей и 62 (79,5%) девушки. Средний возраст респондентов - 20,3 года. Анкеты заполнялись студентами ВКонтакте самостоятельно.

Разработанная для данного исследования анкета состояла из 25 вопросов по трем блокам: пандемия COVID-19. дистанционное обучение в условиях самоизоляции, вопросы об уровне владения персональным компьютером и навыках работы в сети Интернет.

Результаты исследования и их обсуждение. По итогам анализа анкет можно констатировать, что 97,4% респондентов были своевременно информированы о переходе КемГМУ на дистанционную форму обучения и ознакомлены с соответствующим приказом ректора.

Примерно для 71,8% опрошенных считали, что им с первых дней полностью или скорее было понятно, как дальше будет организовано обучение в их вузе.

В условиях самоизоляции на дистанте обучалось 96,1% студентов, при этом 83,3% использовали электронные сервисы и до пандемии, а 17,9% стали информационными волонтерами – помогали тем, кому была необходима помощь в освоении IT-технологий.

У 98,7% опрошенных дома есть Интернет, у 92,3% - свой компьютер или ноутбук. 83,3% респондентов отметили, что доступная им техника «точно» или «скорее точно» отвечает необходимым для работы функциональным требованиям.

В образовательный процесс КемГМУ прочно вошли такие интернет-ресурсы, как: «Консультант студента», ЭБС, «Консультант врача» и др. В электронной библиотеке, к которой имеют доступ все студенты и преподаватели, размещены электронные версии большинства учебников, учебных и учебно-методических пособий.

Интерактивное взаимодействие «студент» – «преподаватель» в университете в настоящее время происходит в информационно-образовательной среде, созданной на основе Moodle LMS при наличии современного технического оборудования (компьютер, планшет, смартфон). Постоянное и оперативное общение, осуществляется также посредством Skype, приложений ZOOM, Discord, через электронную почту, чаты социальных сетей и мессенджер WhatsApp.

Система Moodle LMS имеет удобный интуитивно понятный интерфейс, студенты факультета лечебное дело и все преподаватели университета имеют

личный кабинет, регистрируясь по индивидуальному логину и паролю. Основной структурной единицей каждого модуля, соответствующей дисциплины, является «Интерактивное занятие», доступ к которому открывается соответственно календарно-тематическому плану. Теоретический раздел представлен в виде лекционного материала и презентаций. Информационный блок включает также методические рекомендации, список литературы со ссылками на источники в электронных библиотеках. Контролирующий блок включает в себя контрольные вопросы, ситуационные задачи, тесты - контрольных заданий, что позволяет быстро и качественно оценить качество подготовки обучающихся. На выполнение каждого из представленных заданий отводится ограниченное количество времени. После окончания занятия преподаватель индивидуально в автоматическом или ручном режиме оценивает работу каждого студента.

С практическими занятиями сложнее, но и здесь есть выход. Часть занятий, например, в лабораториях не носят напрямую исследовательский характер. Например, уже у химиков есть опыт - снимается на камеру эксперимент, который показывает лаборант. А студенты потом описывают, что произошло.

По числу программ, которые студенты не могут завершить освоение курсов не смогут завершить в дистанционном формате лидируют следующие программы медицинского направления подготовки «Лечебное дело».

Исследование показало, что при всех положительных моментах после первых двух недель дистанционного обучения вузы столкнулись с целым рядом проблем. Во-первых, возникают вопросы достоверности того, что полученные от студента материалы подготовлены без посторонней помощи. отсутствует возможность контролировать заимствования присланного текста из учебной литературы и ресурсов сети Интернет и др. Так как основной целью обучения на клинических кафедрах медицинского университета является овладение студентами практическими навыками и умениями [6], второй серьезной

проблемой стало отсутствие возможности работать в условиях симуляционного центра КемГМУ.

Дистанционное обучение – это гибкая и изменяющаяся система, и в таких удаленных условиях нередко возникают ситуации, когда необходимо быстрое информирование студентов об изменениях в организации образовательного процесса. На вопрос о своевременности информирования 91% студентов положительно ответили. Всего 6,4% респондентов пожаловались на несвоевременность и только 1,2% на отсутствие заданий от преподавателей. В целом немногим менее четверти опрошенных 21,7% считали, что их обучение стало менее эффективным после перехода на дистанционный формат.

Анализ вопросов об адаптации к новым условиям обучения показал, что большинство респондентов 68% хорошо адаптировались к новым условиям, 20,5% - удовлетворительно и лишь у 6,4% - адаптация проходит сложно, что может быть связано с низким уровнем владения персональным компьютером, навыками работы в сети Интернет, а также с периодически возникающими техническими трудностями. При этом для 73% опрошенных студентов формат дистанционного обучения является удобным, и они удовлетворены процессом обучения в дистанционной форме. Кроме того, четверть респондентов (24,3%) отмечают повышение уровня мотивации к обучению, у 15,3% респондентов он снизился, а у подавляющего большинства остался на прежнем уровне.

Три четверти опрошенных отметили, что сталкиваются с теми или иными сложностями (рис.1). Самые распространенные проблемы студентов - нехватка общения с одногруппниками (34,6%), технические проблемы различного рода и перебои с Интернетом (33,3%), недостаток общения с преподавателем offline (33,3%).

Использование в процессе обучения в дистанционном режиме образовательного портала университета отметили 87,2% респондентов. Почти все участники анкетирования (98,7%) ответили положительно на вопрос о проведении занятий с применением платформы Moodle. В процессе обучения

сами преподаватели чаще всего используют обучающие презентации, семинары и вебинары на собственных дистанционных сервисах университета, а также Scype и Zoom сессии. В качестве наиболее оптимальных для учебного процесса форм взаимодействия с преподавателем студенты в равной степени отмечают различные способы: социальные сети, видеосервисы, форумы и чаты, практические работы в цифровом виде с отзывом преподавателя, а также использование электронной почты.

Большинство респондентов (66,7%) высоко оценили как способ подачи преподавателями учебной информации, так и ее содержание, в то же время 28,2% отметили, что хотели бы получить больше дополнительного материала по изучаемым темам, для 3,8% предложенный для изучения материал не открыл ничего нового, и для 7,6% обучающихся материал остался непонятным.

В процессе дистанционного обучения некоторые обучающиеся столкнулись с рядом технических проблем. 18% респондентов отмечали сложный уровень заданий, 16,6% - недостаточное количество обучающего материала, 7,6% - погрешности обратной связи, 5,1% - несвоевременное получение ответов на поставленные вопросы. В то же время контроль выполнения заданий преподавателями, по данным анкетирования, выполнялся регулярно.

Среди «плюсов» дистанционного обучения респонденты отметили: повышение уровня безопасности жизни и здоровья в условиях коронавирусной инфекцией (88,4%), возможность повторно просматривать учебный материал (69,2%), экономию времени на дорогу в университет и возможность правильно питаться (60,2%), индивидуальный темп обучения (53,8%), использование современных образовательных технологий (41%).

На дополнительные возможности самостоятельной внеаудиторной работы указали 36% респондентов. наличие дополнительного учебных объема материалов и повышение качества обучения - 18% обучающихся.

К числу недостатков удаленного обучения в медицинском университете опрошенные отнесли: отсутствие демонстрации преподавателем практических навыков (84,6%) и возможности их отработки (48,7%), что, безусловно, является важным для будущей медицинской сестры.

Анализ ответов на вопросы, связанных с уровнем владения ПК и навыками работы в сети Интернет, показал ожидаемый уровень уверенной работы более чем у половины респондентов - 55,1%, а в то же время 23% указали на недостаточный уровень владения современной техникой.

В целом более трети (35,9%) студентов ответили, что дистанционный формат обучения им нравится больше, чем очный. Четверть опрошенных считают, что при этом формате им проще задавать вопросы преподавателю. У 64% респондентов появилось больше времени на сон, 55% стали меньше уставать от учебы, у 48,7% стало больше свободного времени.

Опрос ректоров университетов, проведенный Национальным исследовательским университетом «Высшая школа экономики» образования, показывает, что работа с преподавателями - одна из главных задач стоящая перед руководством университетов. Качественный переход в online -формат во многих случаях предполагает наличие курсов повышения квалификации, индивидуальной работы с преподавателями, переработки содержания курсов и др., что также требует дополнительных ресурсов.

Переход в образовательную Интернет-среду, вызванный пандемией, наглядно продемонстрировал, что сами по себе учебные аудитории не имеют особого значения. Важны знания, которые предлагает университет. И главное, источник знаний – это не технологии, лекции, электронные учебники и вебинары, а люди, сообщество, традиции вуза.

В высшем образовании особую, значимую роль играет бренд университета, вклад в который вносят его история, успехи выпускников и др. А также исследовательские задачи, которые решают сотрудники вуза. Очевидно, что развитие образовательных online-платформ, которое неизбежно произойдет

после пандемии, усилит мобильность знаний и, как следствие, получение их все реже будет привязано к учебному заведению. В обозримом будущем резюме преподавателей могут быть представлены из разных мест работы и привязка к одному конкретному университету исчезнет окончательно. Это уже происходит и в настоящее время в США и ряде европейских стран [5]. В результате вузы сохранят за собой две главные функции: социализации и сертификации, поскольку университеты предоставляют доступ к сообществу и решают задачу оценивания полученных знаний. Поэтому все элитарные университеты мира, как правило, полностью на online не переходят, очень значительная часть учебного процесса – это личные встречи.

Привычный формат экзаменов и зачётов с жесткой стандартизацией вероятно тоже может отойти на второй план. В условиях самоизоляции некоторые кафедры университета уже отказались от итоговых тестов и оценивали знания обучающихся по их работе в течение семестра и учебного года. В КемГМУ уже опробовали способ оценки по результатам участия студентов в различных предметных олимпиадах. В них и сами обучающиеся смогли сравнить, оценить свой уровень подготовленности по сравнению с другими участниками.

Дистанционный формат экономит и время преподавателей, и аудиторный фонд, и появляется огромное количество возможностей, которые можно складывать по-разному, в зависимости от задач, которые стоят перед вузом в рамках Федерального государственного образовательного стандарта. Пандемия задала вектор цифровизации, но развитие событий все еще зависит от того, кокой выбор общество сделает в будущем. В этих условиях особую ценность приобретают два навыка – гибкость и критическое мышление. Именно эти свойства историк Юваль Харари называл главными навыками человека будущего в своей книге «Двадцать один урок для XXI века» [6]. Очевидно, сейчас лучшее время для их развития.

Таким образом, в эпоху глобального информационного и образовательного пространства, при возрастающем значении информационных технологий, дистанционная форма обучения дает возможности для приобретения качественного профессионального образования за счет возможности доступа к учебному и дополнительному материалу и быстрому способу передачи информации в процессе взаимодействия обучающегося с преподавателями. Однако для медицинского вуза вынужденный переход на полное дистанционное обучение в связи с угрозой распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19 требует тщательного анализа, связанного как с оценкой эффективности обучения, так и с удовлетворенностью обучающихся. Под удовлетворенностью студентов понимают субъективную, эмоционально окрашенную оценку качества тех или иных объектов, условий учебной деятельности, в том числе межличностных отношений [2]. Определение удовлетворенности студентов переходом на полное дистанционное обучение позволит выявить слабые стороны деятельности вуза в данном направлении и целенаправленно осуществлять меры по их усовершенствованию.

Заключение. Переход на удаленную работу и на дистанционную форму обучения – это вынужденная мера, которая стала необходима для того, чтобы максимально сократить риски здоровья людей.

Заложенные за последние годы инфраструктурные решения развития online-образования оказались актуальными в кризисной ситуации. Первые две недели режима перехода на карантинные меры показали, что в целом вузы смогли противостоять распространению паники среди студентов и преподавателей, настроили рабочие процессы. Об этом свидетельствуют социологические данные опроса студентов и интервью с преподавателями.

Проведенное исследование показало, что современные студенты обладают достаточно хорошими навыками по работе с современной техникой, программным обеспечением и работе в сети Интернет. Как следствие, быстро

адаптировались к дистанционной форме обучения в условиях пандемии COVID-19. Абсолютное большинство владеет актуальной информацией, касающейся путей распространения и методов профилактики распространения новой коронавирусной инфекции, получаемой в основном из официальных источников. В целом студенты удовлетворены процессом обучения в дистанционном режиме. высоко оценили содержание учебной информации и ее подачу преподавателями университета. Проблемы и трудности, возникающие в ходе освоения образовательных программ в новой форме, в основном связаны с техническими возможностями вуза. То, что необходимо в настоящее время, это, в первую очередь, улучшение цифровой инфраструктуры. Вместе с тем, внедрение online-образования должно осуществляться с осторожностью и этот процесс потребует времени на подготовку преподавателей, разработку и апробацию online-курсов по всем учебным дисциплинам, предусмотренных учебным планом.

В конечном итоге, вузам в настоящее время гораздо важнее извлечь Заключение из этого стихийного «глобального эксперимента» и организовать в дальнейшем планомерную работу над ошибками, чтобы избежать их в будущем.

Литература / References

1. Акименко, Г.В., Михайлова, Т.М. К вопросу о современных подходах к методическому обеспечению преподавания психологии в медицинском вузе на примере кафедры психологии КемГМУ // В сборнике: Наука и образование: сохраняя прошлое, создаём будущее. сборник статей X Международной научно-практической конференции: в 3 частях. 2017. С. 188-190.

2. Акименко, Г.В., Селедцов, А.М., Кирина, Ю.Ю. Опыт дистанционного обучения студентов факультета «Сестринское дело» в условиях пандемии COVID-19 // Медицинская сестра. 2020. Т. 22. № 5. С. 12-18.

3. Дистанционное обучение в экстремальных условиях. [Электронный ресурс]. - URL: https://academia.interfax.ru/ru/analytics/research/4491/ (дата обращения 20.09.2021).

4. Великая, Е.В. Модель «Национального исследовательского университета» (на примере НИУ «Высшая школа экономики»). [Электронный ресурс]. - URL: https://cyberleninka.ru (дата обращения 20.09.2021).

5. Четверть преподавателей вузов в России не используют онлайн-практики: данные ВШЭ. [Электронный ресурс]. - URL: https:// issek.hse.ru/news/ 354966148.html . (дата обращения 28.09.2021).

6. Learning Online What Research Tells Us About Whether, When and How. [Электронный ресурс]. - URL: https://www.routledge.com/Learning-Online-What-Research-Tells-Us-About-Whether-When-and-How-1st/Means-Bakia - Murphy/p/book/9780415630290. (дата обращения 27.09.2021).

АРТ-ТЕХНОЛОГИИ ВЫЯВЛЕНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ РЕСУРСОВ СПОРТСМЕНОВ ВЫСШИХ ДОСТИЖЕНИЙ

М.В. Носкова
Кафедра клинической психологии и педагогики
ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, Екатеринбург

Аннотация. В статье рассматриваются ресурсы личности, в том числе психологические ресурсы. Раскрываются преимущества арт-технологий в работе со спортсменами высших достижений. Показан опыт применения арт-терапевтических занятий в контексте психологического сопровождения спортсмена, а также представлены примеры упражнений.

Ключевые слова: спорт высших достижений, спортсмен, психологические ресурсы, арт-технологии, упражнения.

ART TECHNOLOGIES FOR IDENTIFICATION OF PSYCHOLOGICAL RESOURCES OF HIGHER ACHIEVEMENTS ATHLETES

Noskova M.V.
Department of Clinical Psychology and Pedagogy
Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education
«Ural State Medical University» of the Ministry of Health of Russia,
Russia, Ekaterinburg

Abstract. The article discusses the resources of the individual, including psychological resources. The advantages of art technologies in working with elite athletes are revealed. The experience of using art therapy classes in the context of psychological support of an athlete is shown, and examples of exercises are presented.

Keywords: elite sport, athlete, psychological resources, art technologies, exercises.

В современном спорте высших достижений успех предопределяется не только физической, тактической, технической подготовкой, но и психологической подготовленностью, направленная на создание состояния психической готовности спортсмена. Особую актуальность данному вопросу придают современные глобальные реалии, связанные с обострением конкуренции на соревновательном этапе. Как показывает практика, необходимо не только рассматривать жизненные трудности, стрессовые и кризисные ситуации, конфликты, но и выявлять психологические ресурсы и ресурсы личности спортсмена, помогающие ему успешно их преодолевать.

С.Л. Соловьева в своей работе пишет: «Наличие определенных ресурсов, потенциалов, возможностей расширяет поле деятельности личности, делая более достижимыми значимые цели в жизни. Ресурсы как бы субъективно повышают ценность человека в глазах окружающих и в его собственном мнении о самом себе, делают его более сильным, значительным и продуктивным. Когда мы выносим суждение о другом человеке, мы учитываем не только его актуальную ситуацию, но и потенциальные возможности и

ресурсы, поскольку резервы и ресурсы – в определенном смысле значимый капитал каждой личности» [4].

Из исследования И.Б. Котовой и А.М. Аветян известно, что, являясь сложным образованием, психический ресурс личности включает в себя различные по своей природе составляющие. Одним из распространенных подходов к определению природы психического ресурса личности является установление его характеристик, способных «поддержать» выполнение какой-либо деятельности или справиться с трудной ситуацией. Такое понимание составляет основу диспозиционного подхода к ресурсной проблематике. Данный подход достаточно распространен в современной психологии. При этом в качестве ресурсов называются различные психические процессы или личностные особенности, поддерживающие результативность, успешность деятельности человека или его жизненную успешность в целом» [3, С. 66].

Доказано, что внешние психические ресурсы человек приобретает благодаря социальному способу своего существования. Социальная поддержка и содействие, симпатия, взаимопомощь и прочие социальные феномены выступают значимым фактором достижения человеком необходимого жизненного благополучия. Внутренние ресурсы связаны с некими заложенными в человеке задатками, дающими возможность преодолевать разные стресс-факторы и трудности. В качестве таких внутренних факторов выступают познавательные возможности человека, его интеллект, эмоциональные ресурсы, духовный потенциал, ряд личностных возможностей и пр. [2, С.78].

Отметим, что психологическая подготовка спортсмена имеет педагогическую направленность и, на наш взгляд, развитие спорта высших достижений базируется на следующих психолого-педагогических принципах:

– принцип гуманизации (эффективность взаимодействия и взаимоотношений тренера, психолога, спортсмена, уважение, соблюдение прав спортсмена);

– принцип целостности, структурированности, упорядоченности, непрерывности тренировочного процесса;

– принцип активности, открытости и доступности информационной среды для участников спортивной деятельности;

– принцип единства общей, специальной подготовки и психологического сопровождения спортсмена на разных этапах спортивной подготовки;

– принцип личностно-ориентированного подхода в спортивной деятельности;

– принцип профессиональной обоснованности и целесообразности (содержание, формы, методы, технологии, средства подготовки спортсменов с учетом вида спорта, возрастных, гендерных особенностей);

– принцип объективности;

– принцип сознательности, самореализации, саморазвития спортсменов;

– принцип взаимосвязи обучения и воспитания.

В рамках психологического сопровождения спортсменов высших достижений, мы применяем арт-терапевтические технологии. Считаем, что эти технологии эффективны, мягко и безопасно оказывают психологическое влияние на личность. Арт-терапия (art-therapy) – лечение изобразительным искусством. В работе И.Н. Карицкого и И.В. Лопатковой отмечается, что использование техник искусства, художественных техник, художественно-творческого метода, в частности, арт-терапии в спорте открывает важные перспективы повышения спортивных показателей, снижения травматичности спорта, улучшения психологического самочувствия спортсменов и улучшения их адаптации к социуму [2, С.713].

В работе со спортсменами мы используем рисуночную терапию, которая позволяет прорабатывать личностные проблемы, внутренние конфликты; направлены на преодоление страха; раскрывают психологические ресурсы спортсмена.

Занятия с использованием арт-технологий проводятся как индивидуально, так и в групповой форме.

Представим кратко тренинговые упражнения с элементами арт-технологий с целью раскрытия психологических ресурсов спортсмена.

Рекомендуемое количество участников в группе до 15 человек. Каждое занятие включает в себя несколько этапов:

1. Краткая теоретическая часть с аргументацией практической значимости упражнений.
2. Инструкция по выполнению упражнений.
3. Реализация заданий.
4. Обсуждение результатов.

Упражнение «Арт-рисунок «Кто Я?»

Оборудование: ватман, краски, гуашь, вода, кисточки разных размеров, карандаши, восковые мелки и др. Участник сам выбирает материал для рисования.

Инструкция. Вам необходимо на листе бумаги нарисовать себя в разных ситуациях, в том числе и спортивной деятельности. Время выполнения упражнения –30 минут. Затем участник(и) рассказывают про свой рисунок, комментируя, отвечая на вопросы группы или психолога. После этого участнику необходимо назвать свои 10 положительных качеств.

Упражнение «Мои эмоции»

Оборудование: лист А4, кисточки разных размеров, краски, гуашь, вода, кисточки.

Инструкция. Разделить лист на 6 квадратов. В каждом квадрате необходимо изобразить свои эмоции. Каждая эмоция должна изображаться своим цветом, при этом постарайтесь представить размер, форму или оттенок эмоции. Время выполнения задания –20 минут. После выполнения упражнения проходит дебрифинг.

Упражнение «Сундук радостных вещей и ситуаций»

Оборудование: лист А4 или А3, краски, гуашь, вода, кисточки разных размеров.

Инструкция. Представьте, что перед вами сундук. У каждого он свой по размеру, форме, цвету. Необходимо в него положить вещи или ситуации, вызывающие у вас радость. Изобразите свой сундук и наполните его радостными вещами или ситуациями. Время проведения упражнения – 50 минут. После окончания упражнения проходит обсуждение. Примерные вопросы. Какие чувства вы испытывали, когда выполняли упражнение? Что вы чувствуете сейчас? Хотели бы вы внести изменения в свой рисунок?

Упражнение «Я в спорте»

Оборудование: лист А4 или А3, краски, гуашь, вода, кисточки разных размеров, цветные карандаши, восковые мелки, пастель.

Инструкция. На листе бумаги изобразите себя в спортивной деятельности. Время выполнения задания –50 минут. Далее обсуждение итогов работы.

Упражнение «Моя проблема и ее решение»

Оборудование: лист А4 или А3, краски, гуашь, вода, кисточки разных размеров, цветные карандаши, восковые мелки, пастель.

Инструкция. На листе бумаги необходимо нарисовать свою проблему и ваше видение решения своей проблемы. Время выполнения задания – 40 минут. Далее обсуждение проблемы и перспективные направления ее решения.

Мы привели только несколько примеров упражнений с применением арт-технологий.

Как показывает практика, арт-технологии позволяют снизить уровень тревожности, тревоги, усталости; способствуют высвобождению чувств раздражения, отчаяния, обиды; формируют психическую устойчивость, стрессоустойчивость; находит решения тех или иных проблем.

Литература / References

1. Капиева К.Р. Психический ресурс личности: паттерны и детерминанты развития / Гуманизация образования, 2015. – № 3 –С.75-81.
2. Карицкий И.Н., Лопаткова И.В. Арт-терапия в спорте: теоретическое введение обзор исследований / Перспективы психологической науки и практики, 2017. – С. 709-715.
3. Котова И.Б., Аветян А.М. Психический ресурс личности как основа создания и реализация авторского проекта / Известия Южного Федерального Университета, 2013. – № 5. – С. 65-72.
4. Соловьева С.Л. Ресурсы личности / Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2010. –№ 2. [Электронный ресурс] URL: http://www.medpsy.ru/mprj/archiv_global/2010_2_3/nomer/nomer02.php (дата обращения: 18.10.2021).

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ПОДРОСТКОВ С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ И УПОТРЕБЛЕНИЕМ АЛКОГОЛЯ, ОБУЧАЮЩИХСЯ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ДЛЯ ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

О.И. Пискарева, О.С. Рубцова, Д.В. Вострых, А.А. Лопатин, И.И. Зорохович
ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер имени профессора Н.П. Кокориной», Россия, г. Кемерово

Аннотация. В данной статье обобщен практический опыт специалистов наркологического диспансера по оказанию медико-психологической помощи подросткам с умственной отсталостью, ассоциированной с регулярным употреблением спиртных напитков, учащихся в образовательной организации для лиц с ограниченными возможностями здоровья по программам профессиональной подготовки.

Ключевые слова: умственная отсталость, несовершеннолетние, психоактивные вещества, психологическая коррекция.

PSYCHOLOGICAL SUPPORT OF ADOLESCENTS WITH MENTAL RETARDATION AND ALCOHOL CONSUMPTION STUDYING IN AN EDUCATIONAL ORGANIZATION FOR PERSONS WITH DISABILITIES

Piskareva O.I., Rubtsova O.S., Vostrykh D.V., Lopatin A.A., Zorokhovich I.I.
Kuzbass clinical narcological dispensary named after Professor N.P. Kokorina, Russia, Kemerovo

Abstract. This article summarizes the practical experience of specialists of the narcological dispensary in providing medical and psychological assistance to adolescents with mental retardation associated with regular consumption of alcoholic beverages, students in an educational organization for persons with disabilities under vocational training programs.

Keywords: mental retardation, minors, psychoactive substances, psychological correction.

Проблема умственной отсталости является одной из наиболее значимых в современной психиатрии. Это связано с достаточной распространенностью умственной отсталости, особенно ее легких форм, тенденцией к увеличению числа несовершеннолетних лиц с умственной отсталостью, трудностями воспитания, трудового обучения и высоким риском дезадаптации умственно отсталых подростков.

Изучению умственной отсталости, ассоциированной с регулярным употреблением психоактивных веществ, посвящены лишь единичные публикации в отечественных и зарубежных источниках. Из-за легкой внушаемости, снижения критики, умственно отсталые подростки начинают употреблять алкоголь в компании сверстников или старших. Движущим мотивом являются любопытство, подражательство – они не в полной мере способны осознавать последствия аддиктивного поведения, не могут выстроить логическую цепочку от начала злоупотребления психоактивными веществами до возникновения зависимости и возможных негативных последствий для жизни.

Подростки с умственной отсталостью, ассоциированной с регулярным употреблением спиртных напитков, нуждаются не только в обучении по специализированным коррекционным программам для лиц с ограниченными возможностями здоровья VIII вида, но и в психологическом сопровождении и консультативной помощи врачей психиатров-наркологов.

Из 446 студентов I и II курсов одной из образовательных организаций г. Кемерово для лиц с ограниченными возможностями здоровья нуждались в психологическом сопровождении и консультативной помощи врача психиатра-нарколога 18,6% несовершеннолетних.

В 2019 году специалистами наркологического диспансера было осмотрено 185 студентов указанной образовательной организации, из них выявлено 36 человек с повышенным риском употребления спиртных напитков. В 2020 году осмотрено 256 несовершеннолетних студентов; с повышенным риском злоупотребления алкоголем выявлено 46 человек.

Выявленные подростки регулярно осматривались врачом психиатром-наркологом с применением инструментальных и лабораторных методов диагностики с целью контроля трезвости, при необходимости проводились курсы амбулаторного или стационарного лечения в наркологических отделениях с последующим диспансерным наблюдением.

Учет особенностей формирования наркологической патологии у лиц с легкой умственной отсталостью формирует мероприятия по дифференцированной помощи данному контингенту. Мероприятия должны быть направлены на повышение уровня знаний о вредных последствиях употребления различных видов психоактивных веществ, помощь в освоении жизненных навыков по принятию решений и сопротивляемости давлению со стороны сверстников, обучение альтернативным, более конструктивным формам реализации потребности в социализации.

Основная задача работы с психологом – выработка твердой установки на отказ от употребления психоактивных веществ, что способствует социально-трудовой и психологической адаптации.

В сформированных специалистами наркологического диспансера группах подростков, склонных к злоупотреблению алкоголем, были использованы экспериментально-психологические методики, направленные на исследование интеллектуально-мнестической деятельности, поведения подростков в сложных жизненных ситуациях, оценки восприятия себя.

Специалистами использовались методы психотерапевтического воздействия. Психологическая помощь осуществлялась индивидуально или в составе специально сформированных лечебных групп (когнитивно-поведенческая, личностно ориентированная, рациональная психокоррекция) с целью стабилизации психоэмоционального состояния, устранения личностных и поведенческих расстройств, формирования навыков ответственного поведения, коррекции межличностных взаимоотношений.

Арт-терапия в качестве немедикаментозного психотерапевтического метода способна облегчить возможность участия подростков в социальной жизни, удовлетворить их потребность в творческой деятельности и самореализации. В качестве методик применялись терапия рисунком, сказкотерапия, фильмотерапия, музыкотерапия. Использование арт-терапевтических технологий позволяло подросткам справиться со своими проблемами, восстановить эмоциональное равновесие или устранить имеющиеся нарушения поведения.

Из участников экспериментальной группы 78% (64 человека) активно включились в работу со специалистами наркологического диспансера; 22% участвовали в мероприятиях формально.

По результатам проведенной работы, подростки, принимавшие активное участие в психокоррекционной работе, становились более успешными и уверенными в общении с педагогами и со сверстниками, стремились к

адекватному выражению своих эмоций, становились более упорядоченными в поведении, в дальнейшем продолжили успешно обучаться, занимались спортом и вели трезвый образ жизни.

Таким образом, актуальность рассмотренной проблемы показывает необходимость межведомственного взаимодействия наркологической службы и образовательных организаций для лиц с ограниченными возможностями здоровья VIII вида, с целью формирования у обучающихся в них принципов ведения здорового образа жизни, стойких установок на трезвость и негативного отношения к употреблению психоактивных веществ.

ВЛИЯНИЕ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА CYP2C19 НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕБНЫХ И РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ ПСИХОСТИМУЛЯТОРОВ

К.Н. Поплевченков, Т.В. Агибалова, М. С. Застрожин, О.Ж. Бузик
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Московский научно-практический центр наркологии Департамента»

Аннотация. Целью работы было изучение влияния полиморфизма гена CYP2C19 на эффективность терапии пациентов с зависимостью от психостимуляторов. В исследование было включено 325 пациентов с зависимостью от психостимуляторов. Всем больным было проведено генотипирование и выделены полиморфные варианты гена CYP2C19, над пациентами было установлено катамнестическое наблюдение. В результате исследования было установлено, что полиморфизм гена CYP2C19 влияет как на эффективность психофармакотерапии аффективных нарушений у данных больных, так и на прохождение больными реабилитационной программы.

Ключевые слова: полиморфизм гена CYP2C19, зависимость от психостимуляторов, психофармакотерапия, реабилитация

EFFECT OF THE CYP2C19 GENE POLYMORPHISM ON THE EFFECTIVENESS OF THERAPEUTIC AND REHABILITATION

Poplevchenkov K.N., Agibalova T.V., Zastrozhin M.S., Buzik O. Zh.
State budgetary institution of health care of the city of Moscow Moscow Scientific and Practical Center for Narcology of the Department

Abstract. The aim of the work was to study the effect of the polymorphism of the CYP2C19 gene on the effectiveness of therapy in patients with addiction of psychostimulants. The study included 325 patients with dependence on psychostimulants. All patients were genotyped and polymorphic variants of the CYP2C19 gene were isolated, catamnestic observation was established over the patients. As a result of the study, it was found that the polymorphism of the CYP2C19 gene affects both the effectiveness of psychopharmacotherapy for affective disorders in these patients and the passage of a rehabilitation program by patients.

Keywords: polymorphism of the CYP2C19 gene, addiction of psychostimulants, psychopharmacotherapy, rehabilitation

Введение. В последние десятилетия Всемирная Организация Здравоохранения отмечает неуклонный рост потребления психостимуляторов. Увеличивается производство и потребление новых психоактивных веществ, среди которых доля психостимуляторов составляет 36%. [3]

Растет число пациентов с зависимостью от психостимуляторов во всем мире и в России в частности. По данным официальной статистики увеличивается количество больных с зависимостью от сочетаний наркотиков, значительную часть которых составляют психостимуляторы [6, С.22-24].

В рамках разрабатываемого в последние годы персонализированного подхода к лечению больных выделены биомаркеры, определяющие эффективность фармакотерапии различных психических расстройств у наркологических больных [1, С.31-32]. В частности определены полиморфные варианты генов кодирующие работу изоферментной системы цитохромов и

определяющие эффективность и безопасность психофармакотерапии у больных с алкогольной зависимостью [7, С.37-44; 8, С.35-42].

У больных с зависимостью от психостимуляторов в рамках синдрома отмены и в постабстинентном состоянии преобладают психопатологические расстройства, в частности различные аффективные нарушения в рамках патологического влечения к наркотику (ПВН) [5]. Для купирования аффективных нарушений активно применяется антидепрессивная психофармакотерапия и селективные ингибиторы обратного захвата серотонина в частности [10]. Один из рекомендованых антидепрессантов – это Эсциталопрам. Установлено, что полиморфизм гена CYP2C19 влияет на эффективность терапии Эсциталопрамом при различных аффективных нарушениях [4, С.82-86]. При этом подходы к терапии больных с зависимостью от психостимуляторов остаются общими, показания к назначению психофармакотерапии – симптоматические [9, С.899-952]. Используются психотерапевтические методики в рамках программы реабилитации наркологических пациентов [2].

Все вышеперечисленное определило актуальность данного исследования с целью создания персонализированного подхода к терапии пациентов с зависимостью от психостимуляторов.

Цель исследования: разработка персонализированного подхода к терапии пациентов с зависимостью от психостимуляторов с учетом полиморфизма гена CYP2C19.

Материалы и методы. В исследование вошли 325 пациентов, находящиеся на лечении в клинике МНПЦ наркологии ДЗМ, с диагнозом «психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением кокаина» (F14.2 по МКБ-10), «психические и поведенческие расстройства вызванные употреблением других психостимуляторов» (F15.2 по МКБ-10), «психические и поведенческие расстройства, вызванные одновременным употреблением нескольких наркотических средств и использованием других

ПАВ» (F 19.2 по МКБ-10, но при условии наличия зависимости от кокаина или других психостимуляторов), мужчины и женщины в возрасте от 18 до 50 лет, этнически русские. При включении в исследование больным предлагалось подписать форму информированного согласия. Исследование одобрено Локальным Этическим Комитетом при ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ» (заключение от 22.02.2018г.). Пациенты, вошедшие в исследование, после купирования острой симптоматики синдрома отмены, продолжали лечение в условиях стационарной или амбулаторной реабилитации. За пациентами устанавливалось катамнестическое наблюдение в течение года. Методы: клинико-психопатологический, молекулярно-генетический, анамнестические сведения от больных и их родственников, данные катамнестического наблюдения, статистический.

Результаты и их обсуждение. Все больные были распределены на группы в зависимости от вариантов употребления психоактивных веществ (ПАВ). В первую группу (74 человека – 24,2%) вошли больные с зависимостью только от психостимуляторов. Вторая группа - 67 человек (22%) с зависимостью от психостимуляторов и со сформированной зависимостью от каннабиноидов. Третья группа - 44 человека (14,4%) - пациенты с зависимостью от психостимуляторов и сформированной зависимостью от опиоидов (метадон, героин). Четвертая группа - 48 пациентов (15,7%) употребляющих психостимуляторы сочетано с алкоголем. Пятая группа - 45 пациентов (14,7%) которые имели зависимость от нескольких ПАВ одновременно, в том числе зависимость от психостимуляторов. Шестая группа - 47 пациентов, которые наряду с зависимостью от психостимуляторов имели сопутствующую коморбидную психиатрическую патологию. У 35 больных (74%) из 6 группы психиатрическая патология была представлена шизотипическим расстройством, у 9 человек (18,5%) был диагностирован депрессивный эпизод разной степени тяжести, у 3 пациентов (7,4%) наблюдалось генерализованное тревожное расстройство. Коморбидная

патология у больных 2-5 групп была представлена расстройствами личности (от 74,6 до 93%). У больных 1 группы расстройства личности встречались значительно реже – 37%.

В организме человека основной путь биотрансформации Эсциталопрама осуществляется при помощи цитохрома CYP2C19. В нашем исследовании мы использовали три аллельных варианта для определения пациентов с медленным, нормальным и сверхбыстрым метаболизмом Эсциталопрама. У большинства больных 1 группы был выявлен «дикий» (гомозиготный) тип полиморфизма CYP2C19*17 - 77%. У этих больных была нормальная скорость метаболизма Эсциталопрама. Пациентов с другими генотипами (CT и TT) в этой группе было значительно меньше (17 человек (23%)), они относились к сверхбыстрым метаболизаторам Эсциталопрама. В других группах наблюдалась другая картина, было больше пациентов с полиморфизмами CT и TT аллельного варианта CYP2C19*17 нежели с генотипом CC. У больных, употреблявших вместе с психостимуляторами другие ПАВ и у коморбидных пациентов преобладал сверхбыстрый метаболизм Эсциталопрама.

Клинически это выражалось в достоверно большем количестве пациентов среди больных 1 группы, которым для купирования аффективных нарушений и стабилизации психического состояния в постабстинентный период было достаточно монотерапии Эсциталопрамом. В других группах таких больных было значительно меньше. Больным 2-6 групп для стабилизации психического состояния монотерапии Эсциталопрамом было недостаточно и приходилось назначать дополнительную психофармакотерапию.

Что касается маркера CYP2C19*2, во всех группах было больше всего пациентов с генотипом «дикого» типа (GG). У пациентов с генотипом GG наблюдался нормальный метаболизм Эсциталопрама. Пациентов с генотипами GA и AA было значительно меньше во всех группах. У этих пациентов наблюдалась сниженная активность изофермента CYP2C19*2 (генотип GA) и замедленный метаболизм Эсциталопрама или отсутствие активности

изофермента CYP2C19*2 (генотип AA) и отсутствие метаболизма Эсциталопрама. Больше всего пациентов с генотипом GG было среди больных 1 группы (84%), в этой же группе было меньше больных с генотипами GA и AA (16%). В других группах пациентов с генотипами GA и AA было значительно больше (от 24% до 43%).

Клинически это выражалось в достоверно большем количестве нежелательных лекарственных реакций, в частности жалоб на тошноту, выявляемых среди больных 2-6 групп при приеме Эсциталопрама. В этих группах было больше пациентов с генотипами GA и AA аллельного варианта CYP2C19*2 у которых отсутствовал или был замедлен метаболизм Эсциталопрама.

Было установлено, что полиморфизм гена CYP2C19 влияет на эффективность реабилитации пациентов с зависимостью от психостимуляторов. Пациенты с генотипом CC полиморфного варианта CYP2C19*17 и GG полиморфного варианта CYP2C19*2 чаще соглашались пройти курс реабилитационной программы (стационарного и амбулаторного этапов) после выписки из клиники во всех группах. Пациенты с генотипами CT и TT аллельного варианта CYP2C19*17 и GA и AA аллельного варианта CYP2C19*2 значительно реже соглашались пройти курс реабилитации после купирования абстинентных расстройств. Для удержания их в рамках лечебно-реабилитационной программы требовалась интенсивная мотивационная психотерапевтическая работа с первых дней нахождения в клинике.

Заключение. На основе полученных результатов можно выделить персонализированные профили пациентов с зависимостью от психостимуляторов.

Первый профиль: зависимость только от психостимуляторов, отсутствие коморбидной патологии, гомозиготный генотип CC аллельного варианта CYP2C19*17 и гомозиготный генотип GG аллельного варианта CYP2C19*2. Для купирования аффективных нарушений и стабилизации психического

статуса достаточно монотерапии Эсциталопрамом. Для прохождения курса стационарной и амбулаторной реабилитационной программы эффективна обычная мотивационная психотерапевтическая работа в постабстинентный период.

Второй профиль: пациенты с сочетанной зависимостью от психостимуляторов и других ПАВ, наличие сопутствующей коморбидной психиатрической патологии, генотипы CT и TT аллельного варианта CYP2C19*17 и GA и AA аллельного варианта CYP2C19*2. Для купирования аффективных нарушений не эффективна монотерапия Эсциталопрамом. Рекомендованы антидепрессанты других групп и комбинированная психофармакотерапия. Рекомендована интенсивная мотивационная работа с первых дней нахождения в клинике с целью удержания пациента в рамках лечебно-реабилитационной программы.

Литература / References

1. Брюн Е. А., Копоров С. Г., Бузик О. Ж., Бедина И. А., Сорокин А. С., Головинский П. А., Дюжев Д. В., Мирошкин С. С., Скрябин В. Ю., Застрожин М. С. Разработка и имплементация персонализированных подходов к назначению фармакотерапии у пациентов с болезнями зависимости с целью повышения ее эффективности и безопасности // Премия города Москвы в области медицины: Сборник тезисов научных работ, представленных на присуждение премии в 2020 году. Москва. 2021. С. 31 – 32.

2. Валентик Ю.В., Сирота Н.А. Руководство по реабилитации больных с зависимостью от психоактивных веществ. Москва:. 2002. 256 с.

3. Всемирный доклад о наркотиках 2021: краткий обзор. 2021. [Электронный ресурс]. - URL: https http://www.narkotiki.ru/5_98922.htm (дата обращения: 15.09.2021).

4. Возможности применения антидепрессантов для лечения коморбидных больных с депрессивными расстройствами, страдающих

алкогольной зависимостью / Застрожин М.С. [и др.] // Наркология. 2017. Т. 16. № 1 (181). С. 82-86.

5. Иванец Н.Н., Анохина И.П., Винникова М.А. Наркология: национальное руководство. 2-е издание, переработанное и дополненное. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. 944с.

6. Мониторинг психических и поведенческих расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ в москве в 2017-2018 годах / Е.А. Кошкина [и др.] // Наркология. 2020. №4. С. 22 – 24.

7. Оценка влияния полиморфизма CYP2C19*17 на уровень равновесной концентрации диазепама у пациентов с синдромом отмены алкоголя / Скрябин В.Ю. [и др.] // Наркология. 2020. Т. 19. № 4. С. 35-42.

8. BAP updated guidelines: evidence-based guidelines for the pharmacological management of substance abuse, harmful use, addiction and comorbidity: recommendations from BAP. / Lingford-Hughes A.R. [et al.] // Journal of Psychopharmacology. 2012. Vol.26(7). p. 899-952.

9. Treatment for Stimulant Use Disorders. 1999. [Электронный ресурс]. - URL: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK64337/ (дата обращения: 16.09.2021).

РАССТРОЙСТВА СНА В ПЕРИОД РАСПРОСТРАНЕНИЯ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19)

М. А. Родина, Е.В. Григорьева

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

Аннотация. В данной статье рассмотрена частота встречаемости расстройств сна у здоровых лиц и лиц, переживших острый стресс в условиях пандемии. Проанализированный в данной статье результат нескольких эмпирических исследований даёт представление о распространённости

диссомнических и парасомнических расстройств, как результата влияния пандемии и как нормального проявления работы психики.

Ключевые слова: коронавирусная инфекция (COVID-19), расстройства сна, диссомнии, парасомнии.

SLEEP DISORDERS DURING THE COVID-19 SPREAD

Rodina M.A., Grigorieva E. V.
FSBEI HE «Kemerovo Medical StateUniversity» Ministry of Health of Russia, Russia, Kemerovo

Abstract. This article discusses sleep disorders among healthy individuals and those who have experienced acute stress in a pandemic. The result of several empirical studies that have been analyzed in this article gives an idea of the prevalence of dissomnic and parasomnic disorders, as a result of the impact of the pandemic and as a normal manifestation of the work of the psyche.

Keywords: coronavirus infection (COVID-19), types of sleep disorders, dyssomnia, parasomnia.

Введение. В настоящее время распространение новой коронавирусной инфекции и её влияние на психическое здоровье населения является актуальной темой исследования в области психологии. Неконтролируемое распространение новой коронавирусной инфекции не только повлияло на экономическое развитие многих стран и социальное благополучие граждан, но и сказалось на психическом состоянии многих из нас. В различных исследованиях был зафиксирован скачок в формировании новых психиатрических и психологических расстройств и усилении симптоматики приобретенных ранее, до пандемии. Подобные последствия наблюдались и в период после пандемии гриппа H1N1 около 100 лет назад [6, с. 105]. Напряженная обстановка, создавшаяся в период первой волны и сохраняющаяся по сей день, несомненно, порождает тревогу и страх, что может приводить к физиологическим

расстройствам. Расстройства сна так же сопровождают многих пострадавших, которых затронула пандемия.

Диссомния или диссомнические расстройства – это общее название для группы нарушений сна, при которых страдает его качество и количество, нарушается режим сна и бодрствования. Инсомния, ночные кошмары и иные парасомнические расстройства сна зачастую являются исходящим симптомом пережитой ранее острой реакции на стресс или последствием тяжелой травматической ситуации, которая привела к ухудшению адаптивных физиологических процессов организма. Травматической ситуацией следует считать в т.ч. и коронавирусную инфекцию – большой стресс вызвал вынужденный карантин и самоизоляция различных слоёв населения, социальное дистанцирование и смена привычного ритма жизни. Ограниченность действий и постоянный информационный поток вызывали отрицательные эмоции и порождали негативные убеждения [5]. В США почти половина людей испытывали серьезный уровень тревоги и 40% опасались, что они сами или их близкие могут заболеть COVID-19 в тяжелой форме и умереть [7]. Таким образом, последние 1,5 года имеют потенциально травматизирующий эффект на психику человека.

В целом, нарушение сна – одно из наиболее часто встречающихся расстройств в психиатрической и неврологической практике [3, с. 69]. Те или иные нарушения сна в мирное время, по данным российских и зарубежных исследований, наблюдаются в среднем у половины населения стран Европы, Северной Америки и РФ. Во многих случаях в анамнезе присутствуют один или несколько диссомнических и парасомнических расстройств.

Эти расстройства делят на диссомнические (изменение качества и длительности сна) и парасомнические (анормальные эпизодические состояния во время сна), при этом все они могут быть присущи лицам, которые не встречались с травмирующим фактором. Течение постстрессового восстановления влияет на характер и яркость диссомнии и парасомнии, в то

время как сами расстройства сна могут ухудшать общую симптоматику уже имеющихся психических и соматических расстройств или приводить к возникновению новых.

Существует также связь диссомнии с уровнем личностной тревожности: чем она выше, тем более вероятно наличие у человека той или иной диссомнии [2, с. 339]. Уровень личностной и ситуативной тревожности непосредственно связан с восприятием травмирующей ситуации, а значит, влияет и на возможное развитие острой реакции на стресс и дальнейшей травматизации. Значит, чем более тревожна личность, тем больше вероятность появления у неё расстройств сна. Ряд авторов указывают на связь между нарушениями сна и высоким риском суицидального поведения: например, ночные кошмары увеличивают риск самоповреждения [1, с. 101]. Также высокий риск суицидального поведения указывается авторами как одно из возможных последствий наличия ПТСР; в таких случаях наличие диссомнии может ускорить процесс развёртывания суицидальной картины вплоть до истинного суицида. Поэтому диагностика и выявление расстройств сна являются столь же важными и необходимыми, как и лечение сопровождающих их иных заболеваний. А сейчас, в условиях пандемии, исследование расстройств сна приобретает особую актуальность.

Цель исследования - изучение частоты встречаемости расстройств сна у здоровых лиц и лиц, переживших острый стресс в условиях пандемии. Для реализации цели были поставлены следующие задачи:

1. Выявить частоту встречаемости и особенности диссомний (парасомний) у здоровых лиц и лиц с психотравмой.

2. Сравнить особенности, присущие экспериментальной группе (лицам с расстройствами сна и наличием пережитой ситуации острого стресса в анамнезе) и контрольной группе (лицам, не имеющих каких-либо анализируемых расстройств).

Материалы и методы. Для решения поставленных в исследовании задач был использован метод опроса, включающий в себя самостоятельно разработанную анкету. Опрос был проведен с использованием Google форм. С целью анализа полученных результатов был использован метод математической статистки. Данные, используемые в исследовании, были полученные в два этапа – первый этап исследования был проведен в 2020 году (результаты были также положены в основу исследовательской работы по теме «Расстройства сна у лиц, переживших ситуацию острого стресса» [4]); второй этап исследования был проведен в сентябре 2021 года. Выборку составили 249 человек. Географически респонденты проживают в разных городах и странах (Россия, Украина, Республика Беларусь). Среди респондентов было 214 женщин и 34 мужчины. Средний возраст – 21 год.

Результаты и обсуждение. На первом этапе исследования было выявлено следующее. Среди всех опрашиваемых 3/4 респондентов пережили ситуацию острого стресса. При этом треть респондентов указала, что данная ситуация имела место быть меньше шести месяцев назад на момент проведения интервью (63 случая). Тогда мы предполагали, что во многом это связано с актуальной ситуацией в мире – интенсивное распространение коронавирусной инфекции происходило именно в это время. Спустя год нам удалось получить более подробную информацию о возможной связи между выявленными расстройствами сна и пандемией, что будет изложено далее.

Также были получены общие сведения о наличии у респондентов тех или иных психических и соматических расстройств, которые косвенно или напрямую могут повлиять на появление расстройств сна. Статистика показала, что наиболее распространённой у респондентов группой расстройств являются тревожные расстройства (33 случая). Аффективные и невротические расстройства встречаются у респондентов чуть реже (28 и 26 случаев соответственно). В выборке у 16 человек было диагностировано ПТСР (это 6% от всех респондентов). Примерно 1/4 всех респондентов являются совершенно

здоровыми по выбранным нами критериям. От расстройств сна страдают 125 человек (50% всех респондентов; 80% тех, кто указал факт встречи с острым стрессом). Наиболее встречаемой диссомнией является бессонница (при этом, в половине случаев она является ситуативной). Среди парасомний наиболее распространённая – ночные кошмары. Также было выявлено пять случаев сомнамбулизма (в возрастной группе от 12 до 18 лет). Примечательно, что у 71 человека имеется лишь одно расстройство сна, в основном это ночные кошмары (у 32 респондентов). Два и более расстройств сна указало 54 человека, наиболее встречаемое сочетание – ночные кошмары и бессонница. Стоит отметить, что процент ночных кошмаров растёт с переходом к более старшей возрастной группе. Это связано с тем, что частота встречаемости других расстройств уменьшается. В результате качественного анализа было выявлено, что помимо часто встречаемых ночных кошмаров людям с аффективными расстройствами присущи также ночные ужасы, у людей с невротическими расстройствами чаще всего встречается бессонница. Она же присуща и людям с тревожными расстройствами. С помощью коэффициента корреляции Пирсона была выявлена взаимосвязь между наличием в анамнезе недавно пережитой ситуации острого стресса и имеющимися расстройствами сна (r = 0,56). Таким образом, можно отметить, что существует зависимость между феноменом острого стресса и расстройствами сна, при этом не все случаи травматизации могут приводить к возникновению диссомнических и парасомнических расстройств. Частным вопросом является вопрос взаимосвязи перечисленных феноменов с ПТСР. Результаты нашего исследования показали, что коэффициент корреляции равен 0,93. Практически все респонденты с ПТСР испытывали ситуацию острого стресса в последние три года и имеют какие-либо расстройства сна (в основном, это хроническая бессонница и ночные кошмары).

На втором этапе исследования фокус внимания был смещён на изучение влияния ситуации распространения новой коронавирусной инфекции на

расстройства сна у населения. Динамика отслеживалась в период накануне пандемии, в период роста статистики заболеваемости и в настоящий момент (сентябрь 2021). Были получены следующие результаты. Среди опрошенных 44% указали, что почувствовали влияние ситуации распространения COVID-19 на своё психическое здоровье. Респонденты единично отмечали появление панических атак, усиление ипохондрического настроя, лабильность эмоций, апатию, страх выходить на улицу, постоянное ощущение «грязных рук», усиление раздражительности, снижение психических процессов, а также появление страхов о возможности заболевания родственников и близких COVID-19 и иными тяжелыми заболеваниями. Некоторые респонденты указывали переживания, связанные с потерей близкого в результате заболевания COVID инфекцией. Также 2/3 выборки указали, что субъективно за последние полтора года (период выбран с учетом начала антиковидных мероприятий) стали более тревожными; половина респондентов связывает это с COVID-ситуацией (52%). Единично респонденты указывали СМИ как основной источник влияния на их психическое состояние – чрезмерная информированность усиливала их тревогу.

Среди респондентов 41% указали, что переболели коронавирусом в легкой форме, 9% – в тяжелой; четверть выборки не болели указанным заболеванием, ещё четверть затрудняется ответить. После тяжелого течения болезни все респонденты отмечают усиление тревожности, после легкого течения – 2/3 респондентов.

Отдельным блоком были заданы вопросы в отношении наличия расстройств сна среди населения в ситуации распространения COVID-19. До появления инфекции у половины респондентов наблюдалось расстройство сна (50% по результатам первого этапа исследования и 44% по результатам второго этапа). В период распространения инфекции количество случаев рассматриваемых расстройств сна немногим увеличилось (66% респондентов). В данный момент, последние полгода, ситуация сохраняется (64%).

В период локдауна в группе респондентов, которые переболели коронавирусной инфекцией в легкой форме, число случаев расстройств сна увеличилось: до пандемии расстройство сна наблюдалось у 42% респондентов, во время активного распространения инфекции – у 64%, в данный момент – у 71%. В группе респондентов, переболевших в тяжелой форме, выявлено: до пандемии от расстройств сна страдало 33% респондентов, во время активного роста заболеваемости – 100%, в данный момент статистика снизилась до допандемийного уровня – так же 33%. В группе респондентов, не болевших COVID-19, до пандемии от расстройств сна страдало 28% выборки, во время роста заболеваемости – 42%, в данный момент – 57%. Таким образом, динамика расстройств сна выше у тех лиц, кто переболел COVID-19 в легкой форме, и тех, кто не болел коронавирусной инфекцией вообще. Предполагаем, что это является спецификой выборки, но тем не менее данный результат стимулирует нас на дальнейшее изучение проблематики, поскольку результаты могут свидетельствовать об особенностях ощущения летальности данного заболевания после перенесения его в различных формах.

Качественный анализ показал, что частота встречаемости сомнамбулизма за время пандемии (в период с марта 2020 года по сентябрь 2021 года) уменьшилась на 15%, как и частота встречаемости ночных кошмаров (на 10%). При этом пик распространенности ночных кошмаров отмечается именно в период активного роста заболеваемости ковидом в 2020 году. На этот же период выпадает наибольшее количество случаев бессонницы: при этом характер данной диссомнии по степени тяжести так же усилился (во время активного роста заболеваемости COVID-19 случаев ситуативной бессонницы стало меньше по сравнению с доковидной статистикой, а количество случаев кратковременной и хронической бессонницы резко возросло).

Заключение. Таким образом, было выявлено следующее: подавляющее большинство респондентов на момент исследования пережили ситуацию острого стресса в последние три года, что позволило обозначить их как

экспериментальную группу. Среди этих ситуаций качественно новой является ситуация распространения новой коронавирусной инфекции. Абсолютно здоровыми по выделенным нами критериям (отсутствие острой реакции на стресс, отсутствие расстройств сна и соматических и психических расстройств, предложенных в анкете) являются лишь 20% выборки. Экспериментальная группа разнохарактерна: не все, кто пережил острый стресс, страдают от расстройств сна (1/5 группы не имеют диссомнии и/или парасомнии). Среди всей выборки наиболее распространённым видом расстройств сна являются ночные кошмары, далее по распространённости «лидирует» ситуативная (транзиторная) бессонница. Ночные ужасы оказались третьими по распространённости, что даёт повод беспокоиться. Иные выявленные случаи, на наш взгляд, не показывают необходимость медицинского вмешательства. Например, как было сказано ранее, бессонница в половине случаев носит ситуативный характер. Несомненно, есть вероятность перехода её в более долговременное и даже хроническое течение, но ссылаясь на стороннее исследование, стоит отметить, что такой вид диссомнии обычно проходит самостоятельно.

Почти половина респондентов почувствовали влияние ковидной ситуации на собственное психическое здоровье. Помимо тревожности появлялись и усиливались иные невротические симптомы, указанные выше. Расстройства сна в ситуации ковида стали регистрироваться чаще, по сей день ситуация относительно стабильна. У людей, переболевших COVID-19 в тяжелой форме, наблюдался яркий прирост частоты встречаемости расстройств сна в период наиболее активного роста заболеваемости (100%), тогда как в группе лиц, переболевших в легкой форме, расстройства сна в данный период не достигало абсолютных значений. В группе респондентов, не болевших COVID-19, процент встречаемости расстройств сна в любой из выбранных временных промежутков является наиболее низким по общей выборке. Также именно период наиболее активного роста заболеваемости COVID-19 является

пиком для распространенности некоторых диссомний, например, ночных кошмаров. Полученные в ходе всего исследования результаты обладают дальнейшим потенциалом изучения. Мы намерены следить за развитием пандемии и отслеживать динамику её влияния на качество и частоту распространения различных расстройств сна.

Литература / References

1. Любов, Е.Б., Зотов, П.Б. Нарушения сна и суицидальное поведение. Сообщение I: распространённость, влияния и взаимосвязи [Текст] / Е.Б. Любов, П.Б. Зотов // Суицидология. – 2020. – №11 (1). С. 98–116;

2. Ноговицына, Н.М., Лис, Я.О. Исследование уровня тревожности у подростков [Электронный ресурс] / Н.М. Ноговицына, Я.О. Лис // Проблемы современного педагогического образования. – 2019. №64–3. С. 338-341. URL: https://cyberleninka.ru/article/n/issledovanie-urovnya-trevozhnosti-u-podrostkov (дата обращения: 15.10.2020);

3. Полуэктов, М.Г., Борискина, Л.М. Расстройства сна в амбулаторной практике врача [Электронный ресурс] / М.Г. Полуэктов, Л.М. Борискина // Медицинский Совет. – 2015. №17. С. 68-77. URL: https://doi.org/10.21518/2079-701X-2015-17-68-77 (дата обращения: 01.09.2021);

4. Родина, М.А. Расстройства сна у лиц, переживших острый стресс: курсовая работа. Кемеровский государственный университет, Кемерово, 2020;

5. Brooks S.K., Webster R.K., Smith L.E., Woodland L., Wessely S., Greenberg N., Rubin G.J. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence // The Lancet. – 2020. DOI: 10.1016/ S0140-6736(20)30460-8;

6. Johnson N.P., Mueller J. Updating the accounts: global mortality of the 1918–1920 «Spanish» influenza pandemic // Bulletin of the History of Medicine. – 2002. – P. 105-115;

7. Schwartz B.J. New Poll: COVID-19 Impacting Mental Well-Being: Americans Feeling Anxious, Especially for Loved Ones // APA News releases. –

March 25, 2020. – URL: https://www.psychiatry.org/ newsroom/news-releases/new-poll-covid-19-impacting-mentalwellbeing-americans-feeling-anxious-especially-for-loved-ones-olderadults-are-lessanxious (дата обращения: 09.10.2020)

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ В МЕДИЦИНСКОЙ СРЕДЕ

М.М. Романова, А.В. Чернов
Кафедра физической и реабилитационной медицины, гериатрии ИДПО ФГБОУ ВО Воронежский медицинский государственный университет им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, Россия, г. Воронеж

Аннотация. В данной статье рассмотрены результаты исследования по изучению некоторых особенностей психоэмоциональной сферы в медицинской среде. В работе применялись клинико-психопатологический, экспериментально-психологический, психодиагностический методы исследования. Полученные данные свидетельствуют о необходимости организации профилактических мер, ранней диагностики и адекватной коррекции выявленных изменений и нарушений психоэмоциональной сферы среди врачей и медицинских сестер.

Ключевые слова: медицинская среда, врачи, медицинские сестры, психоэмоциональная сфера, профессиональное выгорание.

SOME FEATURES OF THE STATE OF THE PSYCHO-EMOTIONAL SPHERE IN THE MEDICAL ENVIRONMENT

Romanova M.M., Chernov A.V.
Department of Physical and Rehabilitation Medicine, Geriatrics IDPO Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «Voronezh State Medical University» of the Ministry of Health of Russia, Russia, Voronezh

Abstract. This article discusses the results of a study on the study of some features of the psycho-emotional sphere in the medical environment. Clinical-

psychopathological, experimental-psychological, psychodiagnostic research methods were used in the work. The data obtained indicate the need to organize preventive measures, early diagnosis and adequate correction of the identified changes and disorders of the psycho-emotional sphere among doctors and nurses.

Keywords: medical environment, doctors, nurses, psycho-emotional sphere, professional burnout.

В настоящее время продолжается реформирование и совершенствование системы отечественного здравоохранения. Указом Президента Российской Федерации от 06 июня 1019 г. № 254 «О стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года» определено, что «увеличение численности населения, продолжительности жизни, продолжительности здоровой жизни, снижение уровня смертности и инвалидности населения, соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий» являются ближайшими целями развития здравоохранения в нашей стране. В числе угроз национальной безопасности в сфере охраны здоровья граждан документ определяет, в том числе, высокий уровень распространенности неинфекционных заболеваний и «отток высококвалифицированных медицинских работников из государственных медицинских организаций», к основным задачам развития здравоохранения относит создание условий для повышения доступности и качества медицинской помощи [15].

Поэтому в современных условиях возрастают требования к профессиональным качествам и профессиональным компетенциям медицинских работников, совершенствуются квалификационные требования, утверждаются профессиональные стандарты по отдельным специальностям [3, 5, 9]. Это способствует увеличению психо-эмоциональной нагрузки и нервного перенапряжения в повседневной профессиональной деятельности медицинских работников. К факторам, опасным для здоровья медицинских работников,

относят такие нервно-эмоциональные факторы как интеллектуальное и эмоциональное напряжение, напряжение внимания и памяти, необходимость принимать решение в экстремальной ситуации и сохранять высокую работоспособность.

В наступившую эпоху цифровизации виду интенсификации характера труда в современной медицине актуализируются проблемы психологического здоровья медиков, физиологически адаптационного потенциала, возможностей адекватного реагирования на моральные, эмоциональные, психические, этико-деонтологические аспекты работы в контексте перегрузок [4, 8, 11]. С другой стороны, повышается приоритетность вопросов высокой стрессоустойчивости, воспитания надежных морально-волевых качеств у медицинских работников, своевременного и эффективного выявления, профилактики и коррекции негативных особенностей состояния психоэмоциональной сферы в медицинской среде. Все вышеизложенное актуализируется многократно в период пандемии COVID-19.

Цель исследования: изучение особенностей психоэмоциональной сферы и синдрома профессионального выгорания среди медицинских работников.

Материалы и методы исследования. В исследование в условиях свободной выборки было включено 62 медицинских работника - врачи и медицинские сестры, средний возраст составил 47,7 ± 5,3. Участники исследования ознакомились с целями и задачами исследования, подписали информированное согласие на личное участие. В работе применялись клинико-психопатологический, экспериментально - психологический, психодиагностический методы исследования.

Для оценки особенностей психоэмоциональной личностной сферы применялись шкала Гамильтона для оценки тревоги (HARS), шкала Гамильтона для оценки депрессии (HDRS). Для оценки уровня профессионального выгорания использовали опросник В. В. Бойко «Диагностика уровня эмоционального выгорания» [14] и опросник «Профессиональное

(эмоциональное) выгорание (для медицинских работников)», разработанный на основе трехфакторной модели К. Маслач и С. Джексон в адаптированном варианте Н.Е. Водопьяновой, Е.С. Старченковой [1, 2]. Полученные данные обрабатывали статистически с помощью компьютерной программы «Statistica 10.0» с применением пара - и непараметрических критериев ($p<0,05$).

Результаты исследования и их обсуждение. Анализ статистически обработанных полученных результатов проводился как по общим показателям, так и по средним показателям средних оценок в выделенных группах (врачи и медицинские сестры) и подгруппах (возрастные категории, гендерные особенности, стаж профессиональной деятельности). В исследуемой группе медицинских работников были выявлены признаки тревожно-депрессивных изменений аффективной сферы у 44 лиц (71%), при этом наиболее выражены были среди психопатологических вариантов тревожно-меланхолический и субдепрессивный типы, среди врачей и медицинских сестер в подгруппах в возрастной категории от 40 до 50 лет, со стажем работы от 10 до 20 лет и более 20 лет. При анализе показателей по шкалам HARS и HDRS отмечались преимущественно субклинически выраженные формы тревожных и депрессивных расстройств.

Признаки синдрома профессионального выгорания (отдельные симптомы) наблюдались, согласно опроснику Бойко В. В., у 52 (83,8%) обследованных медиков. При этом в структуре синдрома и среди врачей, среди медицинских сестер преобладала фаза «истощения». Однако, в подгруппе возрастной категории от 40 до 50 лет преобладала стадия «деперсонализации». По структуре отдельных симптомов в группе врачей доминировали такие как «психосоматические и психовегетативные нарушения», «расширение сферы экономии эмоции», «переживание психотравмирующих обстоятельств», «неудовлетворенность собой», «загнанность в клетку»; в группе медицинских сестер чаще проявлялись «эмоциональная отстраненность», «личная

отстраненность», «эмоциональный дефицит», «неадекватное эмоциональное нравственное реагирование».

Согласно статистической обработке результатов анкетирования по опроснику К. Маслач и С. Джексон в адаптированном варианте Н. Водопьяновой, Е. Старченковой, средний интегральный показатель выгорания в группе врачей составил 6,3±0,7, что свидетельствовало о средней степени профессионального выгорания, в группе медицинских сестер – 7,8±0,9, что трактуется как высокая степень выгорания. При анализе по подгруппам наибольшее выгорание (крайне высокая степень) по шкалам «эмоциональное истощение» и «деперсонализация/цинизм» наблюдалась в подгруппе медицинских сестер возрастной категории от 40 до 50 лет со стажем более 20 лет и подгруппе врачей женского пола возрастной категории старше 50 лет со стажем более 20 лет. Полученные средние низкие баллы по шкале «профессиональная успешность» среди врачей в возрастной категории 20-30 лет со стажем работы до 10 лет, что, по-видимому, следует отнести к особенностям адаптационного периода становления личности в трудовой профессиональной деятельности.

При проведении корреляционного анализа выявлены корреляционные связи, прямые и обратные, средней интенсивности между отдельными средними показателями состояния аффективной сферы и синдрома профессионального (эмоционального) выгорания ($p<0,05$).

Результаты проведенного исследования в определенной мере согласуются с другими данными [6, 7], подтверждая научную целесообразность и практическую значимость работы в данном направлении, в том числе оптимизации психологической составляющей при формировании профессиональных компетенций в рамках программ образовательных стандартов высшего и среднего медицинского образования и дополнительных программ профессионального образования на этапах постдипломного дополнительного профессионального образования врачей и медицинских

сестер [10, 12, 13], а также других мероприятий по профилактике, раннему выявлению и коррекции психоэмоциональных изменений и расстройств в среде медицинских работников, включая реабилитационные мероприятия.

Учитывая вышеизложенное, считаем необходимым и целесообразным постоянное проведение мониторинга состояния здоровья работников, включая психологическую составляющую, а также дальнейшее совершенстование и развитие «системы профилактики профессиональных рисков», с ориентацией а «на качественное и своевременное выполнение лечебно-профилактических мероприятий, позволяющих вернуть работников к активной трудовой и социальной деятельности с минимальными повреждениями здоровья» [15].

Заключение. Таким образом, изменения психоэмоциональной сферы и проявления синдрома профессионального выгорания выявляются у медицинских работников, как среди врачей, так и среди медицинских сестер, преимущественно выражены в старших возрастных группах. Оптимизация, разработка и реализация мероприятий по сохранению психологического здоровья и повышению адаптационного потенциала медиков, профилактики и коррекции негативных особенностей состояния психоэмоциональной сферы в медицинской среде будут способствовать совершенствованию системы управления заболеваемостью медицинских работников и, безусловно, внесут вклад в повышение качества и эффективности оказания медицинской помощи населению нашей страны.

Литература / References

1. Водопьянова Н. Е., Старченкова Е. С. Синдром выгорания: диагностика и профилактика. - М., 2016. - 336 с.

2. Водопьянова Н. Е. Синдром выгорания. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http: https://psycabi.net/testy/391-oprosnik-professionalnoe-emotsionalnoe-vygoranie-pv-metodika-k-maslach-i-s-dzhekson-adaptatsiya-n-vodopyanova-e-starchenkova-testy-dlya-diagnostiki-sindroma-pv (дата обращения: 15.03.2021)

3. Высшее образование в России: история и современность / отв. ред. Нагорнова А.Ю. - Ульяновск: «Зебра». – 2017. – 453 с.

4. Бабанов С.А. Синдром эмоционального выгорания // Врач скорой помощи. - 2012. - № 10. - С. 59-65.

5. Болотских В.И. Опыт и перспективы применения новых педагогических технологий на кафедре поликлинической терапии в медицинском университете./ В.И. Болотских [и др.] // Современные наукоемкие технологии. - 2015. - № 12-3. - С. 476-479.

6. Миков Д.Р. Особенности синдрома эмоционального выгорания у медицинских работников многопрофильного стационара / Д.Р. Миков [и др.]// Вестник Пермского университета. Философия. Психология. Социология. - 2018. - Вып.1. - С. 88-97.

7. Огнерубов Н.А. Синдром эмоционального выгорания у врачей терапевтов / Н.А. Огнерубов, М.А. Огнерубова // Вестник Тамбовского университета. Серия: Естественные и технические науки. – 2015. - № 2. - С. 23-26.

8. О проблемах адаптации студентов / М.М. Романова [и др.] // Прикладные информационные аспекты медицины. - 2016. - Т. 19. № 1. - С. 99-103.

9. Оценка некоторых особенностей результатов диспансеризации населения в первичном звене здравоохранения региона / М.М. Романова [и др.] // Успехи современного естествознания. - 2014. - № 5-2. - С. 41-45.

10. Профессиональная подготовка субъектов образовательного процесса в современном вузе. / Отв. ред. Нагорнова А.Ю. - Ульяновск: «Зебра». – 2020. – 294 с

11. Романова М.М., Зуйкова, О.Ю. Ширяев. Оценка организации медицинской помощи в первичном звене здравоохранения глазами пациентов и медицинских работников// Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. – 2015. - № 59. - С. 100-103.

12. Романова М.М., Зуйкова А.А., Краснорyцкая О.Н. К вопросу о нравственном воспитании студентов медицинского университета // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. - 2016. - № 63. - С. 79-84.

13. Романова М.М., Зуйкова А.А. Особенности организации преподавания поликлинической терапии в современных условиях // Успехи современного естествознания. - 2015. - № 1-8. - С. 1308-1310.

14. Сидоров П. Синдром эмоционального выгорания. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.psi-test.ru/pub/1/Sidorov-Sindrom-vygoraniy.html (дата обращения: 15.03.2021)

15. Указ Президента Российской Федерации от 06 июня 1019 г. № 254 «О стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года». [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http: //docs.cntd.ru/document/554815875 (дата обращения: 15.10.2021)

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ И ПЕРСПЕКТИВЫ ОРГАНИЗАЦИИ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19

М.М. Романова, А.В. Чернов

Кафедра физической и реабилитационной медицины, гериатрии ИДПО ФГБОУ ВО «Воронежский медицинский государственный университет» им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, Россия, г. Воронеж

Аннотация. В данной статье рассмотрены некоторые особенности и перспективы реабилитационных мероприятий в период пандемии COVID-19. Приведены результаты собственных исследований. Подчеркнута актуальность дальнейшей оптимизации реабилитационных мероприятий при новой коронавирусной инфекции в условиях пандемии COVID-19, всей системы реабилитации в целом.

Ключевые слова: медицинская реабилитация, реабилитационные мероприятия, новая коронавирусная инфекция, пандемия COVID-19.

SOME FEATURES AND PROSPECTS OF ORGANIZING REHABILITATION ACTIVITIES DURING THE COVID-19 PANDEMIC

Romanova M.M., Chernov A.V.
Department of Physical and Rehabilitation Medicine, Geriatrics IDPO Voronezh State Medical University named after N.N. Burdenko of the Ministry of Health of Russia, Russia, Voronezh

Absract. This article discusses some features and prospects of rehabilitation measures during the COVID-19 pandemic. The results of our own research are presented. The urgency of further optimization of rehabilitation measures for a new coronavirus infection in the conditions of the COVID-19 pandemic and the entire rehabilitation system as a whole is emphasized.

Keywords: medical rehabilitation, rehabilitation measures, new coronavirus infection, COVID-19 pandemic.

В XXI веке инфекционные заболевания, оказывая влияние как на физическое, так и на психическое здоровье, а также на экономическое развитие и социальную сферу в государствах во всем мире, становятся буквально одной из основных угроз для развития мирового сообщества [16,17].

В конце 2019 года в мире началась вспышка новой коронавирусной инфекции. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) 11 февраля 2020 г. присвоила официальное название инфекции, вызванной новым коронавирусом, - COVID-19 («Coronavirus disease 2019») [13]. В настоящее время SARS-CoV продолжает циркулировать и вызывать новые случаи заболевания. При этом критически важным является системный характер последствий после перенесенной коронавирусной инфекции, а также комплексный медико-социальный характер мероприятий медицинской реабилитации [3, 7].

Появление и распространение COVID-19 по миру поставило перед специалистами здравоохранения задачи, связанные с быстрой диагностикой и оказанием специализированной медицинской помощи. В настоящее время

сведения об эпидемиологии, клинических особенностях и лечении накапливаются и обсуждаются специалистами в режиме реального времени. Продолжается процесс накопления информации о первичной, вторичной профилактике и медицинской реабилитации этого заболевания [7, 8, 14].

Медико-социальные аспекты реабилитации пациентов после перенесенной новой коронавирусной инфекции тесным образом связаны с психологическими и социальными аспектами, что связано, с одной стороны – формированием у ряда лиц постковидного синдрома с поражением органов и систем организма, включая поражение центральной нервной системы и когнитивными расстройствами, с другой стороны – широкой распространенностью среди лиц пожилого и старческого возраста. Уже наблюдается и ожидается большое количество проблем, связанных с физическими, когнитивными и психосоциальными нарушениями у людей во время пандемии, а также после нее.

Предыдущие исследования показывали, что во время вспышек инфекционных заболеваний имеет место и широкое распространение различных негативных психологических реакций, а также формирование психопатологической симптоматики. Люди могут испытывать страх заболеть или умереть, чувство беспомощности и проявления стигматизации [6, 9, 18]. Нейрокогнитивный дефицит после перенесенного COVID-19 не зависит от госпитализации, тяжести и вирусемии, от усталости и изменений настроения, отличается от классического поствирусного синдрома, что является специфическим проявлением пост-COVID-19 [6]. В качестве факторов, негативно влияющих на психическое здоровье и психологическое благополучие населения, отмечаются: неопределенность, серьезность заболевания, дезинформация, социальная изоляция [14, 15], экономические последствия пандемии COVID-19 и их влияние на благосостояние человека [17,19].

Разные авторы относят к группам с высоким риском неблагоприятных последствий для психического здоровья следующие категории граждан:

собственно пациенты с COVID-19 и их семьи, лица с физическими или психическими заболеваниями, дети и подростки, беременные женщины, бездомные и пожилые люди [16, 19]. В тоже время в условиях пандемии в реабилитации нуждаются практически все пациенты после перенесенной новой коронавирусной инфекции.

Эффективная реализация поэтапной организации реабилитации и динамичное совершенствование средств и методов реабилитационных мероприятий у пациентов, перенесших COVID-19, имеет важнейшее значение для восстановления здоровья, сохранения трудоспособности, социально-экономического благополучия, повышения качества жизни населения. Особая роль в процессе реабилитации отводится санаторно-курортным медицинским организациям.

Цель исследования – повышение качества и эффективности оказания медицинской помощи лицам с новой коронавирусной инфекцией путем оптимизации реабилитационных мероприятий в условиях санатория, определение перспектив развития реабилитационных мероприятий в период пандемии COVID-19.

Материалы и методы. В исследование были включены больные, находящиеся на 3-м этапе медицинской реабилитации в условиях санатория после новой коронавирусной инфекцией COVID-19 с разным течением, поражением систем, осложнениями. Помимо стандартного обследования проводились, в том числе оценка питания и метаболического статуса [1, 4, 5], оценка пищевого поведения [2, 12], оценка психоэмоциональной сферы, оценка качества жизни. Применялись базисные и индивидуальные программы реабилитационных мероприятий. Полученные данные обрабатывали статистически с помощью программ Microsoft Excel 10.0 и Statistica 10.0 for Windows с применением параметрических и непараметрических критериев.

Результаты и их обсуждение. Разработанная и реализуемая в санатории им. Горького программа реабилитации пациентов на 3-м этапе, перенесших

COVID-19, имея целевое назначение на улучшение качества жизни, обеспечение возможности полного восстановления социальной, бытовой и профессиональной активности пациента, направлена на восстановление нарушенных функций сердечно-сосудистой, дыхательной, эндокринной, пищеварительной, центральной и периферической нервной систем, опорно-двигательного аппарата и нормализацию психо-эмоциональной сферы.

При построении программы реабилитации учитывались: синдромно-патогенетический принцип и принцип индивидуального подхода; клинические паттерны болезни; комплексная направленность; фокусированность на восстановлении наиболее поврежденных функций организма больного. В программу включены медикаментозный, физический, образовательный и психологический аспекты. Лечебный эффект программы направлен на восстановление нарушенных функций со стороны сердечно-сосудистой, дыхательной, эндокринной, центральной и периферической нервной системы, опорно-двигательного аппарата, нормализации психо-эмоциональной сферы. Особенности реабилитационных методов основывались на персонифицированном подходе к коррекции индивидуального набора функциональных/патологических нарушений конкретного больного (в первую очередь учитывались степень поражения легких, риск кардиореспираторной декомпенсации и вероятных тромбоэмболических осложнений, симптомы утомляемости, астении, миалгии и депрессии, а у больных с тяжелой формой инфекции —снижение массы тела и мышечной массы, выраженность нутритивной недостаточности, когнитивные нарушения).

В базисную программу включены такие процедуры как лечебная физкультура в зале (индивидуально и в группе); дыхательная гимнастика;. проведение пробы Штанге, пробы Генчи; скандинавская ходьба; лечебная физкультура в бассейне; лечебные ванны: жемчужные, хвойные, морские, камфорно-пихтовые, «сухие» углекислые ванны; лечебные души: циркулярный, шарко, восходящий; подводный душ-массаж; массаж ручной классический;

электрофорез лекарственных препаратов, светотерапия, воздействие электрическим полем ультравысокой частоты, электросон, воздействие низкоинтенсивным лазерным излучением, воздействие высокочастотными электромагнитными полями, магнитотерапия, диадинамотерапия; воздействие синусоидальными модулированными токами; спелеовоздействие; ингаляционное воздействие лекарственных препаратов и кислорода; назначение диетической терапии; воздействием климатом; терренкур; психотерапия.

Разработанные и внедренные базисные и индивидуальные программы реабилитации пациентов, перенесших COVID-19 способствовали достижению целей реабилитации, уменьшению количества жалоб у пациентов; уменьшению клинической симптоматики; улучшению функции внешнего дыхания; улучшению показателей общих функциональных резервов организма; увеличению толерантности к физическим нагрузкам; снижению нарушений аффективной сферы; повышению качества жизни, статистические достоверные по отдельных шкалам и показателям ($p<0,05$) .

Новые перспективы в развитии и совершенствовании реабилитационных мероприятий связаны, по-нашему мнению, с Приказом министерства труда и социального развития от 18 июня 2020 года № 352н «Об утверждении профессионального стандарта «Специалист по реабилитационной работе в социальной сфере», который открывает буквально новые возможности при организации реабилитации, в том числе лицам пожилого и старческого возраста после перенесенной новой коронавирусной инфеции, и, безусловно, в дополнительном профессиональном образовании сотрудников социальной сферы. В этом контексте представляется необходимым и целесообразным дальнейшее совершенствование системы профессиональных стандартов, в том числе утверждение профессиональных стандартов и подготовку специалистов по медицинской психологии, специалистов по эргореабилитации, специалистов и физической реабилитации.

В Консенсусе экспертов российских сообществ (2021) обсуждаются вопросы комплексной медицинской реабилитации больных после новой коронавирусной инфекцией. Подчеркнуто, что COVID-19 может вызывать, в том числе нейрокогнитивные и психические нарушения, полиорганную дисфункцию. Эксперты указывают, что при проведении реабилитационных мероприятий «обучение больного (и его родственников) играет ключевую роль в любой программе реабилитации и формировании позитивной мотивации. Больного необходимо информировать о принципах здорового образа жизни», «ознакомить с основами физиологии и анатомии дыхательной и сердечно-сосудистой систем, обсудить пути заражения и передачи COVID-19, профилактику возможных последствий болезни, разъяснить важность приверженности рекомендациям врача, лекарственной терапии и реабилитации» [8]. Безусловно, рациональная организация школ здоровья для пациентов [10, 11], будет способствовать повышению эффективности реабилитационных мероприятий. В то же время следует отметить, что значительную роль в таком обучении могут и должны занимать медицинские психологи, специалисты по эрготерапии, специалисты по физической реабилитации, в том числе из числа сотрудников социальной сферы.

Мы солидарны с тем, что распространение новой коронавирусной инфекции в условиях пандемии и режима самоизоляции «потребовало оперативного решения задач, связанных с установлением особенностей ее клинических проявлений, определением порядков лечения, диагностики, системы профилактики и вакцинации населения, а также методов медицинской реабилитации лиц, перенесших COVID-19, учитывающих тяжесть и специфику течения заболевания» [8].

Заключение. Реабилитация пациентов, перенесших COVID-19 имеет важнейшее значение для восстановления и сохранения здоровья населения. Поэтому ее эффективные организации и реализация, достижение целей и задач

медицинской и социальной реабилитации определяет социальные последствия пандемии для общества и государства в целом.

В период пандемии COVID-19 система реабилитации в нашей стране получила новый импульс к развитию как самостоятельного научного и практического направления, включая нормативно-правовую и методическую базу, новейшие медицинские инновационные методы, алгоритмы и технологии.

Успешное преодоление медико-социальных последствий пандемии COVID-19, дальнейшее развитие системы реабилитации при новой коронавирусной инфекции в условиях пандемии COVID-19 и всей системы реабилитации в целом в нашей стране мы связываем с несколькими факторами: дальнейшее поступательное совершенствование нормативно-правовой базы системы реабилитации в стране; реализацией в работе на практике в полном объеме приказов ведомственных министерств по направлению реабилитация; должное финансирование системы реабилитации; утверждением профессиональных стандартов и профессиональной подготовкой специалистов по специальностям: «Медицинский психолог», «Специалист по эргореабилитации», «Медицинский логопед» и «Специалист по физической реабилитации»; разработкой клинических методических рекомендаций по применению Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) с учетом адаптации к потребностям системы медицинской реабилитации в Российской Федерации; разработкой клинических методических рекомендаций по санаторно-курортному лечению и реабилитации; совершенствованием программ профессиональной переподготовки и повышения квалификации в системе дополнительного профессионального образования врачей и социальных работников.

Можно с уверенностью утверждать, что эти меры во многом определят нивелирование и ликвидацию отрицательных медицинских, социальных, психологических и других последствий пандемии COVID-19, будут способствовать повышению качества реабилитационных мероприятий,

качества и продолжительности жизни у различных других категорий граждан, улучшению демографической ситуации в стране.

Литература / References

1. Анализ распространенности избыточной массы тела и ожирения среди населения, в том числе детского, по данным осмотров в центрах здоровья воронежской области / М.М Романова др. // Вопросы детской диетологии. 2012. Т. 10. № 3. С. 47-49.

2. Бабкин А.П., Романова М.М., Зуйкова А.А. Особенности питания, вкусовой чувствительности и циркадианный ритм экскреции метаболитов оксида азота у больных с синдромом диспепсии и метаболическим синдромом // Вопросы питания. 2018. Т. 87. № S5. С. 71.

3. Новая коронавирусная инфекционная болезнь COVID-19: особенности комплексной кардиологической и респираторной реабилитации Бубнова М. Г. и др. // Российский кардиологический журнал 2021;26(5):4487

4. Особенности фактического питания и пищевого статуса разных групп населения, в том числе детского, по данным посещений центров здоровья / М.М.Романова и др.// Вопросы детской диетологии. 2013. Т. 11. № 1. С. 15-18.

5. Оценка пищевого статуса больных хронической болезнью почек, получающих заместительную почечную терапию / М.М. Романова [и др.] // Вопросы питания. 2018. Т. 87. № S5. С. 114-115.

6. Постковидный синдром: опыт терапевта и психотерапевта. [Электронный ресурс] URL: https://shopdon.ru/blog/postkovidnyy-sindrom-opyt-terapevta-i-psikhoterapevta/ (Дата обращения: 15.10.2021)

7. Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19): Временные методические рекомендации. М. 2020. [Электронный ресурс] - URL: https://static-.rosminzdrav.ru/system/attachments/attaches/000/050/122/original/28042020_%D0%9CR_COVID-19_v6.pdf (дата обращения: 15.10.2021).

8. Реабилитация после COVID-19: проблемы и возможности. [Электронный ресурс] - URL: http://council.gov.ru/media/files/k2bagAToYCeVPZ9QMSTX78x3CEqpMFvg.pdf (дата обращения: 15.10.2021)

9. Рекомендации для медицинских работников, находящихся в условиях повышенных психоэмоциональных нагрузок в период пандемии COVID-19. М., 2020. 46 с.

10. Романова М.М., Алексенко А.С. Особенности оптимизации организации школ здоровья в центре здоровья // Вопросы диетологии. 201 1. Т. 1. № 3. С. 6-7.

11. Романова М.М., Алексенко А.С., Музалькова Т.И. Оценка возможностей модификации факторов риска развития неинфекционных заболеваний в центре здоровья // Профилактическая медицина. 2012. Т. 15. № 2-1. С. 122.

12. Романова М.М., Махортова И.С., Золотарёва И.В. Пищевое поведение, привычки питания и качество жизни у больных с синдромом диспепсии и ожирением //Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. 2011. № 44. С. 186-190.

13. Стопкоронавирус. [Электронный ресурс] URL: https://стопкоронавирус.рф (дата обращения: 15.10.2021)

14. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. Lancet. 2020;395(10227):912–920;

15. Cao W., Fang Z., Hou G. The psychological impact of the COVID-19 epidemic on college students in China. Psychiatry research. 2020;287;

16. Mak W, Chu CM, Pan PC, Yiu MG, Ho SC, Chan VL. Risk factors for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in SARS survivors. Gen Hosp Psychiat. 2010;32:590–598.

17. Recknor F, Gordon M, Coverdale J, Gardezi M, Nguyen PT. A Descriptive Study of United States-Based Human Trafficking Specialty Clinics. Psychiatr Q. 2020;91(1):1-10.

18. Rubin G.J., Potts H.W.W., Michie S. The impact of communications about swine flu (influenza A H1N1v) on public responses to the outbreak: Results from 36 national telephone surveys in the UK. Health Technol. Assess. 2010; 14:183–266.

19. Shigemura J., Ursano R.J., Morganstein J.C., Kurosawa M., Benedek D.M. Public responses to the novel 2019 coronavirus (2019 – nCoV): mental health consequences and target populations. Psychiatry Clin. Neurosci. 2020;(February).

ПРОФИЛАКТИКА СУИЦИДОВ СРЕДИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ В РАМКАХ КОМПЕТЕНЦИИ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ КУЗБАССА

О.П. Рублева [1], Д.В. Вострых [1], И.И. Зорохович [1], А.А. Лопатин [2], А.М. Селедцов [2]

[1]ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер имени профессора Н.П. Кокориной», Россия, г. Кемерово

[2]Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Аннотация. В статье освещена проблема уровня распространения суицидов в Кузбассе, в том числе среди подростков; роль семьи в возникновении суицидального поведения у несовершеннолетних; отражен опыт специалистов региональной наркологической службы в части профилактики и предотвращения суицидов среди несовершеннолетних.

Ключевые слова: суицид, подростки, несовершеннолетние, профилактика, наркологическая служба, телефон доверия.

PREVENTION OF SUICIDE AMONG MINORS WITHIN THE PURVIEW OF THE NARCOLOGICAL SERVICE OF KUZBASS

Rubleva O.P.[1], D.V. Vostrykh[1], Zorokhovich I.I.[1], Lopatin A.A.[2], Seledtsov A.M.[2]

Kuzbass clinical narcological dispensary named after Professor N.P. Kokorina, Russia, Kemerovo

Kemerovo State Medical University of the Ministry of Health of Russia, Russia, Kemerovo

Abstract. The article deals with the issues of the prevalence of suicides in Kuzbass, including among adolescents; the role of the family in the emergence of suicidal behavior in minors; the experience of specialists of the regional drug abuse treatment service in the prevention and control of suicides among minors is reflected.

Keywords: suicide, minors, adolescents, prevention, narcological service, helpline.

Наркологическая служба Кузбасса принимает участие в профилактической работе, направленной на снижение суицидов и суицидальной активности среди несовершеннолетних. Данные мероприятия осуществляются с применением региональных программ профилактики путем взаимодействия с государственными и муниципальными организациями (образования, здравоохранения, социальной защиты, молодежной политики), правоохранительными органами, комиссиями по делам несовершеннолетних и защите их прав, общественными организациями и др.

Специалистами подразделений региональной наркологической службы проводится работа по профилактике суицидального поведения в среде несовершеннолетних в рамках профилактической работы как среди детей и подростков, так и для учителей, социальных педагогов, психологов и других работников образовательных организаций, а также специалистов других учреждений и ведомств, занятых работой с несовершеннолетними.

В образовательных организациях области психологами и другими работниками образовательных организаций совместно со специалистами наркологической службы региона осуществляется профилактическая работа с несовершеннолетними по привитию у них понимания ценности жизни и здоровья, по формированию принципов здорового образа жизни, предупреждению аддиктивного, в том числе суицидального поведения. С несовершеннолетними детьми и подростками организовано проведение бесед, лекций, видеодемонстраций, игр и тренингов, направленных на формирование позитивного мировоззрения и навыков здорового образа жизни.

В каждом кабинете врача психиатра-нарколога для обслуживания детского населения в городских и муниципальных округах и районах Кузбасса налажен постоянный межведомственный продуктивный контакт со всеми заинтересованными службами и ведомствами системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних с целью совместного наблюдения за детьми и подростками с наркологическими расстройствами, отклонениями в поведении и лицами, попавшими в трудную жизненную ситуацию. Сотрудники наркологической службы совместно с соответствующими ведомствами проводят рейды, консультативные приемы для членов семей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации.

В ходе индивидуальных консультаций несовершеннолетним группы риска по употреблению психоактивных веществ, а также находящимся под диспансерным наблюдением врача психиатра-нарколога, проводятся психодиагностические обследования с использованием проективных методик, патодиагностических опросников и опросников суицидального риска с целью выявления кризисных состояний, депрессивных тенденций, риска деструктивного, в том числе суицидального поведения.

Специалисты наркологической службы региона активно вовлекают в профилактическую работу молодежные объединения и студенческие активы, позволяющие эффективно воздействовать на несовершеннолетних и молодых

людей для формирования у них приверженности к ведению здорового образа жизни и профилактики суицидов. Примером такого направления работы является волонтерское движение, которое выступает одним из эффективных вариантов профилактической деятельности.

Данное направление реализуется во взаимодействии и с привлечением волонтерских отрядов, школьных и студенческих советов образовательных организаций и других молодежных и общественных объединений.

Активно к организации и проведению масштабных профилактических мероприятий привлекаются волонтеры Всемирного молодежного движения «Dance4life – Танцуй ради жизни!», проекты которого на территории региона воплощают в жизнь молодые люди под руководством кураторов Кемеровского благотворительного регионального общественного фонда «Кузбасс против наркотиков и СПИДа». Проекты волонтеров «Dance4life» направлены на популяризацию идей здорового образа жизни и ответственного поведения в сфере репродуктивного здоровья.

В летний период совместно со специалистами Министерства образования Кузбасса и Управления по контролю за оборотом наркотиков ГУ МВД России по Кемеровской области организована и осуществляется работа выездной бригады специалистов-психологов в загородные лагеря летнего отдыха, направленная на формирование и укрепление у несовершеннолетних установок на трезвый образ жизни.

Информационная кампания по пропаганде здорового образа жизни среди детей и подростков в период летних каникул 2020 года с учетом сложившейся ситуации, связанной с угрозой распространения новой коронавирусной инфекции, была сопряжена с рядом ограничительных мероприятий. Профилактические мероприятия в большинстве случаев были отложены, поскольку открытие сезонов загородных оздоровительных лагерей было перенесено на более поздние сроки, а в последующем отменены в связи с закрытием загородных оздоровительных лагерей отдыха.

Следует отметить, что в г. Кемерово на протяжении многих лет (с 1993г.) успешно функционирует самостоятельная суицидологическая служба, которая была создана для решения вопросов раннего выявления, диагностики суицидоопасных состояний, а также первичной и вторичной профилактики суицидов для лиц с непсихотическими формами психогенных реакций. Суицидологическая служба предназначена для оказания специализированной суицидологической и антикризисной помощи лицам с непсихотическими формами психогенных реакций, пограничными нервно-психическими нарушениями, психогенно обусловленными аффективными нарушениями у пациентов с соматическими заболеваниями и благоприятно текущими эндогенными процессами.

В настоящее время суицидологическая служба входит в состав государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Кузбасский клинический наркологический диспансер имени профессора Н.П. Кокориной» и включает в себя кабинет медико-социально-психологической помощи, отделение кризисных состояний на 30 коек и круглосуточный Телефон доверия.

Основной поток пациентов суицидологической службы обращается в кабинет медико-социально-психологической помощи самостоятельно в связи с кризисными, суицидоопасными состояниями, а также направляются психологами Телефона доверия. С целью профилактики суицидального поведения осуществляется взаимодействие со специалистами общесоматической сети: осмотр пациентов, в том числе несовершеннолетних, с суицидальными попытками в токсикологических и иных отделениях неотложной помощи и направление их в последующем для дальнейшего лечения в подразделения суицидологической службы. Не исключается направление пациентов из психоневрологических диспансеров.

В условиях риска распространения новой коронавирусной инфекции проведение очных профилактических мероприятий из-за ограничительных мероприятий вынужденно сокращается, в связи, с чем в сложившейся ситуации

важным звеном в работе суицидологической службы профилактики суицидов выступает «Телефон доверия», главные задачи которого – предотвращение дальнейшего развития остро возникших кризисных реакций у человека на стрессовую ситуацию, помощь в разрешении психотравмирующих ситуаций и, тем самым, устранение причин возможного покушения на самоубийство. Специалисты «Телефона доверия» осуществляют индивидуальное психологическое консультирование с целью профилактики перерастания стрессовой ситуации в суицидоопасное состояние, проводят поддерживающую дистанционную психотерапию абонентам с заявленными проблемами.

В 2013г. к «Телефону доверия» г. Кемерово была подключена Федеральная детская линия с общероссийским номером 8-800-2000-122, звонки на который являются бесплатными с любого телефона.

Около 30% обращений поступают от жителей Кемеровского городского округа и Кемеровского муниципального округа и относятся к категории социально значимых. Они требуют дальнейшей маршрутизации по социальным, административным, правовым и медицинским организациям г.Кемерово. К тому же, в условиях риска распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19, поступает большое количество звонков от тревожно-мнительных абонентов, с вопросами по медицинской тематике.

Звонки на «Телефон доверия» поступают круглосуточно и бесплатно на условиях анонимности и конфиденциальности. Информацию о насильственных действиях, совершаемых по отношению к абоненту, или готовящемся суициде психологи Телефона доверия могут передавать в правоохранительные органы с согласия самого абонента.

Обращения по проблеме насилия (в т.ч. семейного насилия) от самих детей крайне редкие, можно сказать, единичные. Чаще насилие над ребенком как проблему заявляют их близкие родственники, соседи, школьные учителя. Если все-таки звонят сами дети – жертвы насилия, то, как правило, они убеждены, что обнародование проблемы еще больше усугубит ситуацию. Даже

в этом случае в процессе разговора консультантом ведется работа по мотивации абонента на обращение его за помощью в предназначенные для этого социальные структуры.

Если удается убедить ребенка в необходимости обнародовать информацию о жестоком обращении с ним, то консультант собирает по возможности полную информацию о нем и его семье, оформляет официальное обращение и направляет его для проверки полученных сведений в Министерство социальной защиты населения Кузбасса.

Комплексная и системная работа специалистов службы «Телефон доверия» позволяет констатировать актуальность проблемы, формирует у человека, попавшего в трудную жизненную ситуацию, способность открыто заявить об этом, переводя данную проблему из категории «личной» в «общественную», дает возможность получить профессиональную помощь и поддержку.

В 2019г. на «Телефон доверия» абонентами было сделано 168 звонков по проблеме суицида, что составило 0,6% от общего числа звонков, из них дети – 31 чел. (0,1%). В 2020г. зарегистрировано 248 суицидальных обращений, что составило 0,9% от общего числа звонков, из них дети – 24 чел. (0,1%).

«Телефон доверия» также активно сотрудничает со средствами массовой информации (в т.ч. с различными Интернет-изданиями) по вопросам профилактики суицида, алкогольной и наркотической зависимости среди несовершеннолетних, а также по другим актуальным проблемам. На постоянной основе сотрудники «Телефона доверия» принимают участие в радио- и телепередачах, публикуют тематические статьи в областных газетах

Благодаря слаженной работе специалистов региональной наркологической службы, по данным территориального органа Федеральной службы государственной статистики по Кемеровской области (Кемеровостата), в Кузбассе отмечается тенденция снижения показателей завершенных

самоубийств, как среди всего населения, так и среди несовершеннолетних (таблица 1).

Показатель завершенных самоубийств среди всего населения Кемеровской области снизился на 7,42%: с 25,6 на 100 тыс. населения (692 чел.) в 2017г. до 23,7 на 100 тыс. населения (626 чел.) в 2020г.

Показатель завершенных самоубийств среди несовершеннолетнего населения Кемеровской области уменьшился на 34,62%: с 2,6 на 100 тыс. населения (15 чел.) в 2017г. до 1,7 на 100 тыс. населения (10 чел.) в 2020г.

Отмечен рост показателя завершенных самоубийств в г.Кемерово в 2020г. на 18,6% в сравнении с 2019г. (в абсолютных показателях 85 и 76 чел. соответственно), при этом не зарегистрировано завершенных самоубийств среди несовершеннолетнего населения г.Кемерово.

Таблица 1.

Количество случаев завершенных самоубийств в Кемеровской области в 2017-2020гг.

Категория	**Годы**							
	2017		**2018**		**2019**		**2020**	
	абс. число	на 100 тыс.	абс. число	на 100 тыс.	абс. число	на 100 тыс.	абс. число	на 100 тыс.
Кемеровская область, всего	692	25,6	568	21,2	605	22,7	626	23,7
из них несовершеннолетние	15	2,6	6	1,0	8	1,4	10	1,7
г. Кемерово	76	13,6	73	13,1	72	12,9	85	15,3
из них несовершеннолетние	3	2,8	0	0,0	2	1,8	0	0,0
г. Новокузнецк	124	22,4	108	19,5	113	20,5	93	17,0
из них несовершеннолетние	3	2,7	1	0,9	1	0,9	1	0,9

Заключение. Можно с уверенностью признать положительным опыт деятельности Министерства здравоохранения Кузбасса и региональной наркологической службы в рамках межведомственного взаимодействия с Министерством образования Кузбасса и другими заинтересованными службами и ведомствами в части предотвращения суицидов среди несовершеннолетнего населения региона.

АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ КУЗБАССА В 2018-2020 ГОДАХ

Г.М. Самсонова, А.А. Лопатин, Д.В. Вострых
ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер имени профессора Н.П. Кокориной», Россия, г. Кемерово

Аннотация: В статье отражена структура наркологической службы Кемеровской области, кадровый потенциал, проведен анализ основных показателей деятельности службы и уровня распространенности наркологических расстройств среди населения Кузбасса.

Ключевые слова: наркологическая служба, статистические показатели, психоактивные вещества, заболеваемость наркологическими расстройствами.

ANALYSIS OF THE ACTIVITIES OF THE NARCOLOGICAL SERVICE OF KUZBASS IN 2018-2020

Samsonova G.M., Lopatin A.A., Vostrykh D.V.
Kuzbass clinical narcological dispensary named after Professor N.P. Kokorina, Russia, Kemerovo

Abstract. The article reflects the structure of the narcological service of the Kemerovo region, the personnel potential, the analysis of the main indicators of the service and the level of prevalence of drug addiction disorders among the population of the Kuzbass.

Keywords: narcological service, statistical indicators, psychoactive substances, incidence of narcological disorders.

В структуру наркологической службы Кемеровской области входят три наркологических диспансера в городах Кемерово, Новокузнецке и Прокопьевске, четыре психоневрологических диспансера в городах Анжеро-Судженске, Белово, Киселевске и Юрге, две психиатрические больницы с наркологическими отделениями в городах Ленинск-Кузнецкий и Калтане, пять городских больниц в городах Березовский, Мыски, Междуреченск, Мариинск, Осинники и 17 районных больниц.

В наркологических подразделениях Кемеровской области по состоянию на 01.10.2021 года развернуто 342 койки в стационарных отделениях, функционирует 9 дневных стационаров на 184 пациенто-мест (в гг. Анжеро-Судженске, Белово, Калтане, Кемерово, Новокузнецке, Прокопьевске и Юрге).

Отмечается сокращение числа коек в стационарных отделениях на 25% и числа пациенто-мест дневных стационаров на 18,6% в сравнении с 2018 годом (457 коек и 226 пациенто-мест).

Показатель занятости наркологической койки в Кемеровской области в 2020г. (306 дней в году) незначительно снизился по сравнению с 2019г. (309 дней в году) и с 2018г. (325 дней в году), но при этом средняя длительность пребывания на наркологической койке в регионе сохраняется на достаточно высоком уровне (в 2020 году – 16,3 дней, в 2019 году – 15,8 дней, в 2018 году – 17,5 дней) при общероссийском показателе в 2020 году – 11,9 дней.

Занятость койки дневного стационара в Кемеровской области в 2020 году составила 187 дней в году, отмечено ее уменьшение по сравнению с 2019г. (290 дней) и 2018 годом, когда занятость была равна 304 дня в году. Снижение занятости койки в дневном стационаре наблюдалось и по стране в целом: с 281 в 2018г. до 221 дня в 2020г. Средняя длительность лечения на койке дневного пребывания в Кемеровской области в 2020 году (21,8 койко-дней) снизилась по

сравнению с 2019 годом (26 койко-дней) и с 2018 годом (27,8 койко-дней) при показателе в Российской Федерации за 2020 год – 12,5 койко-дней.

Общее число наркологических кабинетов для обслуживания детского и взрослого населения и кабинетов медицинского освидетельствования на состояние опьянения в Кемеровской области осталось на уровне 2018 года.

В структуре наркологической службы Кузбасса функционируют два стационарных отделения медицинской реабилитации для пациентов с наркологическими расстройствами в городах Кемерово и Прокопьевске, одно отделение медицинской реабилитации для детей и подростков в условиях дневного стационара в г. Кемерово и одно амбулаторное отделение медицинской реабилитации для пациентов с наркологическими расстройствами в г. Новокузнецке.

В отделении медицинской реабилитации для лиц с наркологическими расстройствами ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер имени профессора Н.П. Кокориной» развернуто 25 круглосуточных коек. В этом отделении разработана специальная лечебно-реабилитационная программа «Фламинго», направленная на создание психотерапевтической среды, каждый элемент которой имеет дифференциальное лечебное значение и подразумевает прохождение всего лечебно-реабилитационного цикла по индивидуальному плану, что позволяет добиваться не только отказа от употребления психоактивных веществ, но и значительного улучшения основных параметров качества жизни пациентов и их ближайшего окружения.

Отделение для длительной медико-социальной реабилитации больных наркоманиями и алкоголизмом на 25 коек работает в ГБУЗ «Прокопьевский наркологический диспансер», в котором применяются реабилитационные программы для лиц с наркологическими проблемами, основанные на принципах программы «12 шагов».

Отделение медицинской реабилитации (для детей и подростков) с наркологическими расстройствами в г. Кемерово на 25 человек работает в

режиме дневного стационара. Пациентам отделения медицинской реабилитации проводится курс лечебно-реабилитационных мероприятий, а также оказывается необходимая специализированная медицинская, психологическая и социальная помощь. Завершив полный курс реабилитации, пациенты овладевают основными жизненными навыками, бытовыми умениями, способностью к регулярной учебе и труду, получают профессию.

Показатель занятости реабилитационной койки в целом по Кемеровской области уменьшился с 316 дней в 2019г. до 350 дней в 2020г., и превышает показатель Российской Федерации (284 дней в 2020г.). Отмечается увеличение длительности пребывания на реабилитационной наркологической койке в Кемеровской области: с 89,2 дней в 2019г. до 101,4 дней в 2020г., при показателе Российской Федерации – 43,1 дней в 2020г.

Число врачей психиатров-наркологов в Кемеровской области по состоянию на 31.12.2020 года составляло 88 чел. (в 2019г. – 89 чел., в 2018г. – 98 чел.), показатель обеспеченности на 10 тыс. населения составляет – 0,31 на 10 тыс. населения, что ниже показателя Российской Федерации в 2020 году (0,34 на 10 тыс. населения).

В 2020 году наркологическими подразделениями Кемеровской области было зарегистрировано 31 832 пациентов с психическими и поведенческими расстройствами, связанными с употреблением ПАВ (показатель 1 197,7 на 100 тыс.). Отмечается сокращение числа зарегистрированных пациентов по сравнению с уровнем 2018 года на 17% (показатель 1 439,5 на 100 тыс.).

Показатель общей заболеваемости наркологическими расстройствами населения Кемеровской области за 2020 год соответствует показателю по Российской Федерации за 2020 год (1 203,5 на 100 тыс.).

Как и в предыдущие годы, большинство зарегистрированных – это лица, больные алкоголизмом, алкогольными психозами и лица с пагубным употреблением алкоголя – 76% (в 2018 году – 71,7%), в Российской Федерации – более 78% от общего числа зарегистрированных пациентов.

Основной контингент лиц, страдающих алкоголизмом и наркоманиями, это взрослое население – более 99,9% в общей структуре наркологических расстройств. На долю детей и подростков, страдающих алкоголизмом, приходится 0,01%, наркоманией – 0,1%, токсикоманией – около 15%.

Анализ показателей заболеваемости в 2020 году среди несовершеннолетних (абс. – 1 064 чел.; показатель – 1 218,8 на 100 тыс.) свидетельствует о выраженной динамике снижения общей заболеваемости наркологическими расстройствами среди несовершеннолетних в Кузбассе (на 37,7%) в сравнении с АППГ (абс. – 1 649 чел.; показатель – 1 957,7 на 100 тыс.).

В 2020 году зарегистрировано 7 327 женщин (показатель 510,2 на 100 тыс.), страдающих наркологическими расстройствами. Отмечается снижение показателя общей заболеваемости наркологическими расстройствами среди женщин на 10,5% в сравнении с АППГ (абс. – 8 245 чел.; показатель – 570,2 на 100 тыс.).

Общее число больных алкоголизмом и алкогольными психозами и лиц с пагубным употреблением алкоголя, зарегистрированных наркологическими подразделениями Кемеровской области в 2020 году (24 295 чел.), снизилось на 16% по сравнению с 2018 годом (28 950 чел.).

В 2020 году отмечается снижение показателя заболеваемости алкогольными психозами – на 4,4% (38,9 на 100 тыс.), алкоголизмом – на 7% (599,8 на 100 тыс.), лиц с пагубным употреблением алкоголя – на 7% по сравнению с АППГ.

Наметилась динамика снижения показателей заболеваемости алкоголизмом среди женщин. Показатель заболеваемости алкогольными психозами женщин в 2020 году (абс. – 196 чел.; показатель – 13,7 на 100 тыс.) снизился на 17,5% по сравнению с АППГ (абс. – 240 чел.; показатель – 16,6 на 100 тыс.). Показатель заболеваемости алкоголизмом среди женщин в 2020 году (абс. – 4 227 чел.; показатель – 294,3 на 100 тыс.) снизился на 7,5% по сравнению с АППГ (абс. – 4 595 чел.: показатель – 317,8 на 100 тыс.).

Показатель заболеваемости женщин с пагубным употреблением алкоголя в 2020 году (абс. – 1 669 чел.; показатель – 116,2 на 100 тыс.) снизился на 15,6% по сравнению с АППГ (абс. – 1 991 чел.; показатель – 137,7 на 100 тыс.).

В 2020 году не зарегистрировано алкогольных психозов среди несовершеннолетних (в 2019 году – один случай). Общая заболеваемость алкоголизмом несовершеннолетних в 2020 году осталась на прежнем уровне. Как и в 2019 году, в Кузбассе зарегистрирован один случай заболеваемости алкоголизмом среди несовершеннолетних.

Заболеваемость несовершеннолетних лиц с пагубным употреблением алкоголя (абс. – 907 чел.; показатель – 1 039,0 на 100 тыс.) в 2020 году снизилась на 36% в сравнении с АППГ (абс. – 1 371 чел.; показатель – 1 627,6 на 100 тыс.).

В 2020 году наркологическими подразделениями Кемеровской области зарегистрировано 6 031 больных наркоманией (показатель 226,9 на 100 тыс.), в 2019 году – 6 592 чел., (показатель 247,3 на 100 тыс.). Отмечается снижение показателя общей заболеваемости на 8,2% в сравнении с показателем 2019 года, но данный показатель по Кемеровской области превышает показатель Российской Федерации на 48,6% (152,7 на 100 тыс.).

Кроме того, в 2020 году было зарегистрировано 2 369 пациентов с пагубным употреблением наркотических средств (показатель 89,1 на 100 тыс.). По сравнению с 2019 годом по Кемеровской области (абс. – 2 644 чел.; показатель – 98,9 на 100 тыс.) этот показатель уменьшился на 10,2%, по сравнению с Российской Федерацией – на 17%.

Показатель заболеваемости наркоманией женщин в 2020 году (абс. – 1 134 чел.; показатель – 79,0 на 100 тыс.) снизился на 14% по сравнению с АППГ (абс. – 1 330 чел.; показатель – 92,0 на 100 тыс.). Показатель заболеваемости женщин с пагубным употреблением наркотических средств в 2020 году (абс. – 267 чел.; показатель – 18,6 на 100 тыс.) снизился на 5,6% по сравнению с АППГ (абс. – 285 чел.; показатель – 19,7 на 100 тыс.).

В 2020 году отмечается снижение показателя общей заболеваемости наркоманией среди несовершеннолетних (абс – 3 чел.; показатель – 3,44 на 100 тыс.) в 2 раза по сравнению с АППГ (абс –6 чел.; показатель – 7,0 на 100 тыс.) по Кузбассу и в 2,7 раза ниже показателя Российской Федерации (9,2 на 100 тыс.). Кроме того, число несовершеннолетних лиц с пагубным употреблением наркотических средств в 2020 году (абс. – 88 чел.; показатель – 100,8 на 100 тыс.) уменьшилось в 1,8 раза в сравнении с АППГ (абс. – 153 чел.; показатель – 181,6 на 100 тыс.), но при этом отмечается превышение на 20% показателя среди несовершеннолетних Российской Федерации в 2020 году (83,9 на 100 тыс.).

В 2020 году в Кемеровской области зарегистрировано 48 пациентов с синдромом зависимости от ненаркотических психоактивных веществ (токсикомания), показатель составляет 1,8 на 100 тыс. населения, что несколько ниже уровня общей заболеваемости токсикоманией в Кузбассе в 2018-2019 годах и в 2 раза ниже показателя Российской Федерации (3,7 на 100 тыс. населения).

В 2020 году было зарегистрировано 124 пациента с пагубным употреблением ненаркотических психоактивных веществ (показатель – 4,7 на 100 тыс.). По сравнению с 2019 годом по Кемеровской области (абс. – 175 чел.; показатель – 6,5 на 100 тыс.) этот показатель уменьшился на 28,8%, по сравнению с Российской Федерацией – на 17,6%.

Показатель заболеваемости токсикоманией женщин в 2020 году (абс. – 8 чел.; показатель – 0,6 на 100 тыс.) увеличился на 50% в сравнении с АППГ (абс. – 6 чел.; показатель – 0,4 на 100 тыс.), но при этом показатель заболеваемости женщин с пагубным употреблением ненаркотических психоактивных веществ в 2020 году (абс. – 22 чел.; показатель – 1,5 на 100 тыс.) снизился на 42% в сравнении с АППГ (абс. – 38 чел.; показатель – 2,6 на 100 тыс.).

В 2020 году отмечается снижение показателя общей заболеваемости токсикоманией среди несовершеннолетних (абс. – 3 чел.; показатель – 3,44 на 100 тыс.) в 2 раза по сравнению с АППГ (абс. – 6 чел.; показатель – 7,0 на 100 тыс.) по Кузбассу и на 34% ниже показателя психоактивных веществ (5,2 на 100 тыс.).

Показатель заболеваемости несовершеннолетних лиц с пагубным употреблением ненаркотических психоактивных веществ в 2020 году (абс. – 62 чел.; показатель – 71,0 на 100 тыс.) снизился в 1,8 раза по сравнению с АППГ (абс. – 112 чел.; показатель – 133,0 на 100 тыс.) по Кузбассу и превышает в 1,5 раза показатель Российской Федерации (48,4 на 100 тыс.).

По данным Управления Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Кемеровской области - Кузбассу (Управление Роспотребнадзора по Кемеровской области) главными причинами отравлений в 2020 году являются спиртосодержащая продукция (33,8% от всех отравлений), лекарственные препараты (18,2%) и наркотические средства (21,0%).

Показатель острых отравлений спиртосодержащей продукцией в 2020 году (1 157 чел.) снизился на 2,3% по сравнению с 2019 годом (1 191 чел.), на 9% по сравнению с 2018 годом (1 288 чел.). Показатель острых отравлений наркотическими средствами в 2020 году (719 чел.) увеличился по сравнению с 2019 годом (702 чел.) на 3,1%, что связано с увеличением показателей острых отравлений опием (на 17,4%), героином (на 29%), другими неуточненными наркотиками (на 3,4%), другими неуточненными психодислептиками (на 11,5%) и метадоном (в 10,1 раза) и на 12,9% по сравнению с 2018 годом (647 чел.).

В 2020 году (151 чел.) отмечается снижение показателя острых отравлений наркотическими средствами с летальным исходом на 12,7% по сравнению с 2019 годом (174 чел.) и на 16,2% по сравнению с 2018 годом (182 чел.). Показатель острых отравлений спиртосодержащей продукцией в 2020

году (379 чел.) остался на уровне 2019 года (378 чел.), но снизился на 9,5% по сравнению с 2018 годом (426 чел.). Основными причинами отравлений и летальных исходов спиртосодержащей продукцией являются этиловый спирт, этанол (88,2% отравлений и 89,4% летальных исходов).

Заключение. Наркологическая служба Кемеровской области развивается в соответствии с тенденциями распространения основных наркологических расстройств в регионе, требованиями и нормативными положениями Министерства здравоохранения Российской Федерации, а также уровнем финансирования и укомплектованности кадрами наркологической службы, а проводимая Министерством здравоохранения Кузбасса и специалистами региональной наркологической службы работа способствует развитию благоприятных тенденций, связанных со снижением уровня распространенности наркологических расстройств, как среди всего населения, так и среди несовершеннолетних, что соответствует общей динамике снижения числа лиц с наркологическими расстройствами, находящихся под диспансерным наблюдением врачей психиатров-наркологов.

СВЯЗЬ ЛИЧНОСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ С АКЦЕНТУАЦИЯМ ХАРАКТЕРА У СТУДЕНТОВ - МЕДИКОВ

К.М. Свинцова
ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Аннотация. В данной статье анализируется связь «личностных особенностей» и «акцентуаций характера» в рамках медицинских специальностей. Доказывается, что есть взаимосвязь между определенными личностными особенностями и акцентуациями характера. Приведены данные по проводимому исследованию, где выделены наиболее значимые связи. В качестве методов сбора данных были использованы характерологический тест Леонгарда-Шмишека и личностный опросник Г. Айзенка (PEN).

Ключевые слова: личностные особенности, акцентуации характера, психотизм, нейротизм.

THE CONNECTION OF PERSONAL FUNCTIONS WITH CHARACTER ACCENTUATIONS AMOND MEDICAL STUDENTS

Svintsova K.M.
FSBEI HE «Kemerovo State Medical University» of the Ministry of Health of Russia, Russia, Kemerovo

Abstract. This article analyzes the relationship between «personality traits» and «character accentuations» within the framework of medical specialties. It is proved that there is a relationship between certain personality traits and character accentuations. The data on the conducted research are given, where the most significant connections are highlighted. The Leonhard-Shmishek characterological test and the G. Eysenck personality questionnaire (PEN) were used as data collection methods.

Keywords: personality traits, character accentuations, psychotism, neuroticism.

Введение. Несмотря на огромное количество исследований в области акцентуаций личности и характера, до сих пор не сложилось конечного представления не только о количестве возможных акцентуаций, но и об их конкретном описании. Более подробно этот материал описан в исследованиях А.Е. Личко, Ю.М. Орлова, Л.Н. Собчик, Н.А. Государева, Э.Г. Эйдемиллер, К. Леонгарда, Г. Шмишека, Г. Айзенка [1, С. 110].

Акцентуация – это чрезмерное усиление отдельных черт характера, при котором наблюдаются не выходящие за пределы нормы отклонения в психологии и поведении человека, но граничащие с патологией.

Личностные особенности – внутренние и глубинные особенности людей. Это не только и не столько способности, темперамент, психологический характер и рисунок тела, сколько мотивы людей, их

стремления и воля, их личностная устойчивость и личностная идентичность [2, С. 98].

Акцентуации характера являются сложной проблемой и с психологической, и с медицинской точки зрения. Излишне выраженные черты характера влияют на поведение людей, межличностные отношения, успеваемость в трудовой и учебной деятельности. Так как студенты-медики подвергается большим стрессогенным воздействиям, умственным и психическим нагрузкам, то эти факторы могут послужить начальными этапами развития выраженности и уязвимости некоторых черт характера.

Важное место в образовательном процессе занимают психологическое здоровье обучающихся, индивидуализация обучения, создание психологически безопасной и комфортной образовательной среды. Образовательное пространство любого уровня в силу своего мощного вклада в развитие личности включает в себя механизмы, оптимизирующие и разрушающие психологическую безопасность, и здоровье. Также необходимо отметить, что акцентуации характера являются важным критерием для профессионального становления личности студента.

Предположительно личностные особенности по Г. Айзенку имеют связь с акцентуациями характера. Человек с высоким показателем по какой-либо из суперчерт имеет свои особенности поведения, которые могут так же зависеть и от типа акцентуаций характера, поэтому можно проследить их взаимосвязь [3, С. 40].

Нейротизм - склонность к антисоциальным и асоциальным вариантам поведения, таким как подростковые преступления, детские поведенческие нарушения, алкоголизм и гомосексуализм.

Люди с высоким показателем нейротизма часто имеют склонность слишком сильно эмоционально реагировать на возбуждение и с трудом возвращаются в нормальное состояние. Они часто жалуются на такие физические недомогания, как головная боль или боль в спине, а также на не

очень определенны психологические проблемы, такие как волнение и тревожность. Нейротизм, однако, совсем не обязательно подразумевает невроз в традиционном смысле этого слова.

Психотизм. Г. Айзенк рассматривал психотизм как уникальную концепцию, в отличие от таких отдельных и независимых психических болезней, как шизофрения, маниакально-депрессивный психоз и т.п. Люди с высокими показателями по шкале психотизма часто эгоцентричны, холодны, любят спорить, агрессивны, импульсивны, враждебно настроены к окружающим, подозрительны и антисоциальны. Те, кто показывает низкий уровень психотизма (более сильное «Супер-Я»), склонны сопереживать, заботиться о других, сотрудничать и хорошо социально приспособлены [3, С. 48].

Результаты и обсуждение. В рамках данного исследования были использованы две методики: Опросник Г. Айзенка (PEN) и тест Леонгарда-Шмишека [4, С. 35].

Как видно из результатов эмпирического исследования (Табл. 1, 2), преобладающей личностной особенностью у студентов медицинских специальностей является шкала экстраверсии (высокие значения 51%). Полученный результат говорит о том, что студенты чаще всего являются экстравертами.

Результаты отражены в таблицах 1, 2, 3 и рисунке 1.

Таблица 1.

Результаты тестирования по опроснику Г. Айзенка

Шкалы	**Низкий показатель**	**%**	**Средний показатель**	**%**	**Высокий показатель**	**%**
Психотизм	36	84	7	16	0	0
Нейротизм	1	2	25	58	17	40
Экстраверсия	7	16	14	33	22	51

Такие лица легко адаптируются к новым условиям деятельности, быстро входят в новый коллектив, достаточно свободно и адекватно ориентируются в ситуации, вырабатывают оптимальную стратегию своего поведения и социализации, а также обладают высокой эмоциональной устойчивостью [5, с. 70]. Диапазон вариаций значений по шкале экстраверсии больше, чем по шкалам психотизма и нейротизма.

Таблица 2.

Результаты тестирования по опроснику Леонгарда-Шмишека

Тип акцентуации характера	Не выражено	%	Средняя степень	%	Признак акцентуации
Гипертимный	22	51	19	44	2
Застревающий	37	86	6	14	0
Педантичный	35	81	8	19	0
Эмотивный	37	86	6	14	0
Тревожный	31	72	11	26	1
Циклотимный	34	79	8	19	1
Возбудимый	37	86	6	14	0
Дистимический	37	86	5	12	1
Демонстративный	34	79	9	21	0
Экзальтированный	32	74	8	19	3

Преобладающим типом акцентуации у студентов первого курса лечебного факультета является экзальтированный и гипертимный тип акцентуации. Полученный результат говорит о том, что студенты отличаются особенностью легко приходить в восторг от радостных событий и в отчаяние – от печальных, но при этом не имеют склонности к депрессивным реакциям, поскольку снова легко поддаются радости [5, с. 72]. Люди с гипертимным типом акцентуации отличаются постоянным повышенным настроением и тонусом, неудержимой активностью и жажде общения, в тенденции разбрасываться и не доводить начатое до конца.

Как видно из таблицы 3 выявлены 2 значимые связи личностных особенностей с акцентуациями характера: обратная – нейротизма с тревожным

типом (p=-0,29, p<0,05) и прямая – психотизма с гипертимным типом (p=0,31, p<0,05).

Таблица 3.

Матрица корреляций личностных особенностей с акцентуациями характера

Личностные особенности	Акцентуации характера									
	Гип	ас	Пед	мот	рев	Цикл	озб	Дист	ем	Экз
Экстраверсия	0,08	0,06	-0,03	0,01	0,10	0,05	-0,09	0,06	-0,03	0,01
Нейротизм	-0,02	0,03	0,08	0,16	**-0,29***	0,11	0,19	0,15	0,23	-0,02
Психотизм	**0,31***	,05	0,01	0,12	0,20	0,04	-0,13	0,14	0,16	-0,14

Примечание: *p <0,05

Это значит, что чем выше нейротизм, тем реже тревожный тип акцентуации, чем выше психотизм, тем чаще гипертимный тип акцентуации.

Первую связь можно объяснить тем, что по исследованиям Г. Айзенка, люди с высокими показателями по шкале нейротизма обладают низкими показателями по личностной тревожности [6, с. 112]. Люди с высоким показателем нейротизма часто имеют склонность слишком сильно эмоционально реагировать на возбуждение и с трудом возвращаются в нормальное состояние. Человек может показывать высокий уровень нейротизма и быть свободным от каких бы то ни было ослабляющих невротических симптомов.

Люди с высокими показателями по шкале психотизма часто эгоцентричны, холодны, любят спорить, агрессивны, импульсивны, враждебно настроены к окружающим, подозрительны, антисоциальны. Главной особенностью людей с выраженной гипертимической акцентуацией является преимущественное пребывание в приподнятом настроении [7, с. 110]. Они энергичны, бодры, жизнерадостны. Они деловиты, изобретательны,

инициативны. Схожесть с психотизмом, в его проявлении, и невозможность сопоставления с нейротизмом.

Заключение.

1. Преобладающей личностной особенностью у студентов-медиков 1 курса, лечебного факультета является экстраверсия.

2. Преобладающими типами акцентуации характера у студентов 1 курса, лечебного факультета является экзальтированный и гипертимный типы, также есть признаки дистимического, циклотимного и тревожного типа акцентуаций.

3. Выявлены 2 значимые связи личностных особенностей с акцентуациями характера: обратная – нейротизма с тревожным типом и прямая – психотизма с гипертимным типом.

Литература / References

1. Асмолов, А. Г. Психология личности: Принципы общепсихологического анализа [Текст] / А. Г. Асмолов. – М.: Академия, 2012. – 464 с.

2. Батаршев, А. В. Современные теории личности [Текст] / А. В. Барташев. – М.: Орион, 2012. – 344 с.

3.Леонгард К. Акцентуированные личности [Текст] / К. Леонгард. – Киев: Логос, 2011. – 439 с.

4.Личко, А. Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков [Текст] / А. Е. Личко. – М., 2012. – 386 с.

5.Симонов П. В., Ершов П. М. Темперамент. Характер. Личность [Текст]. – М.: Наука, 2012. – 341 с.

6.Хьелл, Л., Зиглер, Д. Теории личности. Основные положения, исследования и примечания [Текст]. – СПб.: Питер, 2013. – 608 с.

«ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВЫГОРАНИЕ» У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ: ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ, ОСОБЕННОСТИ В УСЛОВИЯХ РАСПРОСТРАНЕНИЯ COVID-19

А.М. Селедцов, Ю.Ю. Кирина, Г.В. Акименко
Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии
ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Аннотация. Особую актуальность в условиях пандемии, когда медицинский персонал вынужден работать в условиях экстремальной нагрузки и повышенной угрозы заражения, во всем мире приобретают исследования профессионального выгорания и эмоциональной дезадаптации медицинских работников.

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

«PROFESSIONAL BURNOUT» IN MEDICAL WORKERS: DIAGNOSTICS, TREATMENT, PECULIARITIES UNDER COVID-19 PREVALION

Seledtsov A.M., Kirina Yu.Yu., Akimenko G.V.
Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology
FSBEI HE «Kemerovo State Medical University» Ministry of Health of Russia, Russia, Kemerovo

Abstract. In a pandemic, when medical personnel are forced to work under extreme stress and an increased threat of infection, research on professional burnout and emotional maladjustment of medical workers is gaining particular relevance throughout the world.

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

Введение. Крупномасштабные эпидемии заболеваний создают различные проблемы для людей всех возрастов и культур, но эмоциональный стресс, испытываемый медицинским персоналом, является серьезным и может быть устойчивым. Новый коронавирус 2019 года (COVID-19, появившийся в китайском Ухане, привел к пандемии, не похожей ни на одну другую в прошлом столетии.

По состоянию на 20 января 2021 года во всем мире зарегистрировано 3 090 445 случаев коронавирусной болезни COVID-19 и 217 769 случаев смерти [1].

Пандемия COVID-19 оказала огромное воздействие на системы здравоохранения многих стран, увеличив риск психологических расстройств среди медицинского персонала.

Вспышки инфекционных заболеваний не редко связаны с неблагоприятными психологическими последствиями. Меры сдерживания, включая принудительный или самокарантин и социальную дистанцированность, особенно если они затяжные, могут увеличить риск психических расстройств, таких как депрессия, тревога, расстройства мышления и посттравматический стресс (ПТС) [6].

Всемирная организация здравоохранения сообщила, что каждый десятый медицинский работник заражен коронавирусом в некоторых странах.[1] в марте 2020, 9% пострадавших с COVID-19 в Италии были медицинские работники.[4] в мае 2020 года Международный совет медсестер сообщила, что по меньшей мере, 90 000 медицинских работников были инфицированы и более 260 сестер умерли в COVID-19 пандемией.[5] в марте 2020 года, одной в четырех врачей в Великобритании были на больничном, в отрыве или уходе за членом семьи с COVID-19.[6]

По сравнению с населением в целом, медицинские работники более склонны испытывать широкий спектр негативных психологических воздействий после чрезвычайной ситуации или стихийного бедствия, например,

эпидемии тяжелого острого респираторного синдрома (ТОРС) 2003 года [3], болезнь, вызванную вирусом Эбола 2014 года, и вспышку ближневосточного респираторного синдрома (БВРС) 2015 года [4, 5].

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

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

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

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

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

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

Основным ограничением данного исследования является неоднородность выборки.

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

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

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

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

Медицинские работники подвержены риску развития травм или других связанных со стрессом расстройств из-за страха заболеть и незнания того, что произойдет в будущем. Посттравматический стресс был распространен среди

медицинского персонала, причем медсестры демонстрировали более высокую вероятность развития или возникновения тревоги среди других коллег.

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

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

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

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

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

Активные копинг-стратегии, ориентированные на решение проблем, могут привести к улучшению отношений между человеком и окружающей

средой и, таким образом, привести к положительному эмоциональному отклику.

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

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

Результаты исследования свидетельствуют о том, что у медсестер с большей вероятностью могут проявляться тревожные симптомы. Это объясняется тем, что медсестры всегда контактируют с пациентами с различными заболеваниями, с различным социально-экономическим статусом и непосредственно получают доступ к образцу крови пациентов, следовательно, имеют самый высокий риск заражения вирусом COVID-19.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Испанские врачи и медсестры, которые считали, что уровень защитных мер недостаточен, недостаточную, фиксировали более высокий уровень депрессии, тревоги и острого стресса, чем те, кто воспринимал ее как адекватную. В отличие от этого, результаты исследования во время вспышки атипичной пневмонии показали, что 96% сообщали о том, что применяемые меры индивидуальной защиты были эффективными, 93% сочли, что институциональная политика и протоколы были четкими, а 90% - своевременными [1].

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

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

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

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

В рамках проведенных исследований было установлено, что поддержка со стороны руководителей и коллег является значительным негативным предиктором психических симптомов и ПТСР. Другие предикторы психического здоровья среди группы китайских врачей и медицинского персонала включали упорство, силу и доступность социальной поддержки. Психологическая поддержка и помощь со стороны общества по вопросам страхования и компенсации так же оказывали защитный эффект против стресса. Параллельно с этим появилась положительная обратная связь, когда консультанты попросили медицинский персонал поделиться тем, как они справились с этой сложной ситуацией. Другое исследование показало, что позитивное отношение на рабочем месте помогло медикам пережить эпидемию. Следует отметить, что недавнее исследование обнаружили, что 36,3% (361 из

994) медицинского и сестринского персонала имели доступ к психологическим материалам, 50,4% (501) имели доступ к психологическим ресурсам через средства массовой информации и 17,5% (174) участвовали в консультировании или психотерапии. Таким образом, разработка стратегий совладания, по-видимому, включала в себя предпочтения ВПЦ, которые различались в разных культурах и в разных медицинских профессиях.

Заключение. Неблагоприятные психологические симптомы были распространены среди медицинских работников в Китае во время эпидемии COVID-19. Скрининг на наличие неблагоприятных психологических исходов и разработка соответствующих профилактических мер были бы полезны для снижения негативных психологических исходов. Данные исследования свидетельствуют о том, что медицинские работники имеют высокий риск возникновения эмоционального выгорания или психологических состояний из-за пандемии COVID-19. Постоянный мониторинг и своевременное лечение этих состояний необходимы для сохранения здоровья специалистов и повышения готовности систем здравоохранения к средне - и долгосрочным последствиям вспышки заболевания.

Литература / References

1. Акименко, Г.В. Селедцов, А.М., Кирина, Ю.Ю. Психология неопределённости в условиях пандемии: причины, эмоции и последствия //Дневник науки.- 2020.- №11(47).

2. Акименко, Г.В. Селедцов, А.М., Кирина, Ю.Ю. Коронавирус и кризисные ситуации с позиции психологии // Дневник науки.- 2020.- №7(43).

3. Пьянзова, Т.В. Характеристика отношения к болезни пациентов с сочетанной ТБ/ВИЧ инфекцией // О.М. Майорова, Т.В. Пьянзова, О.И. Конончук / Эффективное решение проблемы туберкулеза: от научной идеи к медицинской практике. Материалы юбилейной научно-практической конференции, посвященной 70-летию образования Новосибирского НИИ туберкулеза. Новосибирск, 18–20 июня 2014 года.- Новосибирск, 2014. - С.152.

4. Федосеева И.Ф. Влияние дистанционного обучения во время пандемии. новой коронавирусной инфекции на развитие головной боли напряжения у школьников //Федосеева И.Ф., Бедарева Т.Ю., Урбан Е.Н. / В сборнике: Организм и среда жизни к 207-летию со дня рождения Карла Францевича Рулье. Сборник материалов IV - ой Международной научно-практической конференции. Кемерово, 2021. С. 392-399.

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

6. Пьянзова, Т.В. Вопросы взаимоотношений в диаде «врач-пациент» / Т.В. Пьянзова // Туберкулез и болезни легких. – 2014. – Т. 91, № 1. – С. 3-7.

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

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

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

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

ПРОБЛЕМА КИБЕРКОММУНИКАТИВНОЙ ЗАВИСИМОСТИ У СТУДЕНТОВ МЛАДШИХ КУРСОВ

Е.И. Селина, В.В. Иванова
Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии
ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Россия, г. Кемерово
Научный руководитель – к.ист.н., доцент Г.В. Акименко

Аннотация. Статья посвящена изучению киберсоциализации как источника информационного прогресса, киберкоммуникативной зависимости среди студентов младших курсов России и Великобритании, а также влиянию Интернет-пространства на социализацию и психологическое здоровье подростков.

Ключевые слова: киберкоммуникация, Интернер, виртуальное пространство, студенты младших курсов, проблема социализации.

THE PROBLEM OF CYBER COMMUNICATION DEPENDENCE IN JUNIOR COURSE STUDENTS

Selina E.I., Ivanova V.V.
Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology
FSBEI HE «Kemerovo State Medical University» of the Ministry of Health of Russia, Russia, Kemerovo
Scientific adviser - Candidate of Historical Sciences, Associate Professor G.V. Akimenko

Abstract. The article is devoted to the study of cyber socialization as a source of information progress, cyber-communication addiction among junior students in Russia and Great Britain, as well as the influence of the Internet space on the socialization and psychological health of adolescents.

Keywords: cyber communication, Internet, virtual space, junior students, the problem of socialization.

Введение. Перспективы для развития информационных технологий в XXI веке открыли человечеству дорогу в виртуальную реальность Интернет-

пространства. Этот ресурс достиг высокого развития и расширяет свои границы до сих пор, благодаря использованию и совершенствованию его человеком. Интернет дал людям возможность для создания и развития виртуального вида общения. Этот более простой способ коммуникаций получил стремительное развитие в сети. Однако этот молниеносный информационный прогресс привёл к появлению у людей киберкоммуникативной зависимости, который как с положительной, так и с отрицательной стороны повлиял на эволюцию обществ.

Цель исследования: провести исследование в области развития киберкоммуникаций среди студентов России и Великобритании, изучить влияние виртуальной социализации на студентов младших курсов высших учебных учреждений.

Материалы и методы исследования: социальный опрос студентов I и II курсов Кемеровского государственного медицинского университета об их мнении о киберсоциализации; использование научной литературы и Интерент-ресурсов.

Результаты и их обсуждение. В современном мире Интернет-пространство стало главным источником для киберсоциализации общества. Под термином «киберкоммуникация/киберсоциализация» подразумевается виртуальное пространство сети Интернет, содержащее современный и наиболее простой способ общения человечества посредством информационно-коммуникационных технологий, преследующий цель систематизации и структурирования деятельности людей.

Сеть «Интернет» была основана британским учёным Тимом Бёрнсом Ли в 1989 году. К 2020 году число пользователей Интернетом в Соединённым Королевстве возросло до 65 миллионов 1 тысячи 16 человек, что составило 94,62 процента от общей численности населения (общая численность населения равна 66 181 585 человек).

По данным британской общественной телерадиокомпании «BBC», сотрудничающей с государственным информационным агентством России

«ТАСС», учёные Королевского колледжа Лондона в 2019 году провели исследование по киберкоммуникационной зависимости.

Работа состояла из 41 исследования, в которых приняли участие около 42 тысяч подростков. Учёные провели наблюдение за поведением детей при наличии у них смартфона и без него. По результатам работы, у 23% подростков поведение соответствовало критериям зависимости от смартфона: паника, повышенный уровень стресса, из-за невозможности использовать устройство в личных целях. Также был сделан вывод, что в возрасте от 17 до 19 лет девушки чаще страдают зависимостью от смартфонов, чем юноши, так как девушки более осознанно используют все возможности киберкоммуникаций, а юноши чаще бесконтрольно играют в различные игры.

По словам профессора Института психиатрии, психологии и нейробиологии Королевского колледжа Лондона Николы Калка: «Дети «живут» в телефонах, поэтому нам важно понять, по какой причине они так злоупотребляют ими. Мы выясняем, что именно может вызывать такую зависимость: сами смартфоны или их приложения. Тем не менее, необходимо информировать общественность о правильном использовании телефонов молодежью, чтобы родители знали, сколько времени их чада проводят в этих гаджетах».

Научный сотрудник отдела MRC Cognition and Brain Sciences (Филиала Британского совета медицинских исследований в Кембридже), Эми Орбен высказалась о возможности наличия причинно-следственной связи между зависимостью от использования смартфонов и депрессией: ««Ранее было установлено, что воздействие смартфонов не является улицей с односторонним движением, но подобные настроения также могут влиять на объем использования смартфонов». Результат: почти четверть детей в Великобритании имеют зависимость от смартфонов.

Российская Федерация, по сравнению с Великобританией, не имеет такой острой проблемы с Интернет-зависимостью. Это во много обусловлено

особенностью экономического и социального положения страны, которые препятствуют активному развитию киберкоммуникации. Однако Россия стремиться к скорейшему достижению уровня западной цивилизации по техническому оснащению населения. На 2020 год более 118 миллионов человек стали пользователями Интернета, что составляет 80,4% от общей численности населения России (145 миллионов 900 тысяч человек). Из этого числа около 102 миллионов 100 тысяч человек пользуются смартфоном и имеют свободный выход в Интернет. По данным исследования «Лаборатории Касперского» на февраль 2020 года, около 85% российских подростков от 15 до 18 лет активно пользуются гаджетами и Интернетом, имея высокий уровень зависимости. В Кемеровском государственном медицинском университете был проведён опрос студентов младших курсов на их отношение к киберкоммуникации, Интернет-пространству и наиболее популярные сферы использования сети. Всего в тесте приняли участие 75 студентов. По результатам опроса было выявлено: 64% опрошенных активно пользуются сетью, но стараются этим не злоупотреблять, только 1,3% предпочитают живое общение и поиск литературы в бумажном формате; около 93,3%-используют эту возможность для поиска необходимой информации (кроме того, 88% из этой же категории предпочитают слушать музыку и 86,7% активны в социальных сетях); по продолжительности использования Интернета студенты тратят от 3 до 5 часов и выше (42,7%). Из проведённого мини-исследования можно сделать вывод, что студенты использую более лёгкий и доступный способ для поиска информации, предпочитая не тратить время на изучение информации в бумажном варианте. Кроме того, подростки наиболее активны в киберкоммуникации по социальным сетям, заменяя этим «живое» общение и тратя в среднем 1/5 часть суток на Интернет-пространство.

Какое влияние киберкоммуникативные возможности оказывают на жизнь подростка? В число отрицательных факторов входят психологические, физиологические и физические нарушения:

Психологические:

-Социальная изоляция от внешнего мира. Это потеря связи с окружающими, влекущая за собой как последствие следующую проблему:

-Отчуждение от реального мира, что влечёт за собой расстройство психики подростка, агорафобию, ксенофобию, страх коммуникации с окружающими и многочисленные комплексы.

Физиологические и физические:

- Негативное влияние Интернет-сети на развитие и функционирование головного мозга. Человек, проводя много времени в Интернете, ежедневно повторяет примерно одни и те же действия, что приводит к нарушению образования новых нейронных связей в головном мозге и приводит к тому, что люди теряют способность к глубокому и разностороннему мышлению, развитию навыков и способностей.

- Интернет даёт возможность человеку быстро и точно находить необходимую информацию, из-за чего подросток уже в молодом возрасте утрачивает способность к аналитическому мышлению, утрачивая способность к интеллектуальным и более глубоким размышлениям о той или иной ситуации.

Физические:

- Как показал проведённый опрос, 42,7% студентов тратят от 3 до 5 и более часов в киберпространстве. Всё это время человек, сконцентрированный на поиске информации, старается не менять своего положения тела, чтобы не потерять связь с Интернетом. Чаще всего это неправильное положение тела, которое в течении длительного времени укрепляется организмом и приводит к некоторым физиологическим нарушениям: нарушение осанки (смещение внутренних органов и нарушение их функционирования), боли в мышцах, стопах, суставах (нарушение кровоток нижних конечностей), искривление позвоночника (нарушение хода сосудов и кровоснабжения спинного мозга ветвями позвоночных артерий).

К положительным факторам можно отнести:

- Возможность коммуникаций с пользователями из разных стран и континентов, что позволяет расширять кругозор о том или ином месте через письма, видеозвонки, открытки.

- Удобный и более комфортный способ создания быстрого и эффективного общения при отсутствии возможности личной встречи.

- Возможность дистанционного обучения, доступного поиска необходимых материалов для саморазвития и самореализации при отсутствии самостоятельной физической активности или возможностей.

- Британские учёные выяснили, что современные подростки предпочитают проводить больше времени в Интернете, а не употреблять запрещённые вещества. Зависимость от употребления алкоголя и наркотиков, по исследованиям учёных, с каждым годом снижается. По словам преподавателя криминологии в Даремском университете Фионы Мишем современные подростки ведут более трезвый образ жизни, так как они стали амбициознее, их волнует будущая жизнь и карьера, а не нынешнее положение.

Заключение. Таким образом, проведя исследование в области развития киберкоммуникаций среди студентов России и Великобритании, мы выяснили,что студенты Великобритании больше Интернет- зависимы, чем студенты России. А также убедились, что киберкоммуникация приносит не только вред, но и пользу.

Литература / References

1. Азявчикова Н.И, Сильченко И.В. Половозрастные особенности развития киберкоммуникативной зависимости у подростков. // Психологическое благополучие современного человека : Материалы Международной заочной научно-практической конференции, Екатеринбург, 11 апреля 2018 года – (с. 6-12). [Электронный ресурс]. - URL: https://elibrary.ru/download/elibrary_35308119_37475106.pdf

2. Астапенко Д.В. Особенности мотивационно-потребностной сферы подростков, склонных к киберкоммуникативной зависимости. // VIII Машеровские чтения : Материалы международной научно-практической конференции студентов, аспирантов и молодых ученых, Витебск, 16–17 октября 2014 года / Главный редактор И.М. Прищепа. – Витебск: Витебский государственный университет им. П.М. Машерова, 2014.

3. Бобылева Ю.О. Проблема развития киберкоммуникативной зависимости в подростковом возрасте. // Студенческий форум. – 2020. – № 22-1 (115). [Электронный ресурс]. URL: https://elibrary.ru/item.asp?id=43018143

4. Скворцов Н.Г, Асочаков Ю.В. Цифровое общество - новый формат социальной реальности: структуры, процессы и тенденции развития. СПб.: Скифия-принт, 2020.- (с. 381). https://soc.spbu.ru/images/nauka/kovalevskie/14-2020.pdf

5. Тончева А.В Диагностика киберкоммуникативной зависимости. 2012. - №4. [Электронный ресурс]. URL: http://cyberleninka.ru/article/n/diagnostika-kiberkommunikativnoy-zavisimosti

ГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

А. С. Сизова
Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии
ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Россия, г. Кемерово
Научеый руководитель – к.м.н., доцент Ю.Ю. Кирина

Аннотация. Алкоголизм является одной из актуальных проблем в современном мире. Существует множество причин, способствующих развитию данного заболевания, включая социальные и психологические факторы, а также генетические аспекты. Всё больше научных исследования показывают прямую связь между алкогольной зависимостью и полиморфизмом генов, катализирующих метаболизм алкоголя. Альтернативные варианты АДГ и АЛДГ могут способствовать предрасположенности или защите от алкоголизма.

Ключевые слова: алкоголизм, АДГ, АЛДГ.

GENETIC ASPECTS OF ALCOHOL ADDICTION

Sizova A. S.
Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology
FSBEI HE «Kemerovo State Medical University» of the Ministry of Health of Russia, Russia, Kemerovo
Scientific adviser - candidate of medical sciences,
associate professor Yu.Yu. Kirina

Abstract. Alcoholism is one of the urgent problems in the modern world. There are many reasons contributing to the development of this disease, including social and psychological factors, as well as genetic aspects. More and more scientific studies show a direct link between alcohol addiction and polymorphism of genes that catalyze alcohol metabolism. Alternative variants of ADH and ALDH may contribute to predisposition or protection from alcoholism.

Keywords: alcoholism, ADH, ALDH.

Введение. Алкоголизм является одной из значимых проблем современного общества. Если говорить о России, то в 2000-х годах страна состояла в рейтинге топ-5 стран мира с самым высоким потреблением алкоголя на душу населения. В связи с этим правительством Российской Федерации была выдвинута концепция национальной стратегии по снижению злоупотребления алкоголем, которая проводилась с 2009 по 2020 годы. В результате данной программы потребление алкоголя сократилось примерно на треть, но даже не смотря на это, проблема алкоголизма до сих пор остается актуальной [1]. Важно отметить, что по статистике, наиболее уязвимой к спиртосодержащим напиткам является нервная система подростков, так как именно в этот период начинается ее активное развитие. Множественные исследования показывают прямую зависимость между развитием мозга и когнитивных функций и потреблением алкоголя среди лиц подросткового

возраста [2]. Помимо этого, пагубному влиянию алкоголя сильно подвержен плод беременной женщины, так как употребление спиртосодержащих напитков в период беременности череват увеличением риска возникновения врожденных дефектов у ребенка, включая фетальный алкогольный синдром [3]. По этой причине, очень важным является профилактика возникновения алкогольной зависимости среди данных групп населения.

Лечение алкоголизма является непростой задачей и требует индивидуального подхода. В данной работе будут рассмотрены некоторые генетические аспекты алкогольной зависимости и влияние полиморфизма ферментов, метаболизирующих этанол, на развитие алкоголизма.

Цель исследования – собрать, обобщить и систематизировать информацию о негативных эффектах этанола и ацетальдегида, генетических механизмах возникновения алкогольной зависимости на уровне полиморфизма ферментов АДГ и АЛДГ.

Материалы и методы исследования. В ходе работы был проведен анализ научных статей с сайтов PubMed и PMC на тему проблемы алкоголизма, генетических полиморфизмов АДГ и АЛДГ в различных человеческих популяциях.

Результаты и их обсуждение.

1. Метаболизм этанола

Первый этап окисления этанола начинается в желудке, куда он попадает преорально. Здесь на него воздействуют изоформы алкогольдегидрогеназы, такие как АДГ 1 и 3 классов. Значение данного этапа метаболизма остается спорным, так как желудок содержит сравнительно низкие концентрации данных ферментов, окисляющих алкоголь. Наиболее важную роль в данном процессе играет печень. В ней сосредоточены основные формы алкогольдегидрогеназы и цитохром Р450-зависимая этанолокислительная система [4]. Кроме того, участие в метаболизме этанола принимает каталаза, содержащаяся в пероксисомах клеток. Её значение в нормальных условиях

невелико и повышается в случае, если в крови уровень алкоголя сильно возрастает. Существуют некоторые предположения, что она играет важную роль в метаболизме этанола в головном мозге, так как остальные ферментативные системы в нем имеют низкую активность [5].

Общая схема окисления проходит в несколько стадий. Первый этап перехода этанола в ацетальдегид катализируется АДГ и проходит с участием NAD. Второй этап катализируется альдегиддегидрогеназой, здесь ацетальдегид переходит в ацетат. На третьем этапе ацетальдегид превращается в ацетил КоА, который в дальнейшем может перейти в углекислый газ, холестерин или жирные кислоты. То есть, в конечном итоге в результате последовательных превращений из этанола образуются те же вещества, что и при метаболизме углеводов, белков и жиров. Стоит отметить, что первые 2 этапа протекают преимущественно в печени, а третий в периферических тканях [4].

2. Эффекты этанола и ацетальдегида

Этанол вызывает увеличение выброса дофамина в прилежащем ядре, влияют на дофаминовую систему вознаграждения в вентральной тегментальной области мозга [6]. Помимо этого, он оказывает влияние на работу эндогенной опиоидной системы, которая увеличивает эффект наркотических веществ и способствует развитию зависимости [7]. Ряд исследований доказывает влияние алкоголя на повышение уровня таурина, который запускает процесс выработки дофамина в мозге [8]. Также, спиртосодержащие напитки оказывают на организм седативный эффект, за счет влияния на ГАМКергическую систему [9]. Тем не менее, хроническое употребление алкоголя приводит к противоположному эффекту в виде нарушений сна и циркадного ритма [18]. В развивающемся мозге плода этанол способен вызывать процессы аутофагии, приводящие к серьезным нарушениям развития ЦНС [19].

Ацетальдегид является токсичным продуктом окисления этанола, его негативные эффекты на организм в основном связаны с его способность прочно связываться с белковыми молекулами, что может приводить к ряду значимых

нарушений в метаболизме клеток [20]. Воздействие алкоголя на мозг определяется количеством этанола и ацетальдегида, которое достигло его. В то же время, это количество определяется активностью ферментных систем, которые метаболизируют алкоголь. Следовательно, изменение активности данных ферментов влияет на риск развития алкогольной зависимости.

3. Полиморфизмы АДГ

Разные формы АДГ кодируются различными генами. АДГ 1 класса кодируется генами *ADH1A, ADH1B, ADH1C*. АДГ 2 класса геном *ADH4*, АДГ 3 класса геном *ADH5*, АДГ 4 класса геном *ADH6*, АДГ 5 класса геном *ADH7* [10]. Мутации, приводящие к синтезу более активных форм АДГ приводят к быстрому метаболизму этанола и, соответственно, накоплению ацетальдегида. К этому типу мутаций относятся, например, варианты *ADH1B2* (His48, Arg370), *ADH1B3* (Arg48, Cys370) и *ADH1C1* (Arg272, Ile350). Существуют исследования, доказывающие защитную роль аллелей *ADH1B2* и *ADH1B3* от алкогольной зависимости [12], [13], [14]. Связано это с тем, что активное накопление ацетальдегида вызывает негативные эффекты, приводящие к снижению желания к употреблению алкоголя. Защитная роль *ADH1C1* остается спорной [21]. Однонуклеотидные замены в промоторной области гена *ADH4* могут способствовать повышению риска развития алкогольной зависимости [15].

4. Полиморфизмы АЛДГ

Всего у человека имеется 19 видов АЛДГ, из которых только 3 фермента представляют наибольшее значение в метаболизме ацетальдегида - это ALDH1A1, ALDH1B1 и ALDH2. Из них именно на ALDH2 приходится большая окислительная способность вещества. Таким образом, именно мутации в гене *ALDH2* имеют наибольшее значение в возникновении риска алкоголизма [16]. Ряд исследований показывают, что гомозиготы по аллелю *ALDH2*2* (Lys504) являются защищенными от алкогольной зависимости. Связано это с тем, что данный аллель кодирует неактивную форму фермента, что

способствует активному накоплению в крови ацетальдегида. Это приводит к тому, что носитель данной мутации после употребления алкоголя начинает чувствовать не положительные эффекты в виде расслабления и эйфории, а наоборот, испытывает негативное влияние ацетальдегида на организм в виде тахикардии, тошноты и дисфории. По итогу, у таких людей вырабатывается модель поведения, при которой они воздерживаются от употребления алкоголя [5].

ALDH1A1 и ALDH1B1 имеют более низкое сродство с ацетальдегидом, в сравнении с ALDH2, из-за чего их роль в метаболизме данного вещества не так велика. На данный момент нет прямых доказательств влияния полиморфизмов *ALDH1A1* и *ALDH1B1* на развитие алкогольной зависимости [21].

Заключение. Множественные исследования показывают, что генетические аспекты играют важную роль в развитии алкогольной зависимости. Более точное понимание роли генов, кодирующих ферменты АДГ и АЛДГ, в развитии алкоголизма в дальнейшем позволит разрабатывать индивидуальные подходы в лечении. На данный момент в терапии активно применяются ингибиторы АЛДГ, например Дисульфирам [17], которые способствуют снижению клиренса ацетальдегида в крови и тем самым повышают его негативное действие на организм, вызывая усиление неприятных симптомов похмелья, побуждающего пациента прекратить употребление алкоголя. Препараты данного типа особенно эффективны для лечения больных с более активными формами АЛДГ. Дальнейшие исследования в данной области откроют новые возможности для выработки персонального подхода в лечении больных алкоголизмом.

Литература / References

1. Neufeld. M., Bunova. A., Gornyi. B., et al. Russia's National Concept to Reduce Alcohol Abuse and Alcohol-Dependence in the Population 2010-2020: Which Policy Targets Have Been Achieved? Int J Environ Res Public Health. 2020 Nov 9;17(21):8270. doi: 10.3390/ijerph17218270.

2. Lees B., Meredith L. R., Kirkland A. E., et al. Effect of alcohol use on the adolescent brain and behavior. Pharmacol Biochem Behav. 2020;192:172906. doi:10.1016/j.pbb.2020.172906

3. Oei J.L. Alcohol use in pregnancy and its impact on the mother and child. Addiction. 2020 Nov;115(11):2148-2163. doi: 10.1111/add.15036.

4. Cederbaum AI. Alcohol metabolism. *Clin Liver Dis*. 2012;16(4):667-685. doi:10.1016/j.cld.2012.08.002

5. Quertemont E. Genetic polymorphism in ethanol metabolism: acetaldehyde contribution to alcohol abuse and alcoholism. Mol Psychiatry 9, 570–581 (2004). https://doi.org/10.1038/sj.mp.4001497

6. Melis M., Diana M., Enrico P., et al. Ethanol and acetaldehyde action on central dopamine systems: mechanisms, modulation, and relationship to stress. Alcohol. 2009;43(7):531-539. doi:10.1016/j.alcohol.2009.05.004

7. Racz I., Schürmann B., Karpushova A., et al. The opioid peptides enkephalin and beta-endorphin in alcohol dependence. Biol Psychiatry. 2008;64(11):989-997. doi:10.1016/j.biopsych.2008.05.008

8. Ericson M., Ulenius L., Andren A., et al. Different dopamine tone in ethanol high- and low-consuming Wistar rats. Addiction biology. May 2019. doi: 10.1111/adb.12761

9. Koob G. F., Colrain I. M. Alcohol use disorder and sleep disturbances: a feed-forward allostatic framework. Neuropsychopharmacology. 2020;45(1):141-165. doi:10.1038/s41386-019-0446-0

10. Edenberg HJ. The genetics of alcohol metabolism: role of alcohol dehydrogenase and aldehyde dehydrogenase variants. Alcohol Res Health. 2007;30(1):5-13.

11. Lee Y.J., Yoo M.G., Kim H.K., et al. The association between alcohol metabolism and genetic variants of ADH1A, SRPRB, and PGM1 in Korea. Alcohol. 2019 Sep;79:137-145. doi: 10.1016/j.alcohol.2019.03.004. Epub 2019 Apr 17. PMID: 31002879.

12. Ehlers C. L., Liang T., Gizer I. R. ADH and ALDH polymorphisms and alcohol dependence in Mexican and Native Americans. Am J Drug Alcohol Abuse. 2012;38(5):389-394. doi:10.3109/00952990.2012.694526

13. Montane Jaime L. K., Shafe S., Liang T., et al. Subjective response to alcohol and ADH polymorphisms in a select sample of young adult male East Indians and Africans in Trinidad and Tobago. J Stud Alcohol Drugs. 2014;75(5):827-838. doi:10.15288/jsad.2014.75.827

14. Ehlers CL. Variations in ADH and ALDH in Southwest California Indians. Alcohol Res Health. 2007;30(1):14-17.

15. Kimura Y., Nishimura F. T., Abe S., et al. Polymorphisms in the promoter region of the human class II alcohol dehydrogenase (ADH4) gene affect both transcriptional activity and ethanol metabolism in Japanese subjects. J Toxicol Sci. 2009 Feb;34(1):89-97. doi: 10.2131/jts.34.89

16. Hurley T. D., Edenberg H. J. Genes encoding enzymes involved in ethanol metabolism. Alcohol Res. 2012;34(3):339-344.

17. Wang S. C., Chen Y. C., Chen S. J., et al. Alcohol Addiction, Gut Microbiota, and Alcoholism Treatment: A Review. *Int J Mol Sci*. 2020;21(17):6413. Published 2020 Sep 3. doi:10.3390/ijms21176413

18. Colrain IM, Nicholas CL, Baker FC. Alcohol and the sleeping brain. Handbook Clinical Neurology. 2014;125:415-431. doi:10.1016/B978-0-444-62619-6.00024-0

19. Luo J. Autophagy and ethanol neurotoxicity. *Autophagy*. 2014;10(12):2099-2108. doi:10.4161/15548627.2014.981916

20. Deitrich R., Zimatkin S., Pronko S. Oxidation of ethanol in the brain and its consequences. Alcohol Res Health. 2006;29(4):266-273.

21. Edenberg HJ, McClintick JN. Alcohol Dehydrogenases, Aldehyde Dehydrogenases, and Alcohol Use Disorders: A Critical Review. Alcohol Clin Exp Res. 2018;42(12):2281-2297. doi:10.1111/acer.13904

22. Cicco S., Cicco G., Racanelli V., et al. Neutrophil Extracellular Traps (NETs) and Damage-Associated Molecular Patterns (DAMPs): Two Potential Targets for COVID-19 Treatment // Mediators Inflamm. 2020; 2020:7527953. doi:10.1155/2020/7527953

ВЛИЯНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ НА ПСИХИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ЧЕЛОВЕКА

Е.А. Старчак
Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии
ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Россия, г. Кемерово
Научный руководитель - Р.Г. Антипина

Аннотация. Статья посвящена выявлению профилактического воздействия привычек здорового образа жизни на психическое и эмоциональное состояние человека. Выявлено благоприятное воздействие спорта, правильного питания и здорового сна на психику.

Ключевые слова: психическое состояние, здоровый образ жизни, здоровье, профилактика, человек.

THE INFLUENCE OF A HEALTHY LIFESTYLE ON THE MENTAL STATE OF A PERSON

Starchak E.A.
Scientific adviser Antipina R.G., senior lecturer of the Department of Physical Culture of the KemSMU
Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology
Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education
«Kemerovo State Medical University» of the Ministry of Health of Russia,
Russia, Kemerovo

Absract. The article is devoted to identifying the preventive impact of healthy lifestyle habits on the mental and emotional state of a person. The beneficial effect of sports, proper nutrition and healthy sleep on the psyche was revealed.

Keywords: mental state, healthy lifestyle, health, prevention, people.

Введение. В настоящее время тематика сохранения и поддержания психического здоровья чрезвычайно актуальна среди молодежи и взрослого населения. В действительности феномен профилактики психоэмоциональных расстройств недостаточно развит в науке современной психологии. О влиянии здорового образа жизни на психическое состояние говорят реже, однако, существуют исследования, установившие связь между здоровыми привычками и психикой человека.

Объекты и методы исследования. Объектом данного исследования является психическое состояние человека. В данной статье было проведен анализ воздействия здоровых привычек на психику человека с помощью теоретических данных научных экспериментов.

Результаты и их обсуждение. Здоровый образ жизни включает в себя физические нагрузки и спорт, отсутствие вредных привычек (курение, алкоголь, наркотики), правильное рациональное питание, полноценный отдых и здоровый сон. Физические нагрузки оказывают значительное воздействие на психическое состояние человека. Во время тренировок происходит выброс гормонов удовольствия в организм – эндорфин и дофамин. Эндорфины приводят человека в состояние эйфории, влияют на эмоциональное состояние, способствуют выходу из депрессии и обретению душевного равновесия. Было выявлено, что у спортсменов уровень эндорфина после 10 минут бега повышается на 42%, а после 20 минут на 110%.

Действие дофамина также связано с получением положительных эмоций. Дофамин создает ощущение радости и удовлетворенности от своих действий. В 1970 году проводилось исследование: мужчины были разделены на две группы, в первой группе испытуемые ежедневно тренировались, занимались пробежками, плаванием, вторая группа мужчин вела малоподвижный образ жизни. Результат исследования показал, что мужчины из первой группы

намного быстрее справлялись с подавленным состоянием. Регулярные физические нагрузки устраняют хроническое мышечное перенапряжение, нормализуют уровень глюкозы в крови, укрепляют опорно-двигательный аппарат, повышают общую выносливость организма и работоспособность. Физическая активность вызывает активный приток кислорода ко всем органам тела, в том числе и к головному мозгу. Это способствует угнетению симптомов многих психических беспокойств, таких как тревожность, депрессия, стресс, бессонница. Также стоит отметить, что спорт часто влияет на волевые качества, целеустремленность, дисциплинирует и повышает уверенность в себе. Сбалансированное правильное питание тоже оказывает благоприятное воздействие на нервную систему человека.

В рационе каждого человека должно присутствовать достаточное количество некоторых компонентов, которые оказывают влияние на психику. Регулярное поступление в организм жиров и омега-3 полиненасыщенных жирных кислот увеличивают работоспособность синапсов мозга. В 2013 году в Британском журнале питания было опубликовано исследование, доказывающие, что у людей, потребляющих в необходимом количестве докозогексаеновую кислоту (DHA – один из типов омега-3 кислоты), снижается риск развития тревожных состояний на 50%.

Аминокислоты, содержащиеся в белковой пище, принимают активное участие в производстве нейротрансмиттеров, передающих сигналы нейронов мозга от одного к другому. Малый уровень нейротрансмиттеров может негативно сказываться на психическом состоянии. Необходимые аминокислоты можно получить с мясом, яйцами, бобами и молочными продуктами. Не стоит забывать про витамины группы В, которые являются нейротропными и часто назначаются при лечении заболеваний нервной системы, прежде всего это - тиамин (В1), пиридоксин (В6), цианокобаламин (В12). Научное исследование 2013 года показало, что пожилые люди с недостатком тиамина имеют большую вероятность к депрессивному расстройству. Чтобы избежать нехватки данных

витаминов, рекомендуется включить в свой рацион цельные злаки, бобовые, яйца, молочные продукты, листовую зелень, семена и орехи. Присутствие в питании углеводов стимулирует выработку серотонина (как его называют «гормон счастья» или «гормон хорошего настроения»).

Повышение уровня его выработки влечет за собой снижение депрессивных симптомов и одновременно увеличивает чувство насыщения. При выборе источников углевода всё же стоит отдавать предпочтение свежим фруктам и овощам, грубым и легким крупам. Ученые установили связь между высоким потреблением рафинированных сахаров и перепадами настроения, что отражается на психическом состоянии человека.

При профилактике и лечении психических расстройств недостаточное внимание уделяют полноценному сну. В современном мире многие люди страдают от недосыпа, что связано с ускоренным ритмом жизни, зависимостью от интернета, социальных сетей и телевидения. Регулярный недостаток сна влечет за собой негативные последствия - человек становится раздражительным, агрессивным, невнимательным, заторможенным, снижается концентрация на работе или учебе. В центре по контролю и профилактике заболеваний (CDC – Centers for Disease Control and Prevention) было отмечено, что недосып повышает вероятность развития диабета 2 типа, сердечно-сосудистых заболеваний, ожирения и депрессий. Британскими учеными было проведено исследование: на протяжении трёх суток участникам разрешалось спать по 4 часа.

Результаты исследования показали, что у испытуемых появилась резкая смена настроения, повысилась тревожность, стресс и преобладание негативных эмоций. Во избежание этих симптомов, врачи рекомендуют спать 7-9 часов в сутки.

Заключение. Соблюдая вышеописанные рекомендации и принципы ЗОЖ, человек может улучшить своё эмоциональное состояние и снизить вероятность развития симптомов психических расстройств, таких, как,

тревожность, раздражительность, агрессия, потеря концентрации и внимания, быстрая утомляемость и смены настроения. Таким образом, можно сделать вывод, что действительно существует взаимосвязь между привычками здорового образа жизни и психическим состоянием человека.

Литература / References

1. Амосов, Н. М. Раздумья о здоровье [Текст] / Н. М. Амосов. – М. : Физкультура и спорт, 1987. – 64 с.

2. Аргайл, М. Психология счастья [Текст] / М. Аргайл. – СПБ. : Питер, 2003. – 271 с.

3. Жамолдинова, О. Р. Совершенствование педагогических механизмов реализации принципов преемственности и непрерывности развития культуры здоровой жизни молодежи [Текст] : автореф. дис. … д-ра пед. наук : 13.00.01 / Жамолдинова Одинахон Расуловна. – Ташкент, 2015. – 36 с.

4. Никифоров, Г. С. Психология здоровья [Текст] / Г. С. Никифоров. – СПб. : Питер, 2006. – 607 с.

ПСИХИЧЕСКИЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ УПОТРЕБЛЕНИЕМ СНОТВОРНЫХ ИЛИ СЕДАТИВНЫХ СРЕДСТВ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ ВЫЗВАННОЙ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ, НА ТЕРРИТОРИИ Г. ЮРГИ

М.Д. Стрелковский [1], А.Ю. Кратовский [2]

[1]ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер им. профессора Н.П. Кокориной»

[2]ГБУЗ «Юргинский психоневрологический диспансер»

Аннотация: В настоящее время, в условиях пандемии вызванной новой коронавирусной инфекцией на территории города Юрги, чаще за помощью обращаются лица с психическими и поведенческими расстройствами. Большую часть, среди обратившихся за помощью, составляют лица злоупотребляющие снотворными или седативными средствами.

Ключевые слова: город Юрга, психические и поведенческие расстройства, COVID-19, снотворные и седативные средства, пандемия.

MENTAL AND BEHAVIORAL DISORDERS CAUSED BY THE USE OF SLEEPING OR SEDATIVE MEDICINES IN THE CONDITIONS OF THE PANDEMIC CAUSED BY NEW CORONAVIRUS INFECTION IN THE TERRITORY OF YURGA

Strelkovsky M.D.[1] Kratovsky A.Yu.[2]
[1]Kuzbass clinical drug dispensary.
[2]Yurga psychoneurological dispensary

Abstract. Currently, in the context of a pandemic caused by a new coronavirus infection in the city of Yurga, people with mental and behavioral disorders are more likely to seek help. Most of those who asked for help are people who abuse sleeping pills or sedatives.

Keywords: city of Yurga, mental and behavioral disorders, COVID-19, hypnotics and sedatives, pandemic.

Важной целью здравоохранения, в частности психиатрической и наркологической службы, является профилактика психогенных расстройств, синдрома зависимости от снотворных или седативных средств, а так же лечение последствий их неконтролируемого применения. Оказание качественной лечебно-консультативной помощи в период распространения коронавирусной инфекции, а также возвращение людей к привычному им образу жизни.

Значительное снижение межличностных коммуникаций в условиях вынужденной самоизоляции, закрытие розничных магазинов и производственных предприятий, снижение доходов россиян, рост числа безработных, обнаруживает тенденцию к значительному увеличению развития у людей симптомов психогенных расстройств (раздражительность, апатия, нарушение сна, тревога, беспокойство), в результате чего некоторые граждане прибегают к самолечению, используя снотворные или седативные средства.

Цель представленной статьи заключается в установлении взаимосвязи пандемии с психическими расстройствами, возникающими в результате злоупотребления снотворными или седативными средствами.

Согласно данным Юргинского психоневрологического диспансера, число обращений к врачу-психиатру участковому с жалобами на: слабость, апатия, подавленность, раздражительность, эмоциональная лабильность, нарушение сна, тревожность, беспокойство, с октября 2020 года по сентябрь 2021 года составило 62 человек. Основные жалобы при обращении на: повышенную тревожность - 21 человек (34%); нарушение сна – 16 (26%); утрату способности к концентрации внимания – 3 (5%); раздражительность – 14 (22%); эмоциональную лабильность – 8 (13%). Необходимо отметить следующее: седативные и снотворные средства оказывают угнетающее воздействие на ЦНС, активируя влияние γ-аминомаслянной кислоты (ГАМК - нейромедиатора торможения передачи нервных импульсов), за счет непосредственного агонистического воздействия на ГАМК-рецепторы (барбитураты) или опосредованного, через бензодиазепиновые рецепторы. Барбитураты также блокируют возбуждающий нейротрансмиттер ацетил-холин. Активация ГАМК в лимбической системе приводит к развитию анксиолитического, в стволе и коре - противо-судорожного, в спинном мозге - миорелаксирующего, в мозжечке - атактического эффекта. Под влиянием седативных и снотворных средств замедляется обмен веществ, понижается температура тела и реакция на внешние раздражители. Действуя на продолговатый мозг, повышенные дозы этих ПАВ угнетают дыхание и вызывают кому [1, 2, 3].

Материалы и методы: дизайн исследование, ретроспективное.

Изучались медицинские карты пациентов, обратившихся к врачу психиатру участковому Юргинского психоневрологического диспансера в период с 01.10.2020г. по 31.09.2021г. Объектом явились 62 пациента, исследованные клинико-анамнестическими, статистическими методами.

Критерии включения в исследование: пациенты, территориально прикрепленные к ГБУЗ «ЮПНД», проживающие на территории г. Юрга.

Результаты и обсуждение. Возраст пациентов, обратившихся за помощью к врачу психиатру по поводу психогенных расстройств варьируется от 26 до 73 лет.

При первичном обращении: повышенная тревожность диагностирована - 21 человек (34%); нарушение сна – 16 (26%); утрату способности к концентрации внимания – 3 (5%); раздражительность – 14 (22%); эмоциональную лабильность – 8 (13%). В отношении каждого пациента был применён индивидуальный комплексный подход, с использовани ем психофармакологического и психотерапевтического подходов в условиях стационарного отделения и психиатрического кабинета. Таким образом, на базе стационарного отделения за период с октября 2020 года по сентябрь 2021 года было пролечено 22 пациента (35%) с наибольшей тяжестью расстройств у которых отмечались элементы злоупотребление препаратами вышеуказанной группы, а именно неконтролируемое увеличение дозировки препарата, проявления абстинентного синдрома (дисфория, ажитация, усиление тревоги и беспокойства). К данной группе пациентов применён метод постепенной перекрёстной замены транквилизаторов бензодиазепиновой структуры на препараты группы транквилизаторов небензодиазепиновой структуры (тофизо пам, гидроксизин) не вызывающих зависимости. Некоторым пациентам с элементами тревоги применялись растительные адаптогены, антидепрессанты группы СИОЗС (феварин, сертралин), проведена нейрометаболическая терапия, витаминотерапия, консультация врача-психотерапевта**.**

Каждый пациент после прохождения стационарного лечения был выписан в удовлетворительном состоянии в амбулаторное звено под наблюдение участкового врача психиатра-нарколога. Остальным 40 пациентам (65%), с менее выраженными проявлениями синдрома отмены, на базе психиатрического кабинета ГБУЗ «ЮПНД», был проведён комплекс

индивидуальных лечебно-диагностических мероприятий, назначена психофармакотерапия с использованием препаратов группы растительных адаптогенов, антидепрессантов группы СИОЗС, проведены психокоррекционные мероприятия с участием врача-психотерапевта, медицинского психолога. В ходе рациональной психотерапии, пациентам младше 65 лет, были даны рекомендации по поддержанию здорового образа жизни (закаливание, правильное здоровое питание, соблюдение режима работы и отдыха). Медицинским психологом после проведённого лечения с помощью личностной шкалы проявлений тревоги (J. Taylor) было отмечено снижение проявлений реактивной тревоги у пациентов.

Заключение. Таким образом, сочетание неблагоприятных социально-экономических факторов с пандемией вызванной COVID-19, способствует к формированию психогенных расстройств. Применение снотворных и седативных препаратов, особенно в данный период, должно осуществляться под строгим контролем врача психиатра, психиатра-нарколога. Так же важно повысить степень информированности населения о необходимости обращения за специализированной помощью, при появлении симптомов невротических расстройств.

Литература / References

1. Наркология : национальное руководство / под ред. Н.Н. Иван-ца, И.П. Анохиной, М.А. Винниковой. 2-е изд., перераб. и доп. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. 944 с.

2. Рохлина М.Л. Наркомании. Токсикомании: психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ. М. : Литтерра, 2010. 255 с.

3. Дмитриева Т.Б., Игонин А.Л., Клименко Т.В. и др. Злоупотребление психоактивными веществами (клинические и правовые аспекты). М. : МНЦ «Инфокоррекция», 2003. 316 с.

ВЫНУЖДЕННАЯ САМОИЗОЛЯЦИЯ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ ВЫЗВАННОЙ COVID-19 КАК ФАКТОР РОСТА УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ.

М.Д. Стрелковский [1], А.Ю. Кратовский [2]
ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер им. профессора Н.П. Кокориной»[1]
ГБУЗ «Юргинский психоневрологический диспансер»[2]

Аннотация: Рост расстройств связанных с употреблением психоактивных веществ в период вынужденной самоизоляции в условиях пандемии COVID-19 на территории Кузбасса, вызывают серьёзную обеспокоенность общественного здравоохранения. В связи одной из важных задач наркологической службы Российской Федерации является выявление среди населения с этим лиц, регулярно, либо эпизодически, употребляющих наркотические средства, особенно во время пандемии COVID-19.

Ключевые слова: COVID-19, психоактивные вещества, Кемеровская область – Кузбасс, пандемия, самоизоляция.

FORCED SELF-INSULATION DURING THE PANDEMIC CAUSED BY COVID-19 AS A FACTOR IN THE GROWTH OF PSYCHOACTIVE SUBSTANCE CONSUMPTION.

Strelkovsky M.D. 1, Kratovsky A.Yu.2
GBUZ «Kuzbass Clinical Narcological Dispensary named after Professor N.P. Kokorina»
GBUZ «Yurginsky neuropsychiatric dispensary»

Abstract. The growth of disorders associated with the use of psychoactive substances during the period of forced self-isolation in the context of the COVID-19 pandemic in Kuzbass is a serious public health concern. In connection with one of the important tasks of the narcological service of the Russian Federation is to identify

among the population with this person who regularly or occasionally use drugs, especially during the COVID-19 pandemic.

Keywords: COVID-19, psychoactive substances, Kemerovo region - Kuzbass, pandemic, self-isolation.

Расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ (ПАВ), характеризуются целым рядом психических, физических и поведенческих симптомов и вызывают серьезную обеспокоенность общественного здравоохранения. Люди, страдающие от расстройств, связанных с употреблением ПАВ, принадлежат к маргинальным слоям общества и неизбежно более подвержены риску заражения во время пандемии COVID-19. Развитие неблагоприятных социально-экономических факторов на фоне пандемии вызванной COVID-19, таких как: значительное снижение межличностных коммуникаций в условиях вынужденной самоизоляции, снижение доходов россиян, рост числа безработных, обнаруживает тенденцию роста употребление психоактивных веществ.

Большая часть населения мира сталкивается с новыми сопутствующими психосоциальными стрессорами, такими как длительное пребывание дома, депрессия и паника из-за неизвестной природы заболевания, страх заразиться, уязвимость, работа из дома, беспокойство по поводу финансового благополучия и страх потерять работу. В состоянии стресса человек может искать выход в веществах, которые являются дешевыми и доступными, чтобы улучшить свое психологическое состояние. [1, с. 301]

Аналогичный риск для здоровья может быть связан с потреблением алкоголя, хотя отсутствуют систематические данные о связи алкоголя и COVID-19. Дисфункциональная иммунная система, авитаминоз, повышенный риск аспирационной пневмонии, сопутствующие заболевания печени, кардиометаболические заболевания и повышенный риск тромбоза − все это может действовать синергически, вызывая ухудшение состояния здоровья.

Те, кто принимает опиоиды в рамках терапии, подвержены риску смертельной передозировки. Передозировка опиоидами может вызвать угнетение дыхания и гипоксемию, которые, в свою очередь, приводят к сердечно-сосудистым, легочным и неврологическим осложнениям и повышают вероятность неблагоприятного исхода инфекционных заболеваний [2, с. 338].

Психостимуляторы, которыми чаще злоупотребляют в настоящее время, могут вызвать повреждение легких, легочную гипертензию и кардиомиопатию. Эксперты рекомендуют проявлять бдительность в отношении лиц, злоупотребляющих психостимуляторами, из-за повышенной вероятности неблагоприятного исхода COVID-19 [3, с. 1].

Поведение, связанное со злоупотреблением ПАВ, создает риски для распространения вируса в сообществе. Частицы вируса SARS-CoV-2 распространяются при курении вейпа через облака пара. Поведение, которое повышает риск заражения, такое как курение одной сигареты несколькими людьми, совместное потребление алкоголя и использование общей иглы, увеличивает вероятность вспышки COVID-19 [4, с. 289].

Цель исследования: сравнительный анализ распространенности употребления психоактивных веществ на территории Кемеровской области - Кузбасса в период с 01.01.2019 по 31.12.2019 и 01.01.2020 по 31.12.2020г., а также проследить двустороннюю связь между COVID-19 и зависимостью и проанализировать, как эти две проблемы влияют друг на друга, тем самым создавая еще более серьезную угрозу общественному здоровью.

Методы исследования: были проведены химико-токсикологические исследования лиц направленных на медицинское освидетельствование, в период с 01.01.2019 по 31.12.2019 г. было обследовано 16032 человек. Из них направлено: органами внутренних дел – 976, медицинскими организациями - 606, медицинскими осмотрами – 14450. В период с 01.01.2020 по 31.12.2020 г. было обследовано 15839 человек. Из них направлено: органами внутренних дел – 1018, медицинскими организациями -575, медицинскими осмотрами - 14246.

Все обследуемые подписали добровольное информированное согласие. Биологический материал исследования – моча, вследствие низкого содержания белковых компонентов, она является наиболее простым биообъектом для определения наркотических средств.

Результаты и обсуждение. Число обследованных, у которых подтверждено наличие этилглюкуронида, наркотических средств и лекарственных препаратов в период с 01.01.2019 по 31.12.2019 г. составляет 860 человек, из них: этилглюкуронид 92 (11%), наркотические средства и психотропные вещества 768 (89%). Число обследованных, у которых подтверждено наличие этилглюкуронида, наркотических средств и психотропных веществ в период с 01.04.2020 по 31.12.2020 г. составляет 896 человек, из них: этилглюкуронид 108 (12%), наркотических средства и психотропные вещества 788 (88%). У всех представленных в изученной выборке людей в моче были обнаружены этилглюкуронид, лекарственные препараты и наркотические средства.

В результате исследования отмечается рост употребления психоактивных веществ в период с 01.01.2020 по 31.12.2020 года по отношению к периоду с 01.01.2019 по 31.12.2019 года, вследствие вынужденной самоизоляции в 2020 году, из-за пандемии вызванной COVID-19.

Заключение. Таким образом, проведенный сравнительный анализ и полученные результаты позволяют сделать вывод, что развитие неблагоприятных социально-экономических факторов на фоне пандемии вызванной COVID-19 и вынужденная самоизоляция, способствовали увеличению числа употреблений психоактивных веществ на территории Кемеровской области – Кузбасса.

Поведенческие зависимости и COVID-19 представляют собой опасное сочетание. Если страна хочет справиться с нынешней пандемией, то особые потребности слоев общества, которые употребляют ПАВ, должны решаться с максимальной осторожностью. Эти группы населения должны получать

простые для понимания рекомендации относительно основных превентивных мер против COVID-19. Дистанционные консультации могут стать дополнением к обычной психиатрической помощи. И последнее, но не менее важное: правильно преподнесенная информация поможет людям осознать опасность употребления психоактивных веществ и их вред здоровью.

Литература / References

1. Rehm J, Kilian C, Ferreira-Borges C, Jernigan D, Monteiro M, Parry CDH, Sanchez ZM, Manthey J. Alcohol use in times of the COVID 19: implications for monitoring and policy. Drug Alcohol Rev. 2020;39(4):301–304. doi: 10.1111/dar.13074.

2. Клинические рекомендации по диагностике и лечению психических расстройств расстройств поведения, связанных с употреблением ПАВ и реабилитации больных наркологического профиля / Ассоциация наркологов России. – М., 2014. – 338 с.

3. Columb D., Hussain R., O'Gara C. Addiction Psychiatry and COVID-19 - impact on patients and service provision. Ir J Psychol Med. 2020 May 21:1–15. doi: 10.1017/ipm.2020.47.

4. Ornell F., Moura H.F., Scherer J.N., Pechansky F., Kessler F., von Diemen L. The COVID-19 pandemic and its impact on substance use: implications for prevention and treatment. Psychiatr Res. 2020;289:113096

ПСИХОДИНАМИЧЕСКИ – ОРИЕНТИРОВАННАЯ КОНЦЕПЦИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

В.Г. Теург-Дий

Кафедра клинической психологии, психологии и педагогики
ФГБОУ ВО «Кировский медицинский государственный университет»
Минздрава России, Россия, г. Киров

Аннотация: в данной статье раскрывается концепция психосоматических расстройств и их причин в рамках психодинамического подхода к проблеме,

психоаналитической теории. Проанализированы теории таких авторов, как Д.В. Винникотт, Р. Шпиц, Г. Аммон, О. Ранк.

Ключевые слова: психосоматика, психоанализ, травма рождения, психическое и соматическое здоровье.

THE PSYCHODYNAMIC-ORIENTED CONCEPT OF PSYCHOSOMATIC DISORDERS

Teurg-Diy V.G.

Department of Clinical Psychology, Psychology and Pedagogy of the Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «Kirov State Medical University» of the Ministry of Health of Russia, Russia, Kirov

Abstract. Reveals the concept of psychosomatic disorders and their causes within the framework of a psychodynamic approach to the problem, psychoanalytic theory. The theories of such authors as D.V. Winnicott, R. Spitz, G. Ammon, O. Rank.

Keywords: psychosomatics, psychoanalysis, birth trauma, mental and somatic health.

В научной психологии существуют различные тенденции и подходы к заболеваниям, имеющим психологическую природу. Если говорить о психоанализе – то первой в разработке этого вопроса является Парижская психосоматическая школа.

В классическом психоанализе под залогом психического здоровья понимается оптимальная коммуникация между сознанием и бессознательным личности, это значит, что эти две структуры личности должны свободно обмениваться своим содержимым, которое проявляется в сновидениях, мечтах и фантазиях. Это же создает возможность творческого влияния на жизнь. Для такой коммуникации необходимо, чтобы предсознательное субъекта обладало свойством проницаемости. Применительно к психосоматическим пациентам, их прослойка предсознательного выполняет

не коммуникативную, а изолирующую функцию, из-за чего взаимообмен сознания и подсознания невозможен [4].

В пятидесятые годы XX-го века психоаналитики предприняли попытки некоторого воссоединения психоанализа и соматической медицины, которые к этому времени были разделены. Первыми в этом направлении начали работу специалисты парижской психоаналитической школы Мишель Фелт и Мишель дэ Пьюизант. В своих работах они сообщили о том, что им удалось обнаружить единый для многих психосоматических пациентов ментальный процесс, который они назвали термином «операторное мышление», т.е. мышление, привязанное к повседневной реальности, оно как будто бы не обнаруживает никаких очевидных связей с бессознательным, с глубинными слоями психики. Человек с таким мышлением занят исключительно окружающей его реальностью, отсутствуют фантазии, двойные смыслы вещей и событий, символы. Исключительная привязанность к повседневной реальности. Такие люди часто очень хорошо социально адаптированы.

Когда человек с операторным мышлением описывает события своей жизни, то это выглядит как простое перечисление фактов, за которым почти не обнаруживается эмоций и символики. Основная установка такого человека – нормальное и удобное функционирование в пределах своей жизни.

В 1970-ых годах эта концепция была продолжена и получила творческое развитие в трудах исследователей Массачусетского госпиталя в США во главе с Павлом Сифлиусом. Ими был введен термин «алекситимия», что в переводе с греческого означает отсутствие слов для выражения чувств. Ими был описан синдром алекситимии, который был объявлен психоаналитиками патологическим образованием и, фактически, он стал диагностической категорией и долгое время считался важным описательным критерием людей, страдающих психосоматическими заболеваниями.

Синдром алекситимии у пациентов-психосоматиков включает в себя затруднения различать и отграничивать в самих себе психическое и телесное, это выражается в подмене телесными ощущениями описания своих чувств и переживаний. Свои чувства и переживания, эмоциональные реакции такие пациенты описывают телесными ощущениями и симптомами, переводя их на язык тела, на язык ощущений. Это даже зачастую ведет к дезориентации между психическим и телесным. Второй маркер алекситимии – затруднение в описании своих чувств словами вообще и различении тонких границ между близкими эмоциональными состояниями. При этом нельзя сказать, что такие люди живут неполноценной эмоциональной жизнью, скорее в ходе развития у них не сформировался язык чувств и эмоциональный интеллект. Они испытывают чувства, но не умеют об этом говорить, либо игнорируют их и считают незначимыми. Однако существует и такое мнение, что алекситимичные люди на самом деле, в отличие от большинства, отчетливо ощущают, насколько слова искажают и не могут во всей полноте передать реальную картину их внутреннего мира [3].

В психоаналитической концепции, когда ребенок еще не умеет выражать и дифференцировать смыслы и оттенки собственных переживания – за него это делает мать, помогая ему тем самым распознавать эти аффекты. Мать их угадывает и в каждой отдельной ситуации она же будет реагировать эксклюзивно, давай ребенку разный отклик, в зависимости от того, что именно выражает сейчас ее радость или неудовольствие, формируя, таким образом, у ребенка разнообразный репертуар паттернов эмоциональных состояний и причинно-следственные связи между ними. Причем, само дитя также научается различать эти эмоции и их оттенки у окружающих и себя самого.

Предполагается, что у людей с алекситимией данный процесс затруднен и это могло быть связано с тем, что мать не в состоянии была к

эмпатийным отношениям со своим ребенком и сама в его переживаниях очень плохо ориентировалась.

Такая мать, по словам Л. Шпиц, подает ребенку не сигналы, а симптомы, а М. Фелт считал, что алекситимический ребенок чрезмерно «инвестирован материнской реальностью» – мать, ухаживая за младенцем, дает ему все большую возможность для формирования интроектов, т.е. внутренних объектов, на которые человек может опереться, когда он не находит опор в окружающей реальности. Эта схема нарушается, когда мать повышено тревожна и не уверена ни в своем дитя, ни в себе самой. С этого начинается привязанность к реальному, внешнему миру, и потеря силы интроектов во внутреннем мире [5].

Следующей чертой алекситимии выделяют низкую способность к выражения в поведении собственных аффектов. Из-за неумения в них ориентироваться такие пациенты полностью подавляют, сдерживают и контролируют свои эмоции. При этом, если какой-либо аффект становится настолько силен, что прорывается через все защитные механизмы, тогда он становится неконтролируемым и увлекает всю личность за собой.

Еще одним маркером психосоматической личности является бедность фантазийной жизни – отсутствие ярких мечтаний, глубины внутреннего мира, пестроты переживаний, т.е. продуктов ментальной активности. Безжизненность и бесцветность диалога.

В психоаналитическом подходе при работе с алекситимией применяется техника обучения языку чувств, когда психоаналитик угадывает и называет актуальные чувства и состояния пациента словами.

Но психосоматизация оказалась не переступаемым рубежом для психоаналитиков при объяснении каких-либо процессов в теле. Пьер Марти говорил, что аналитики столкнулись со сферой, где весь их инструментарий не работает – т.к. они пытались подходить к телесному с привычных

позиций, искали конфликт там, где его не было, искали вытесненное содержание там, где была просто пустота.

Тем не менее, прямой корреляции синдрома алекситимии с синдромами психосоматических заболеваний до сих пор не выявлено и алекситимические симптомы могут служить лишь дополнительными, но не обязательными маркерами психосоматической личности [4].

Другое объяснение психосоматических заболеваний предлагал Доннальд В. Винникот. По его мнению, самая опасная для человека травма, как в раннем, так и во взрослом возрасте – преждевременное вторжение реальности в мир его фантазий, не подстрахованное иллюзиями. Мы можем воспринимать мир только через приму наших иллюзий т.к. сам по себе реальный мир принять невозможно – реальность слишком страшна, чтобы принять ее не травматично. Отсюда становится понятным, что такое депрессия – это взгляд на мир «без розовых очков». Депрессивный субъект видит мир таким, какой он есть, в отличие от большинства людей, видящих мир через приму собственных иллюзий. Когда реальность вторгается в пределы не подстрахованного иллюзиями детского «Я», нарушая его представления о предсказуемости этой реальности и его представления о том, что он способен управлять этой реальностью, происходит расщепление, или фрагментация собственного «Я», потому что в подобной ситуации у ребенка или взрослого человека есть только два сценария реагирования [1].

Первый сценарий подразумевает, что если реальность настолько страшна и непредсказуема, то личность отказывается от взаимодействия с ней, отворачивается от реальности в эскапизм внутренней психической реальности. Второй сценарий – занятие по отношению к реальности предельно конформистской позиции, т.е. построение отношений с реальностью так, чтобы она никогда не причинила личности какой-либо вред.

В результате, когда срабатывают два этих сценария, «Я» расщепляется на две части – одна сворачивается на себя, создавая отдельную внутреннюю реальность, а вторая сильно привязывается в реальности внешней и между внутренней и внешней при этом теряется связь. Такая потеря связи и есть причина формирования психопатологий, с точки зрения Д.В. Винникота, потому что в его концепции, самое главное свойство зрелой и здоровой личности это способность к творчеству, способность к творческому преобразованию своего восприятия реальности, и реальности как таковой. Способность к творчеству, по мнению Виникотта – залог здоровья. Для этого, по его мнению, необходимо сохранять связь со своим внутренним миром и не терять связи с миром окружающим.

Логическим заключением концепций разделения реальности внешней и внутренней в психике является вывод о том, что психоз это антипод психосоматоза, поскольку он также является отстранением от реальности в некотором смысле.

Если психосоматический субъект, в классическом его выражении, имеет не просто границы между реальностью внутренней и внешней, то психотик теряет вообще любые границы и происходит смешение интро- и экстропсихической реальности в его сознании. Это две крайности [1].

В нормальном развитии должно наблюдаться не жесткое разграничение и не смешение, а лишь близость и взаимообмен содержимым между сознательным и бессознательным. В творчестве происходит безопасное облечение в форму и осознание содержимого бессознательного сознанием.

В 60-ые годы XX-го века появилось множество новых психосоматических концепций после того, как того как концепция Франса Александера подверглась критике и оказалась несостоятельной. Появились такие теории, как травма потери объекта, социопсихосоматика.

Сторонники интерсубъективного подхода в 90-ых годах прошлого века считали психосоматические явления артефактом нежелательным образом складывающихся отношений.

Психосоматическая личность – в традиционном определении, это субъект, у которого функции в нормальных обстоятельствах выполняемые психикой, берет на себя тело.

Психосоматический пациент или субъект – это человек, по выражению М. Фела, психика которого не работает в полной мере. У такого человека нет контакта со своим внутренним миром, и соответственно нет здоровья потому, что нет творчества, нет возможности творческого преображения действительности. Его внутренний мир представлен лишь телом как совокупностью органов. Тело, как и вся окружающая реальность для него – это непреходящий источник угрозы. Такой индивид не доверяет своему телу. Именно поэтому он так акцентированно о своем теле заботится, обращаясь к врачам по малейшим недугам. Главная жизненная проблема такого субъекта, которая занимает все его сознание это адаптация к реальности. Также такие личности склонны к интернализации конфликта, т.е. к переводу внешнего конфликта на внутренний план. Причем часто у них отсутствуют какие-либо психические страдания, но заменяются они страданиями телесными. Некоторые авторы также отмечают, что у этих пациентов бедна фантазийная активность и словарный запас, они редко видят сны, а если и видят то их сюжеты плоские и приземленные, как повседневные мысли и события [3].

Соматизация – перевод психического в телесное в момент, когда психика перестает справляться, процесс, который Фрейд назвал «таинственным прыжком из физического в психосоматическую иннервацию», который остался для него таинственным и объяснить его он так и не сумел. Соматизацию можно считать разновидностью самых примитивных психических защит, назначение которой является переработка конфликтов телом. Когда внутренний мир субъекта начинает работать по

психосоматическому сценарию, в дело начинают вступать наиболее архаические и примитивные механизмы т.к. более зрелые и тонкие механизмы (если они уже развились) не справляются с нагрузкой.

Когда ребенок появляется на свет, то за все его внутренние процессы отвечает тело и все эти процессы по природе своей являются психофизиологическими. До трехмесячного возраста в психике ребенка формируется психотическое ядро личности, сохраняющееся у каждого человека на протяжении всей жизни. До трех лет на него накладывается пограничная мантия, а на завершающей стадии инфантильного развития эта мантия затягивается сверху невротической корой.

В критических и стрессовых обстоятельствах, конфликтах и травмах, сформировавшиеся защитные механизмы не справляются с натиском стресса и в качестве второй защиты обнажается и включается один из трех уровней ядра личности, чтобы уберечь ее от полной дезинтеграции. Часто такой процесс сопровождается вторичной выгодой в виде сочувствия и заботы со стороны окружающих. Отсюда прослеживается связь между психотизацией и соматизацией, причем последняя становится родом адаптивного механизма. Таким образом, складывается психосоматические черты личности, основанные на регулярном употреблении данных процессов.

Однако нет еще достоверных исследований корреляции между личностью психосоматического или алекситимичного типа и психосоматическим заболеванием ввиду разнообразия стилей защитных механизмов даже у такой личности.

Базовый вопрос, которым задавались поколения психоаналитиков при работе с психосоматическими пациентами – является ли причиной некий конфликт, или его причиной заболевания является некий внутренний дефицит, нехватка чего-то значимого?

Как писал Гюнтер Аммон, симптом возникает при особо сильной нагрузке на психодинамическое равновесие субъекта, и тогда тело

производит регрессивный возврат к самым примитивным паттернам реагирования. Однако такая психодинамика сама по себе не предопределяет развитие психосоматозов.

По мнению Аммона, телесная болезнь это своего рода расплата за «дыру в «Я - концепции». Недостаток, пустота «Я» человека закрывается телесной болезнью, а если нет – то происходит психотическое реагирование [2].

По тезису Энджела – провоцирующим психосоматоз фактором становится травма потери объекта, сопровождаемая чувством безнадежности. Эта потеря одинаково связана как с зависимостью от этого объекта, так и с враждебностью к нему, что указывает косвенно на потерю или нехватку внутренних ресурсов и психических защит, которые помогли бы этот конфликт избежать. Говоря термином Балинта, это базисный дефект – разница между количеством любви, в котором ребенок нуждался и тем количеством, которое могла дать ему мать.

В любом случае, суммируя смысл всех концепций, можно сказать, что психосоматический процесс возникает на базе исходной слабости собственного «Я» субъекта.

Рене Шпиц объяснял происхождение психосоматических расстройств через такую психическую защиту как отрицание. По его концепции ребенок в начале второго года жизни овладевает функцией отрицания, интернализуя материнские запреты. Эта функция дает первую и примитивную возможность для ребенка управлять ситуацией и отграничивать свое «Я» от всего чуждого.

При психосоматическом расстройстве человек не может сказать «нет» внешнему объекту и отграничиться от него. Тогда он говорит «нет» своему собственному телу, отчуждаясь от него, от его органа или системы, но сохраняя отношения с объектом внешним. Поскольку социум склонен не принимать психические патологии, но принимает патологии телесные, то

происходит отчуждение тела, оно заболевает, а человек получает весомую вторичную выгоду [5].

Найджел Бенсон называл психосоматику психозом тела. Психоз соотносится с психосоматозом также, как соотносится психика с телом [7].

К.Г. Юнг также указывал на связь между соматическими и психотическими заболеваниями, когда у пациентов клиники Бурхольцвит исчезали симптомы психозов при заболевании чем-то телесным [4].

При психозе происходит отрыв от внешней реальности, а при психосоматозе – от внутренней.

Керман показал, что возможен обратный процесс – у индивида может развиться психотическое расстройство или депрессия после излечения соматического заболевания.

По психодинамике психосоматические заболевания имеют довольно много общего с ларвированной депрессией, при которой появляются телесные симптомы, помимо эмоциональных. При депрессии существует некая «плохая часть Я», а при психосоматическом расстройстве объект, интернализованный в теле, сжимается до размера органа. Отличие в том, что психосоматический больной социально положителен в своих глазах и глазах окружения, а плохой, не принимаемой, вытесненной частью «Я» становится орган или система в теле.

Корни склонности к психосоматическому реагированию субъекта относятся к тому, когда его психическое и телесное еще не были разделены.

С появления теории аффектов Кристелла, который показал, как в процессе развития ребенка чувства постепенно дифференцируются, обретают многообразие, появилась возможность нового подхода к психосоматическим заболеваниям. Поскольку у чувств телесная природа, а психосоматические больные бедны на проявление чувств, то чем меньше проявлений чувств, тем больше проявлений телесных реакций.

Также существует пренатальная теория формирования психосоматической структуры психики Филис Гринейпер, которая ввела такое понятие как биологическая тревога – т.е. состояние, в котором пребывает плод в матке, если он находится в неблагоприятных условиях (неблагоприятное психоэмоциональное состояние матери и восприятия ею своего материнства отражается на нем в том числе). То есть, если будущая мать настроена по отношению к своему дитя сознательно или бессознательно враждебно, то это порождает у плода биологическую тревогу, которая есть прототип всех телесных и психических неблагополучий ее дитя в будущем в течении всей жизни.

Залогом здоровья субъекта, по мнению Рене Шпица, является формирование у него в течение первого года его жизни позитивного образа его тела.

Отто Ранк предложил гипотезу «травмы рождения», из которой выводилась им идея существования всей человеческой культуры как компенсации травмы рождения. Непосредственно после рождения мать создает для дитя временную переходную оболочку-кокон для адаптации к миру из своих объятий, своих рук, груди, своего голоса и запаха тела. В это время у дитя еще очень низкая чувствительность к внешнему миру, проявляющаяся в том, что он например не услышит слабого звука, не разглядит отличий между лицами и предметами, не почувствует слабого перепада температур. Все это также позволяет ему оказаться после рождения в новом для него мире не одномоментно, а постепенно. При силе внешних стимулов, резко нарушающих временный защитный барьер оболочки, у младенца возникает анигиляционная тревога в примитивных ее видах, которая в процессе формирования у ребенка его образа «Я» (а в классическом психоанализе образ «Я», прежде всего, связан с телесностью) становится тревогой дезинтеграции – страхом прекращения своего существования и потери или фрагментации собственного тела. При

достижении эдиповой или фаллической стадии развития ребенком, его недифференцированная тревога сжимается и центрируется на конкретном органе или значимой части своего тела. У мальчиков эта тревога может конвертироваться в тревогу кастрационную, а у девочек – в общетелесную, в тревогу потери привлекательности и красоты [6].

Как писал Дональд Вудс Винникотт, глаза матери это зеркало внешнего мира для ребенка. Если мать смотрит на дитя с любовью то это означает для самого ребенка что он хороший, что хорошее его тело. Тогда формируется положительный образ его тела, а отсюда и телесное благополучие и здоровье.

Восприятие ребенком себя происходит через его соприкосновение с матерью. Когда этот процесс нарушен, то образ телесности субъекта разрозненный, фрагментарный, отчужденный. Тело субъектом воспринимается эгодистонно, т.е. как внешний объект, от которого можно ожидать только проблем, оно лишь служит инструментом, который должен хорошо функционировать.

Ели мать не предоставляет свободы развития собственного «Я» ребенку через постепенное предоставление автономности, или отношения между ней и ребенком отравлены садо-мазохистическими тенденциями или эмоциональным недостатком, дефицитарностью, то ребенку становятся не нужны сигналы от мира и собственного тела, и он остается зависим от матери, слит с нею. При этом отсутствует как самостоятельность и автономность, так и картина мира и собственного тела, позитивно окрашенного образа своего тела, тогда его «Я» отчуждается от своего тела и тело охватывает болезнь. При этом болезнь ребенка помогает матери разрешить собственный конфликт амбивалентности по отношению к ребенку, потому что, ее отношение к ребенку по началу амбивалентно, но когда он заболевает, вся его «плохость» концентрируется в болезни и тогда образ самого ребенка в ее глазах становится не негативным или

амбивалентным, а позитивным. Амбивалентность же ее отношения переносится на «плохую» болезнь, угнездившуюся в его теле. Тогда они оба, мать и ребенок, объединяются в борьбе с его болезнью и это залог гармонизации их взаимоотношений. Таким образом, болезнь тела, по сути, является кратчайшим обходным путем к объекту, для матери – к ребенку, а для ребенка – к матери.

Помимо отношений с матерью возможен и вариант психосоматогенной семьи в целом – когда все члены первичного окружения ребенка, очень взаимозависимы и замкнуты на себя, никто из них не обладает развитой автономией. В такой семье три основные тенденции отношения к ребенку – связывание (ограничение естественной природной активности ребенка), отторжение (эмоциональная холодность и непринятие), и делегирование (возложение излишних ожиданий и обязанностей). В таких условиях идентичность ребенка не развивается, автономность «Я» подавляется, а эмоциональный голод и потребность во внимании удовлетворяется через болезнь.

К 70-ым годам XX-го века психоаналитики пришли к пониманию важности развития аффективной сферы, появились развернутые теории эмоций и аффектов, что позволило по-новому взглянуть на проблемы формирования психосоматических расстройств. Появился ведущий тезис, заключающийся в следующем: психосоматические заболевания начинаются там, где нет нормальной аффективной жизни и тогда человеческое самоощущение кристаллизуется вокруг переживания аффекта, а для формирования этого самоощущения очень важен отклик объекта на эти переживания [3].

Литература / References

1. Винникотт, Д. В. Психосоматическая дилемма [Текст] / Д. В. Винникотт. – Журнал практической психологии и психоанализа №3, сентябрь 2003. – 26 с.

2. Гюнтер, А. Психосоматическая терапия [Текст] / А. Гюнтер. – СПб.:

Изд-во Речь, 2000.- 238 с.

3. Рождественский, Д.С. Психосоматика: психоаналитический подход: учебное пособие для вузов [Текст] / Д.С. Рождественский. – 2-е изд. – М.: Юрайт, 2019.- 235 с.

4. Рождественский, Д.С. Homo somaticus [Текст] / Д.С. Рождественский. – СПб.: ИП Седов Е.Б., 2019.- 264 с.

5. Шпиц, Р. Психоанализ раннего детского возраста [Текст] – М.: ПЕР СЭ, 2001. – 159 с.

6. Отто, Р. «Травма рождения и ее значение для психоанализа» [Текст] – М.: Когито-Центр, 2011. – 230 с.

7. Найджел, Б. Психотерапия [Текст] – М.: изд-во Бомбора, 2019. – 176с.

ЛИНГВИСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКИ ЗДОРОВЫХ ЛИЦ С НИЗКИМ ИНТЕЛЛЕКТОМ (ПО ДАННЫМ СТАЦИОНАРНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ)

С.В. Титиевский, Ю.И. Бубнова, А.О. Аурсалиди

Кафедра психиатрии, психотерапии, медицинской психологии и наркологии ФИПО ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», ДНР, г. Донецк

Республиканская клиническая психоневрологическая больница – медико-психологический центр, ДНР, г. Донецк

Городская психоневрологическая больница №2, ДНР, г. Донецк

Аннотация. В данной статье рассматриваются лингвистические (антропонимические) особенности лиц с низким интеллектом, признанных психически здоровыми в результате проведенной им стационарной психиатрической экспертизы. Использованы словесный вариант метода исключения понятий (фамилий) и вопросы: «Что такое имя?», «Что такое отчество?», «Что такое фамилия?». Определены специфические антропонимические особенности психически здоровых лиц с интеллектом в

пределах сниженной нормы и пограничного класса. При интеллекте в пределах пограничного класса исключенное слово, в основном, определялось не как фамилия, а как отчество, что может быть охарактеризовано как регрессивный (своего рода, «атавистический») феномен, специфичный для данной группы обследованных.

Ключевые слова: ономастика, антропонимика, психические расстройства, шкала интеллекта взрослых.

LINGUISTIC FEATURES OF MENTALLY HEALTHY PERSONS WITH LOW INTELLIGENCE (ACCORDING TO STATIONARY EXAMINATION)

Titievsky S.V., Bubnova J.I., Aursalidi A.O.
Department of Psychiatry, Psychotherapy, Medical Psychology and Narcology of FIPE State educational institution of higher professional education «M. Gorky Donetsk national medical university», DPR, Donetsk
Republican clinical psychoneurological hospital – medical-psychological center, DPR, Donetsk
City psycho-neurological hospital №2, DPR, Donetsk

Abstract. The summary in English: This article discusses the linguistic (anthroponymic) characteristics of persons with low intelligence, recognized as mentally healthy as a result of the inpatient psychiatric examination. We used a verbal version of the method of excluding concepts (surnames) and questions: «What is a name?», «What is a patronymic?», «What is a surname?» Specific anthroponymic characteristics of mentally healthy individuals with low average intelligence and borderline intelligence have been determined. With borderline intelligence, the excluded word was mainly defined not as a surname, but as a patronymic, which can be characterized as a regressive (a kind of «atavistic») phenomenon specific to this group of subjects.

Keywords: onomastics, anthroponymy, mental disorders, adult intelligence scale.

Введние. К онимам, словам или словосочетаниям, служащим для выделения именуемых ими объектов среди других подобных объектов, относятся антропонимы – личные имена, отчества, прозвища, фамилии и псевдонимы людей [1, С. 4]. Антропонимика является разделом лингвистики (точнее, ономастики), изучающим антропонимы [1, С. 28]. Исследование ментальности говорящих на русском языке психически больных с антропонимических позиций, отражающих, в том числе, взаимодействие личностно значимых понятий «я», «мои родители», «мой род» может быть перспективным аспектом диагностики психических расстройств.

В.К. Чичагов отмечает, что в XVI и XVII вв. функцию личных имен в обществе выполняли имена христианские, русские же имена употреблялись в значении прозвищ и назывались словом «прозвище» [2, С. 19]. Поскольку в русском языке XV-XVII вв. различались собственно-имена и прозвищные имена, различалось и два вида отчеств: собственно-отчества («Иван Федоров сын Алексеева» [2, С. 44]), и прозвищные отчества («Борис Иванов сын Перепечин» [2, с. 43]). Собственно-отчества и прозвищные отчества были источниками образования фамилий [2, С. 109] (фамилия, образованная от собственно-отчества: Федоров [2, С. 111], фамилии, образованные от прозвищных отчеств: Долгорукий, Толстой [2, С. 125]).

В XV-XVII вв. при образовании собственно-отчеств самыми продуктивными были суффиксы *-ов, -ев.* Употребление суффиксов *-ов-ич, -ев-ич* ограничивалось именованием только великих князей, князей, бояр, оружничих, казначеев [2, С. 47-48]. С течением времени с помощью суффиксов *-ов/-ев, -ин/-ын* стали оформляться только фамилии, а «почётный» суффикс *-ович/-евич* превратился в принадлежность отчеств, потеряв свой сословный характер [1, С. 82-83].

Целью настоящего исследования явилось определение лингвистических особенностей психически здоровых лиц с низким интеллектом на основе

применения антропонимического подхода к дифференциальной диагностике психических расстройств.

Материалы и методы. Нами обследованы 52 чел. в возрасте 36,2±15,2 лет из числа как находившихся на лечении психически больных, так и лиц, признанных психически здоровыми после проведенной им стационарной психиатрической экспертизы, предполагающей всестороннее экспериментально-психологическое обследование, в том числе, с использованием шкалы интеллекта взрослых Векслера (Wechsler Adult Intelligence Scale, WAIS). Психически здоровыми с интеллектом в пределах сниженной нормы были признаны 3 чел., психически здоровыми с интеллектом в пределах пограничного класса – 9 чел., у 5 чел. диагностирована легкая умственная отсталость (F70), у 6 чел. – умеренная умственная отсталость (F71), у 21 чел. – шизофрения (F20), у 1 чел. – шизоаффективное расстройство смешанного типа (F25.2), у 3 чел. – органическое бредовое (шизофреноподобное) расстройство (F06.2), у 4 чел. – органическое расстройство личности (F07). Исследование антропонимических аспектов различных психических расстройств проведено нами с помощью метода исключения понятий [3, с. 16]. Был избран словесный вариант указанного метода.

Обследуемому предлагались 5 наборов, каждый из которых включал 4 собственно-имени и 1 фамилию, образованную от собственно-отчества (например, «Василий, Федор, Семен, Иванов, Порфирий»). Оценивались как количество правильных исключений, так и неправильные исключения, а также объяснения каждого выбора. Кроме того, исследуемым предлагалось ответить на 3 вопроса: «Что такое имя?», «Что такое отчество?», «Что такое фамилия?» Оценивалась правильность ответов («верно» – 1 балл, «неверно» – 0 баллов) на основе их смыслового соответствия в целом общепринятым определениям.

Результаты и обсуждение. Выполняя тест исключения фамилии, лица с интеллектом в пределах сниженной нормы не делали ошибок, обследуемые с

интеллектом в пределах пограничного класса могли дать следующие неправильные ответы и их объяснения: «Порфирий Иванов: имён 3, фамилии 2», «Порфирий: такого имени или фамилии не существует», «Григорий: не знаю», «Порфирий: всё русские отчества, а это незнакомое».

Обследованными без психической патологии с интеллектом в пределах сниженной нормы сделано наибольшее количество правильных исключений (среднее значение 5,0 при SD=0,0): достоверно больше, чем лицами с интеллектом в пределах пограничного класса (среднее значение 4,0 при SD=1,2, $p<0,05$) и больными шизофренией (среднее значение 3,4 при SD=1,9, $p<0,001$). Наибольшее количество исключений с правильным объяснением также отмечено при наличии интеллекта в пределах сниженной нормы (среднее значение 5,0 при SD=0,0), что достоверно отличает данных обследованных от лиц с интеллектом в пределах пограничного класса (среднее значение 2,2 при SD=2,0, $p<0,01$) и больных как с умеренной умственной отсталостью (среднее значение 1,3 при SD=1,5, $p<0,001$), так и шизофренией (среднее значение 3,4 при SD=1,9, $p<0,001$).

Можно заметить, что при интеллекте в пределах пограничного класса количество исключений с правильным объяснением меньше (достоверно, при $p<0,05$), чем правильных исключений, и меньше (хотя и недостоверно), чем соответствующих исключений даже при легкой умственной отсталости. Это связано с тем, что данные лица, сделав правильное исключение, давали ему неправильное объяснение. В основном, в этих случаях исключенное слово определялось не как фамилия, а как отчество. Подобный феномен характерен только для психически здоровых лиц с интеллектом в пределах пограничного класса (табл. 1).

Лиц с интеллектом в пределах сниженной нормы в наибольшей степени характеризовало соответствие определения имени, данного обследуемыми, правильному определению (среднее значение балла 1,0 при SD=0,0). При

интеллекте в пределах пограничного класса данный показатель был ниже, хотя и недостоверно (среднее значение балла 0,8 при SD=0,4).

Таблица 1.

Результаты теста исключения фамилии

(правильно сделанные исключения с объяснением их как отчеств)

Диагноз / уровень интеллекта	Количество правильно сделанных исключений с объяснением их как отчеств		p
	Среднее значение	Стандартное отклонение (SD)	
Психическое здоровье: интеллект в пределах сниженной нормы (A)	0,0	0,0	B-A* B-C* B-D* B-F* B-G* B-E***
Психическое здоровье: интеллект в пределах пограничного класса (B)	1,1	1,6	
Легкая умственная отсталость (F70) (C)	0,0	0,0	
Умеренная умственная отсталость (F71) (D)	0,0	0,0	
Шизофрения (F20) (E)	0,0	0,0	
Органическое бредовое (шизофреноподобное) расстройство (F06.2) (F)	0,0	0,0	
Органическое расстройство личности (F07) (G)	0,0	0,0	

Примечание: * – $p<0,05$, *** – $p<0,001$

В наибольшей степени правильное определение отчества характеризовало лиц с интеллектом в пределах сниженной нормы (среднее значение балла 1,0 при SD=0,0). При интеллекте в пределах пограничного класса данный показатель так же, хотя и недостоверно, был ниже (среднее значение балла 0,8 при SD=0,4).

Определение фамилии для здоровых лиц с интеллектом в пределах сниженной нормы и пограничного класса представляло, в основном, бóльшие (хотя и недостоверно) затруднения, чем определение имени и отчества. При

интеллекте в пределах сниженной нормы среднее значение балла составило 0,5, SD=0,7, при интеллекте в пределах пограничного класса: среднее значение балла 0,6, SD=0,5. Примеры определения фамилии при интеллекте в пределах сниженной нормы: «Семья», «Какая фамилия у отца человека», при интеллекте в пределах пограничного класса: «Обозначение человека», «Знак твоей семьи», «То, что называет человека», «Личность человека», «Кто у тебя родители», «Кто ты есть», «Не знаю».

Использование шкалы интеллекта взрослых Векслера (Wechsler Adult Intelligence Scale, WAIS) выявило, что среднее значение общего интеллекта в случае его сниженной нормы составило 81,0 (SD=1,4), пограничного класса – 76,2 (SD=5,6), среднее значение вербального интеллекта при его сниженной норме – 83,0 (SD=0,0), при пограничном классе – 73,0 (SD=4,6), среднее значение невербального интеллекта при его сниженной норме – 80,0 (SD=1,4), при пограничном классе – 79,7 (SD=5,1). Установлено достоверное преобладание вербального интеллекта над невербальным при интеллекте в пределах сниженной нормы ($p<0,05$) и невербального над вербальным – при интеллекте в пределах пограничного класса ($p<0,01$).

Нами также определено, что интеллект в пределах пограничного класса обнаруживает высокую степень достоверной корреляции по Спирмену ($r=0,71$, $p<0,001$) с правильно сделанными исключениями при объяснении их как отчеств.

Достоверные корреляционные связи показателей теста WAIS у обследуемых представлены в табл. 2.

Из таблицы 2 следует, что со всеми показателями интеллекта (общим, вербальным и невербальным) достоверно положительно коррелируют правильно сделанные исключения, правильные определения, данные отчеству и фамилии. Исключения с правильным объяснением обнаружили достоверную положительную корреляцию с невербальным и общим интеллектом, правильные определения, данные имени – с вербальным и общим интеллектом.

Правильно сделанные исключения с объяснением их как отчеств достоверно положительно коррелировали лишь с вербальным интеллектом

Таблица 2.

Достоверные корреляционные связи показателей теста WAIS у обследуемых (r по Спирмену)

Показатели	Показатели теста WAIS		
	Общий интеллект	Вербальный интеллект	Невербальный интеллект
Правильно сделанные исключения	0,77***	0,71***	0,79***
Исключения с правильным объяснением	0,49*	-	0,53*
Правильно сделанные исключения с объяснением их как отчеств	-	0,42*	-
Определение имени, данное обследуемыми	0,46*	0,51*	-
Определение отчества, данное обследуемыми	0,68***	0,67***	0,65***
Определение фамилии, данное обследуемыми	0,55**	0,43*	0,57***

Примечание: * – p<0,05, ** – p<0,01, *** – p<0,001

Представляются интересными также достоверные корреляции отдельных результатов теста исключения фамилии между собой (таблица 3).

Как видно из табл. 3, правильно сделанные исключения и исключения с правильным объяснением достоверно положительно коррелировали с правильными определениями, данными отчеству и фамилии, а правильно сделанные исключения с объяснением их как отчеств достоверно положительно

коррелировали с правильными определениями, данными имени, и отрицательно коррелировали с возрастом обследуемых.

Таблица 3.

Достоверные корреляционные связи результатов теста исключения фамилии (r по Спирмену)

Показатель	Определение имени, данное обследуемыми	Определение отчества, данное обследуемыми	Определение фамилии, данное обследуемыми	Возраст
Правильно сделанные исключения	-	0,46***	0,46***	-
Исключения с правильным объяснением	-	0,45***	0,45***	-
Правильно сделанные исключения с объяснением их как отчеств	0,27*	-	-	-0,41**

Примечание: * – p<0,05, ** – p<0,01, *** – p<0,001

Кроме того, была установлена высокая степень положительной корреляции (r=0,92, p<0,001) у обследуемых правильно сделанных ими исключений и исключений с правильным объяснением.

Следует также отметить, что определения имени, данные обследуемыми, положительно коррелировали с определениями ими отчества (r=0,41, p<0,01), а определения отчества – с определениями фамилии (r=0,60, p<0,001).

Таким образом, можно сделать следующие Заключение в отношении лингвистических особенностей психически здоровых лиц с низким интеллектом.

1. У обследуемых в целом установлена высокая (r=0,92, p<0,001) степень положительной корреляции правильно сделанных исключений и исключений с правильным объяснением.

2. Правильные определения имени положительно коррелировали с правильными определениями отчества ($r=0,41$, $p<0,01$), а правильные определения отчества – с правильными определениями фамилии ($r=0,60$, $p<0,001$). При этом, правильные определения имени достоверно положительно коррелировали с общим и вербальным интеллектом, а правильные определения отчества и фамилии – как с общим и вербальным, так и с невербальным интеллектом.

3. Психически здоровые лица с интеллектом в пределах сниженной нормы делали наибольшее количество правильных исключений (в том числе, достоверно большее, чем лица с интеллектом в пределах пограничного класса и больные шизофренией), а также исключений с правильным объяснением (в том числе, достоверно большее, чем лица с интеллектом в пределах пограничного класса, больные с умеренной умственной отсталостью и шизофренией). Данных лиц в наибольшей степени характеризовало правильное определение имени и отчества. Правильное определение фамилии в этом случае было затруднительнее, чем определение имени и отчества. У данных обследуемых вербальный интеллект преобладал ($p<0,05$) над невербальным.

4. При психическом здоровье с интеллектом в пределах пограничного класса количество исключений с правильным объяснением оказалось меньше ($p<0,05$), чем правильных исключений, и меньше (хотя и недостоверно), чем соответствующих исключений даже при легкой умственной отсталости. Это связано с тем, что данные лица, сделав правильное исключение, давали ему неправильное объяснение. В основном, в указанных случаях исключенное слово определялось не как фамилия, а как отчество. Подобный феномен характерен только для данной категории обследуемых. Интеллект в пределах пограничного класса обнаружил высокую степень достоверной корреляции с правильно сделанными исключениями при объяснении их как отчеств. Правильные исключения с объяснением их как отчеств достоверно положительно коррелировали с правильными определениями имени и

отрицательно – с возрастом, в то время как правильные исключения и исключения с правильным объяснением в целом – с правильными определениями отчества и фамилии. Правильные исключения с объяснением их как отчеств достоверно положительно коррелировали лишь с вербальным интеллектом, в отличие от правильно сделанных исключений, положительно коррелировавших с общим, вербальным и невербальным интеллектом, и исключений с правильным объяснением, связанных с общим и невербальным интеллектом. Уровень правильности определения имени и отчества при интеллекте в пределах пограничного класса был достаточно высоким, в отличие от определения фамилии. У этих обследуемых невербальный интеллект преобладал ($p<0,01$) над вербальным.

5. Можно предположить, что у психически здоровых лиц с интеллектом в пределах пограничного класса присутствуют регрессивные (своего рода, «атавистические») антропонимические представления, связанные с употреблением самых продуктивных ранее при образовании собственно-отчеств суффиксов *-ов, -ев* и игнорированием как современного их использования для оформления только фамилий, так и того, что сейчас все отчества образуются с помощью суффикса *-ович/-евич*, некогда имевшего сословный характер – этим как бы «принижается» социальный статус носителей фамилий. Интересно, что понимание фамилии как отчества достоверно не коррелировало с правильным определением отчества и фамилии, было связано с более молодым возрастом и вербальным интеллектом данных обследуемых (при необходимости невербального интеллекта для правильного объяснения исключения и при преобладании, в отличие от интеллекта в пределах сниженной нормы, невербального интеллекта над вербальным).

Литература / References

1. Чайкина Ю.И., Смольников С.Н. История русских личных имен, отчеств и фамилий. Вологда: Вологодский институт развития образования; 2001. 112.

2. Чичагов В.К. Из истории русских имен, отчеств и фамилий. Москва: Учпедгиз; 1959. 128.

3. Атлас для экспериментального исследования отклонений в психической деятельности человека. Под ред. Полищука И.А., Видренко А.Е. К.: Здоров'я; 1980. 156.

COVID-19 – АССОЦИИРОВАННЫЙ ДЕЛИРИЙ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

С.У. Туктарова [1], В.Л. Юлдашев [1],
И.Ю. Ахмерова [1,2]

[1]Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г Уфа

[2]Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Башкортостан «Республиканская клиническая психиатрическая больница», Россия, г Уфа

Аннотация. В данной публикации представлено описание клинического случая развития делирия у пациентки с подтвержденным диагнозом коронавирусной инфекции COVID-19. Проанализированы клинические, психометрические и лабораторно-инструментальные показатели. Продемонстрированы этапы развития заболевания, выделен спектр факторов, потенциально повлиявших на развитие COVID-19-ассоциированного делирия, показана динамика клинических симптомов и их обратного развития. Выявление COVID-19-ассоциированного делирия требует повышенного внимания врачей к проблеме его диагностики и лечения. В связи с этим данный клинический случай представляет научный и практический интерес.

Ключевые слова: делирий, коронавирусная инфекция COVID-19, факторы риска.

COVID-19 - ASSOCIATED DELIRIUM (CLINICAL CASE)

Tuktarova Svetlana Uzbekovna[1], Yuldashev Vladimir Labibovich[1], Akhmerova Inessa Yurevna[1,2]

1Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «Bashkir State Medical University» of the Ministry of Health of Russia, Russia, Ufa

2 State Budgetary Institution of Health of the Republic of Bashkortostan «Republican Clinical Psychiatric Hospital», Russia, Ufa

Absract. This publication describes a clinical case of the development of delirium in a patient with a confirmed diagnosis of the coronavirus infection COVID-19. Clinical, psychometric and laboratory-instrumental indicators have been analyzed with in this research. This publication demonstrates the stages of development of the disease, highlights the spectrum of factors potentially influencing the development of COVID-19-associated delirium, shows the dynamics of clinical symptoms and their reverse development. Detection of COVID-19-associated delirium requires increased attention of doctors to the problem of its diagnosis and treatment. In this regard, this clinical case is of scientific and practical interest.

Keywords: delirium, coronavirus infection COVID-19, risk factors.

Введение. Во всем мире продолжается пандемия новой коронавирусной инфекции COVID-19, объявленная Всемирной Организацией Здравоохранения в марте 2020 года [4]. На момент написания статьи официально зарегистрировано более 241 миллионов случаев заражения человека SARS-CoV-2. Спектр клинических проявлений COVID-19 варьирует от гриппоподобных до гастроинтестинальных симптомов. Накапливается информация о том, что заболевание может манифестировать и с нейропсихиатрических симптомов [9]. По мере распространения пандемии и анализа результатов исследований, посвященных клиническим наблюдениям, риск развития психозов при COVID-19 оценивается в 0,9-4,0%, что значительно выше, чем в популяции [13]. Показано, что у 20-30% пациентов с

коронавирусной инфекцией развивается делириозное помрачение сознания за время госпитализации, а при тяжёлом течении заболевания - регистрируется с частотой в 60-70% вне зависимости от возраста больного. Кроме того отмечено, что частота развития делирия при COVID-19 превышает соответствующий показатель у других пациентов реанимационных отделений [10].

В МКБ-10 делирий, не обусловленный алкоголем и другими психоактивными веществами (ПАВ), входит в группу органических психических расстройств, имеет рубрику F05 и характеризуется как острое диффузное поражение психической деятельности, проявляющееся расстройством сознания, с дезориентировкой в месте и времени, нарушением ритма сон-бодрствование, внимания, памяти и эмоций, психомоторными расстройствами, инкогеренцией мышления, периодически возникающим редуцированным малосистематизированным чувственным бредом, искаженным восприятием окружающей обстановки с иллюзиями и истинными галлюцинациями, выраженными суточными колебаниями симптоматики, объективными данными о наличии церебральной или иной патологии (не обусловленной ПАВ), которая может вызвать данное состояние [2].

По данным научной литературы, делирий при COVID-19 может быть признаком первичной энцефалопатии из-за прямой интрацеребральной вирусной инвазии [12]. С другой стороны, вторичная эцефалопатия может быть связана с нейровоспалительным ответом на SARS-Cov-2 [14]; иммунно-опосредованным системным ответом [8] или независимым осложнением гипоксемии, сепсиса, гипоперфузии и уремии вследствие полиорганной недостаточности в рамках респираторного дистресс-синдрома, тяжелых метаболических нарушений и фармакологических побочных эффектов [6, 11]. Имеются свидетельства о существенном вкладе в развитие делирия применения высоких доз седативных миорелаксирующих препаратов, облегчающих перевод пациентов на искусственную вентиляцию легких и пролонгированное время пребывания на ней, а также социальной изоляции [5].

Делирий является индикатором состояния жизненно важных функций у тяжелобольных пожилого возраста [3]. При сопоставлении факторов риска развития делирия [7] с факторами, потенциально осложняющими течение COVID-19 [1], можно с осторожностью предположить, что ряд факторов риска и сам делирий одновременно являются и причинами, индуцирующими осложнения при COVID-19 и влияющими на тяжесть и прогноз инфекционного заболевания. В результате пролонгируется пребывание в стационаре, растут госпитальные расходы, вероятность развития деменции и инвалидизации, ухудшается качество жизни пациентов, увеличивается число летальных исходов. Это обусловливает актуальность дальнейшего исследования проблемы COVID-19-ассоциированного делирия на современном этапе.

Объекты и методы исследования. Клинический случай делирия у пациентки 69 лет с подтвержденным диагнозом коронавирусной инфекции COVID-19. Собран анамнез, проанализированы результаты клинических, психометрических и лабораторно-инструментальных показателей. Оценка редукции выраженности симптомов делирия проводилась по шкале ICDSC, когнитивного статуса - по шкале MMSE.

Результаты и их обсуждение. Пациентка Д., 69 лет, была госпитализирована в инфекционный госпиталь с коронавирусной инфекцией COVID-19.

Анамнез жизни. Наследственность отягощена нарушением мозгового кровообращения у матери. Из перенесенных заболеваний - ОРВИ, бронхит. Среди сопутствующих заболеваний - гипертоническая болезнь более 15 лет, энцефалопатия с легкими когнитивными нарушениями, хронический панкреатит. На пенсии по возрасту, в прошлом трудилась библиотекарем. Была замужем, вдова, имеет взрослого сына и дочь. Эпидемиологический анамнез: непосредственные контакты с инфекционными больными за последние 21 день, поездки за рубеж и в прочие эпидемиологические очаги за последние 2 месяца

отрицаются. От COVID-19 не вакцинирована. Больна с 15.10.20г., когда начала повышаться температура (37,3^{0}С), беспокоила головная боль, головокружение, першение в горле, насморк, общая слабость, раздражительность. К врачам не обращалась, самостоятельно принимала парацетомол и арбидол, продолжала лихорадить. 22.10.20г. температура поднялась до 38,9^{0}С, беспокоила выраженная головная боль, пропал аппетит, стала заторможенной. Обратилась в поликлинику по месту жительства. Проведена компьютерная томография (КТ) органов грудной клетки 22.10.2020г., выявлено двустороннее поражение легких по типу «матового стекла». Шкала вовлечения паренхимы легких в патологический процесс 50 баллов. Взят анализ мазка из зева и носоглотки на определение РНК коронавируса (SARS-CoV-2) методом ПЦР от 22.10.20г., положительный результат которого получен позже. Участковым терапевтом было принято решение об экстренной госпитализации пациентки в инфекционный стационар.

При поступлении ***общее состояние*** средней тяжести. Телосложение нормостеническое. Питание удовлетворительное. Температура тела 37,8°С. Кожные покровы бледные, чистые. Лимфатические узлы не увеличены. Носовое дыхание затруднено, выделений нет. Дыхание проводится по всем легочным полям, имеются сухие рассеянные хрипы с обеих сторон грудной клетки. Частота дыхательных движений 22-25/мин. при физической нагрузке, насыщение крови кислородом (SpO_2 по пульсометрии) 97% при дыхании атмосферным воздухом. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Частота сердечных сокращений 92 уд./мин. Артериальное давление 135/85 мм.рт.ст. Зев гиперемирован. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Стул и диурез не нарушены.

Неврологическое состояние: зрачки округлой формы, равные, реакция на свет сохранена. Недостаточность конвергенции. Движения головы, туловища и конечностей в полном объеме. Сухожильные рефлексы умеренно повышены с обеих сторон. Чувствительность не нарушена. Координаторные пробы

выполняет неуверенно. Менингиальные симптомы и патологические рефлексы отсутствуют.

Психическое состояние: ослаблена, медлительна, выражение лица страдальческое, на заданные вопросы отвечает по существу, стонет. Внимание фиксировано на своем соматическом состоянии. В собственной личности и месте нахождения ориентирована правильно, год и месяц называет верно, за текущей датой не следит. При расспросе сообщает анамнестические сведения. О событиях последних дней рассказывает в общих чертах, путается в датах. Отмечает заметное ухудшение памяти с момента начала заболевания, с трудом вспоминает названия препаратов, которые принимала дома. Высказывает тревожные опасения за свое здоровье, переживает за родных, т.к. была с ними в контакте и могла заразить. Настроение снижено. Эмоционально лабильна.

***В общем анализе крови 22.10.20г.*:** относительный нейтрофилез 82% и лимфопения 11%, ускорение скорости оседания эритроцитов (СОЭ) 20 мм/ч.

В биохимическом анализе крови 22.10.20г.: повышение аспартатаминотрансферазы (АСТ) 38 ед/л, С-реактивного белка (СРБ) 53 мг/л. ***Показатели коагулограммы 22.10.20г.*** свидетельствовали о гиперкоагуляции: МНО 0,95, фибриноген 5,8 г/л, D-димер 541 мкг/л.

Общий анализ мочи 22.10.20г.: цвет желтый, прозрачная, удельный вес 1014, pH 5, белок, глюкоза, билирубин, кетоны не обнаружены, бактерии +, эпителий 7-8-9 в поле зрения (п/з), эритроциты неизмененные 11-12-13 п/з, лейкоциты 10-14-15 п/з. С учетом жалоб, данных анамнеза, объективного осмотра, клинической симптоматики и результатов дополнительных исследований был выставлен диагноз «Коронавирусная инфекция COVID-19, вирус идентифицирован (подтвержден методом ПЦР от 22.10.20г.), среднетяжелое течение». Осложнение: Двусторонняя вирусная пневмония, среднетяжелое течение». Согласно временным методическим рекомендациям по профилактике, диагностике и лечению COVID-19, существовавшим на тот период, пациентке было назначено лечение: арбидол 800 мг/сут., виферон 2

свечи/сут., плаквенил 400 мг/сут., цефтриаксон 2,0 гр/сут., амброксол 90 мг/сут., парацетомол 500 мг/сут., преднизолон 120 мг/сут., эноксипарин натрия 0,4 мл/сут., «Цитофлавин» 10,0 мл/сут., мексидол 500,0 мг/сут., оксигенотерапия. Несмотря на адекватную, выполняемую в полном объеме терапию, 26.10.20г. состояние пациентки ухудшилось: на фоне нарастающей интоксикации и гипоксии нарушился сон, развилось делириозное помрачение сознания с психомоторным возбуждением. Стала тревожной, двигательно беспокойной, пыталась встать с кровати, порывалась куда-то идти, озиралась по сторонам, срывала периферический катетер, оказывала сопротивление при осмотре и выполнении медицинских процедур. Продуктивному контакту не доступна. Погружена в мир болезненных переживаний. После неоднократных просьб удавалось добиться односложных ответов на некоторые вопросы. Правильно назвала свое имя, убеждена, что находится дома у дочери, в лице окружающих видела дочь, внуков и умерших родителей. Выкрикивала отдельные слова и обрывки фраз, из которых можно было предположить, что испытывала страх заразить членов семьи ковидом и из-за этого попасть в тюрьму. Кивком головы подтверждала наличие «голосов». Быстро истощалась, замолкала, наблюдались эмоции страха, растерянности, тревоги, плаксивость. Состояние делирия подтверждено с помощью шкалы ICDSC (8 баллов). В связи с психомоторным возбуждением применялась седация (оксибутират натрия 4 гр/сут. и мидазолам 10 мг/сут.). Учитывая отрицательную клинико-лабораторную динамику, увеличение объема поражения легких по результатам КТ органов грудной клетки, развитие церебральных нарушений больная была переведена в отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ).

Динамика лабораторно-инструментальных показателей представлена в таблицах 1, 2, 3.

Таблица 1.

Динамика гематологических показателей

Показатели	**Референсное значение**	**26.10.20**	**30.10.20**	**2.11.20**	**6.11.20**
СОЭ, мм/ч	**(2-15)**	**25**	**27**	**23**	**21**
Эритроциты, х10^{12}/л	**(3,7-4,7)**	4,4	**4,8**	4,7	4,1
Тромбоциты, х10^{9}/л	**(150-400)**	189	348	327	319
Лейкоциты, х10^{9}/л	**(4,00-8,00)**	7,13	**11,25**	5,94	6,6
Нейтрофилы, %	**(46-72,0)**	**86,7**	**92,1**	**84,3**	**77**
Лимфоциты, %	**(18,0-40,0)**	**10,0**	**7,5**	**11,2**	**15**
Моноциты, %	**(2-9)**	3,3	**0,4**	5,0	8,0
Гемоглобин, г/л	**(115-145)**	125	130	120	115
Глюкоза, моль/л	**(4,1-6,1)**	5,6	5,2	4,5	5,8
Креатинин, мкмоль/л	**(53-97)**	**47,2**	61,9	**51,2**	**34,5**
Мочевина, ммоль/л	**(3,3-8,3)**	6,2	7,0	7,3	3,3
Билирубин, мкмоль/л	**(8,5-20,5)**	12,4	16,1	12,3	11,4
АЛТ, ед/л	**(0-33)**	**39**	**40**	**42**	**35**
АСТ, ед/л	**(0-32)**	**46**	**47**	**73**	**55**
Ферритин, мкг/л	**(11,0-307,0)**	301,0	**317,2**	303	304
D-димер, мкг/л	**(<500)**	**766**	**1710**	**1210**	**1008**
Фибриноген, г/л	**(1,80-3,50)**	**5,1**	**5,70**	**5,40**	3,5
Прокальцитонин, нг/мл	**(0-0,1)**	**0,3**	**8,1**	**10**	**0,5**
СРБ, мг/л	**(0-5)**	**61**	**26,6**	**17,9**	**14,2**
Лактат, моль/л	**(0,5-2,2)**	**3,4**	**3,9**	**3,7**	1,6

Таблица 2.

Определение РНК коронавируса (SARS-CoV-2) в мазках со слизистой оболочки зева и носоглотки методом полимеразно-цепной реакции

Показатель	**Дата**		
	22.10.20	**24.10.20**	**29.10.20**
РНК Coronavirus SARS-CoV-2	положительный	положительный	отрицательный

Таблица 3.

Динамика показателей КТ органов грудной клетки

Дата	Показатели компьютерной томографии органов грудной клетки
30.10.20	По КТ-двусторонняя полисегментарная пневмония, отрицательная динамика в сравнении с результатами исследования от 22.10.20г. Шкала вовлечения паренхимы легких в патологический процесс более 75 баллов.
6.11.20	По КТ-двусторонняя полисегментарная пневмония, положительная динамика в сравнении с результатами исследования от 30.10.20г. Шкала вовлечения паренхимы легких в патологический процесс 75 баллов.

ЭКГ 22.08.21г.: Умеренное отклонение оси влево. Синусовая тахикардия с ЧСС 98 уд/мин. Полная блокада левой ножки пучка Гиса.

Заключение УЗИ органов брюшной полости 25.10.20г.: незначительные диффузные изменения паренхимы печени. Желчный пузырь уменьшен в размерах. Диффузные изменения паренхимы поджелудочной железы.

Магнитно-резонансная томография (МРТ) головного мозга 25.10.20г. МР-картина множественных очаговых изменений в веществе головного мозга дисциркуляторного характера; перивентрикулярные зоны лейкоареоза. Расширение ликворных пространств.

В дальнейшем, несмотря на проведение комплексной патогенетической и симптоматической терапии, состояние пациентки прогрессивно ухудшалось, нарастали явления интоксикации, гипоксемии, нарушения кислотно-щелочного равновесия, выраженность морфологических изменений в легких. Сохранялись церебральные расстройства в виде делирия. В гемограмме нарастал нейтрофильный лейкоцитоз и относительная лимфопения, ускорение СОЭ (таб.1). Динамика биохимических показателей крови была представлена повышением АСТ, АЛТ, лактата и снижением креатинина (таб.1). Гиперферментемия свидетельствовала о цитолитическом процессе, повышение показателей маркеров воспаления (СРБ, прокальцитонин и ферритин) и СОЭ (таб.1) - об остром воспалительно-инфекционном процессе. В связи с повышенным уровнем интерлейкина-6 (ИЛ-6) (73 пг/л) в схему лечения введен

ингибитор рецепторов ИЛ-6 (левилумаб 360 мг/сут.). Показатели коагулограммы демонстрировали нарушение функции свертывающей системы крови (таб.1). Увеличение объема поражения легких по данным КТ в период с 22.10.20г. по 30.10.20г. подтверждало прогрессирование пневмонии (таб.3). Улучшение состояния пациентки наступило ближе к 6.10.21г. Отмечена связь по времени выхода из делирия с тенденцией к регрессу воспалительного процесса, что подтверждалось отсутствием лихорадки, интоксикационного синдрома, дыхательной недостаточности и катаральных симптомов. Зарегистрирована положительная динамика в картине легких по данным КТ (таб.3) и в лабораторных показателях (таб.1), получен отрицательный результат определения РНК коронавируса SARS-CoV-2 (таб.2). Выход из делирия литический. Редукция симптомов помрачения сознания подтверждена снижением показателей по шкале ICDSC на 6 баллов. После структурирования сознания пациентка амнезировала происходящие реальные события, сохранились фрагментарные воспоминания о болезненных переживаниях. Оценка когнитивного статуса по шкале MMSE в исходе делирия показала 25 баллов, что соответствовало умеренным когнитивным нарушениям. Учитывая клиническое улучшение, положительную рентгенологическую и лабораторную динамику, отрицательный результат ПЦР на COVID-19 (таб.2) пациентка была выписана на 20-й день стационирования, с диагнозом: Коронавирусная инфекция COVID-19 (вирус индентифицирован), тяжелая форма. Осложнения: Двусторонняя полисегментарная вирусная пневмония. Делириозное помрачение сознания.

Сопутствующие заболевания: Гипертоническая болезнь 2 стадии, 3 степени, риск 4. Цереброваскулярное заболевание. Хроническая ишемия мозга 3 степени с вестибулопатией и вегетативной дисфункцией. Рекомендовано продолжить лечение в амбулаторных условиях по месту жительства.

Заключение. Представленный клинический случай делирия, развившийся у пациентки с диагнозом коронавирусной инфекции COVID-19, подтвержденной

данными ПЦР и компьютерной томографии. Выделен спектр факторов, потенциально повлиявших на развитие COVID-19-ассоциированного делирия: пожилой возраст, отягощенный фон в виде энцефалопатии, исходная когнитивная дисфункция, МР-признаки очаговых изменений в веществе головного мозга дисциркуляторного характера, сопутствующие хронические заболевания, сама коронавирусная инфекция тяжелой степени, дегидратация, нарушение кислотно-щелочного равновесия, политерапия. Отмечено соответствие между тяжестью COVID-19 и формированием делирия, а также временная связь между редукцией делирия и тенденцией к регрессу инфекционного заболевания. Прослежены сдвиги клинико-лабораторных показателей и данных компьютерной визуализации легких с наибольшим размахом их в период делирия. Своевременная диагностика и комплексный подход позволили достичь положительного результата лечения коронавирусной инфекции и COVID-19-ассоциированного делирия, исходом которого явились умеренные когнитивные нарушения, требующие проведения дальнейших лечебно-реабилитационных мероприятий в амбулаторных условиях. Описанный случай является важной и актуальной информацией для практикующих врачей и исследователей.

Литература / References

1. Иевлев Е.Н., Бадахшина Р.Р., Данилов Т.В. Факторы риска, способствующие возникновению новой коронавирусной инфекции (COVID-19) среднетяжелой и тяжелой степени тяжести // Modern Science. 2020. № 12-2. С. 109-111.

2. Международная классификация болезней (10-ый пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. СПб.: Оверлайд, 1994. 300 с.

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

4. Цой Л.В. COVID-19-ассоциированнный делирий: механизмы развития и особенности течения // Медицинский вестник Юга России. 2021. Т. 12. №1. С. 33-37. DOI: 10.21886/2219-8075-2021-12-1-33-37.

5. Coronavirus disease (COVID-19) Pandemic. – Geneva: World Health Organization, March 23, 2020 [Электронный ресурс]. URL: https:// www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019 (accessed 10.10.2021).

6. COVID-19: ICU delirium management during SARS-CoV-2 pandemic / K. Kotfis, S.W. Roberson, J.E. Wilson et al. // Crit Care. 2020. Vol. 24. P. 176. DOI: 10.1186/s13054-020-02882-x.

7. Deliriumin COVID-19: A case series and exploration of potential mechanisms for central nervous system in volvement / S.R. Beach, N.C. Praschan, C. Hoganetal et al. // Gen Hosp Psychiatry. 2020. №65. P. 47-53. DOI: 10.1016/j.genhosppsych.2020.05.008.

8. Hipp Dustin M., Ely E.W. Pharmacological and nonpharmacological management of delirium in critically ill patients // Neurotherapeutics. 2012. Vol. 9 (1). P. 158–175. DOI: 10.1007/s13311-011-0102-9.

9. Mehta P., McAuley D.F., Brown M. COVID-19: consider cytokine storm syndromes and immunosuppression // Lancet. 2020. Vol. 395(10229). P. 1033–1034. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)30628-0.

10. Neurocovid: Pharmacological Recommendations for Delirium Associated With COVID-19 / E.B. Baller, C.S. Hogan, M.A. Fusunyan et al. // Psychosomatics. 2020. Vol. 61(6). P. 585-596. DOI: 10.1016/j.psym.2020.05.013.

11. Neurologic manifestations of hospitalized patients with coronavirus disease 2019 in Wuhan, China / L. Mao, H. Jin, M. Wang et al. // JAMA. Neurology. 2020. Vol. 77(6). P. 683–690. DOI: 10.1001/jamaneurol.2020.1127.

12. O'Hanlon S., Inouye S.K. Delirium: a missing piece in the COVID-19 pandemic puzzle // Age ageing. 2020. Vol. 49(4). P. 497-498. DOI: 10.1093/ageing/afaa09.

13. Paniz-Mondolfi A., Bryce C., Grimes Z. Central nervous system involvement by severe acute respiratory syndrome coronavirus-2(SARS-CoV-2) // J. Med. Virol. 2020. Vol. 92(7). P. 699–702.

14. The potential impact of COVID-19 on psychosis: a rapid review of contemporary epidemic and pandemic research / E. Brown, R. Gray, S. Lo Monaco et al. // Schizophr Res. 2020. Vol. 222. P. 79–87. DOI: 10.1016/j.schres.2020.05.005.

15. Wu Y., Xu X., Chen Z. Nervous system involvement after infection with COVID-19 and other coronaviruses // Brain Behav Immun. 2020. Vol. 87. P. 18–22. DOI: 10.1016/j.bbi.2020.03.031.

ВАРИАНТЫ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ЛИЦ С ПСИХАСТЕНИЧЕСКОЙ ПСИХОПАТИЕЙ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19.

А.С. Яковлев, А.А. Яковлева

Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово.

Аннотация. Вновейшей истории человечество впервые столкнулось с коронавирусной инфекцией такого масштаба. Сейчас мы живем в век информационных технологий, большинство людей хорошо осведомлены о возможных осложнениях перенесенного инфекционного процесса. В связи с этим возрастает число психических нарушений у лиц с тревожным расстройством личности.

Ключевые слова: пандемия COVID-19, психастения, ипохондрия, депрессия, патологические реакции (декомпенсации).

VARIANTS OF MENTAL DISORDERS IN PERSONS WITH PSYCHASTHENIC PSYCHOPATHY IN THE CONTEXT OF THE COVID-19 PANDEMIC.

Yakovlev A. S., Yakovleva A. A.
Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology of the Kemerovo Medical State University of the Ministry of Health of the Russian Federation, Kemerovo, Russia.

Abstract. In recent history, humanity has faced a coronavirus infection of such a scale for the first time. Now we live in the age of information technologies, most people are well aware of the possible complications of the infectious process. In this regard, the number of mental disorders in people with an anxiety personality disorder is increasing.

Keywords: COVID-19 pandemic, psychasthenia, hypochondria, depression, pathological reactions (decompensations).

Введение. Психастения относится к тормозимым психопатиям [3, с. 40]. Главными характерологическими чертами этих пациентов являются тревожность, мнительность, неуверенность в себе, заниженная самооценка. Они склонны к тщательному планированию своего поведения. Такие пациенты боятся всего нового, стремятся сделать свою жизнь максимально спокойной и стабильной [4, с. 707]. Прежде всего, конечно, психастеник боится за себя самого, за то будущее, которое его ожидает и которое он рисует себе мрачными красками. Не менее сильно боится он за участь своих близких и родных; постоянные тревоги, опасения, беспокойство – вот что наполняет его жизнь [1, с. 17]. В структуре синдрома психоэмоционального напряжения тревога занимает ведущее место. Ее наличие следует учитывать и при возникновении невроза [2, с. 164].

У психастеников в ситуации стресса возникают патологические реакции, зачастую формируются навязчивые страхи и мысли. Чрезвычайная мнительность нередко становится причиной повышенного внимания к

здоровью, что в свою очередь приводит к возникновению ипохондрических и депрессивных расстройств. У некоторых больных тревожно-депрессивные переживания становятся причиной токсикоманий, алкоголизма.

При этих состояниях основными механизмами психологической защиты у психастеников являются рационализация, гиперкомпенсация [3, с.14], подавление мыслей о беспокоящих проблемах, чувствах, желаниях и опыте.

Цель исследования. Выявление вариантов и частоты встречаемости различных видов психических декомпенсаций у лиц с психастенической психопатией в зависимости от наличия перенесенного инфекционного процесса и его степени тяжести в условиях пандемии COVID-19.

Материалы и методы исследования. В исследовании приняли участие 75 человек, из них 43 женщины и 32 мужчины, в возрасте от 18 до 65 лет (средний возраст составил 43±15лет), с ранее подтвержденным диагнозом по МКБ-10: F60.5 Ананкастное расстройство личности. Среди всех исследуемых перенесли новую коронавирусную инфекцию с подтвержденным диагнозом – 38 человек, из них: легкое и бессимптомное течение – 19 (50%); среднетяжелое течение – 12 (31,6%); тяжелое течение – 7 (18,4%).

Результаты и их обсуждение. По результатам исследования было составлено 4 группы наблюдения: 1-я - люди у которых не был верифицирован SARS-CoV-2. Эта группа представлена 37 пациентами (49,3%); 2-я – 19 пациентов (25,3%) с легким и бессимптомным течением ; 3-я – 12 пациентов (16%) со среднетяжелым течением; 4-я – 7 человек (9,3%) с тяжелым течением инфекционного процесса.

Методом интервью и анализа медицинской документации было выявлено, что в первой группе наблюдения у большинства респондентов (у 34 из 37 человек) в различной степени наблюдалась декомпенсация патологических черт характера в разных ее проявлениях: у 20 респондентов были проявления невроза навязчивости. В частности навязчивые мысли о возможном заражении новой коронавирусной инфекцией, у 11 человек наблюдались симптомы

депрессии без суицидальных тенденций, 3 человека стали злоупотреблять алкоголем.

Во второй группе исследования общая картина в целом мало отличается от первой. Но стоит отметить, что у людей, переболевших COVID-19, меняется содержание навязчивостей, вместо мысли о возможном заражении чаще просматриваются мысли о повторном заражении, и боязни заразить свою семью.

У третьей группы респондентов, которые перенесли новую коронавирусную инфекцию в среднетяжелом течении, значительно отличаются варианты декомпенсации психопатии. У 7 человек патологическая реакция проявляется ипохондрическими неврозами, пациенты приписывают себе различные заболевания и патологические процессы, в основном связанные с COVID-19. У 3 человек были признаки депрессии с суицидальными мыслями. 2 человека предъявляли жалобу на страх заразиться инфекцией и страх за своих родственников.

В четвертой группе, где пациенты перенесли инфекционный процесс в тяжелой форме, у 5 респондентов была диагностирована депрессия средней и тяжелой степени тяжести (по шкале Гамильтона (HDRS) ≥17 баллов) с отчетливыми суицидальными тенденциями, из них 3-е больных совершили суицидальные попытки. Остальные 2 человека страдали ипохондрическим неврозом.

Заключение. Под влиянием различных травм и неблагоприятных ситуаций, таких как пандемия COVID-19 возможен срыв компенсаторных механизмов [3, с. 14]. Наиболее часто встречаемые варианты декомпенсаций: неврозы навязчивости, которые составляют около половины всех случаев и депрессия (22,6%). Таким образом, проведенное исследование продемонстрировало прямую зависимость степени тяжести перенесенной новой коронавирусной инфекции и вариантов декомпенсации у лиц с психастенической психопатией. Также просматривается утяжеление

симптоматики патологических реакций, в том числе и появление аутоагрессивных поступков.

Литература / References

1. Ганнушкин П. Б. Клиника психопатий, их статика, динамика, систематика. М., 1933. 143 с.

2. Короленко Ц. П. Психофизиология человека в экстремальных условиях. Л. 1978. 271 с.

3. Личко А. Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. Л., 1983. 256 с.

4. Психиатрия и медицинская психология : учебник / Н.Н. Иванец [и др.]. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 896 с.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Абдуллаева Васила Каримбековна, д.м.н., доцент, заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и детской психиатрии, медицинской психологии и психотерапии, Ташкентский педиатрический медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Ташкент.

Абрамов Борис Эвильевич, ассистент, Учреждение образования «Гомельский государственный медицинский университет», Республика Белорусь, г. Гомель

Агибалова Татьяна Васильевна, д.м.н., профессор, профессор ГБУЗ «Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения г. Москвы», Россия, г. Москва

Акименко Галина Васильевна, к.и.н., доцент, доцент кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Алиева Валентина Олеговна, магистрант, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Кемеровский государственный университет», Институт образования, г. Кемерово

Аурсалиди Александра Олеговна, врач-психиатр Республиканской клинической психоневрологической больницы – медико-психологического центра, ДНР, г. Донецк

Белова Ольга Сергеевна, к.м.н., доцент, доцент ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Архангельск

Блажко Андрей Сергеевич, аспирант кафедры нормальной физиологии УО «Белорусский государственный медицинский университет», Республика Белорусь, г. Минск

Богулко Ксения Александровна, студент ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Бреус Анастасия Владимировна, студент ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Бубнова Юлия Игоревна, медицинский психолог городской психоневрологической больницы №2, ДНР, г. Донецк

Валиуллина Евгения Викторовна, к. психол. н., доцент, доцент кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет», Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Вострых Данила Владимирович, заместитель главного врача по организационно-методической работе, ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер», Россия, г. Кемерово

Говорова Галина Марионовна, медицинский психолог, ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер», Россия, г. Кемерово

Голобокова Екатерина Андреевна, студент ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Горшкова Ольга Александровна, клинический психолог, Кузбасский клинический наркологический диспансер имени профессора Н.П. Кокориной, Россия, г. Кемерово.

Дацковский Исраэль (Владимир Модестович), Ph.D. Кабинет клинической психологии и патопсихологии, г. Бейт Шемеш, Израиль

Дорогова Элина Андреевна, студент ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Дорошенко Софья Алексеевна, студент ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Евсеев Андрей Викторович, д. м.н., профессор, заведующий кафедрой нормальной физиологии, заведующий научно-исследовательским центром ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России, Росссия, г. Смоленск

Елизарьева Таисия Алексеевна, ординатор, ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Архангельск

Зорохович Ирина Ивановна, заместитель главного врача по медицинской части, ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер им. профессора Н.П. Кокориной», Россия, г. Кемерово

Кадис Леонид Рувимович, психотерапевт, БФ «Центр святителя Василия Великого», Россия, г. Санкт-Петербург

Киворкова Александра Юрьевна, к.психол.н., медицинский психолог, ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Архангельск

Кирина Юлия Юрьевна, к.м.н., доцент кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, заведующий кабинетом медицинских осмотров ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер им. профессора Н.П. Кокориной», Россия, г. Кемерово

Ковынев Илья Валерьевич, студент ФГБОУ ВО «Кировский государственный медицинский университет» Минздрава России, заведующий кабинетом медицинских осмотров ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер», Россия, г. Киров

Кратовский Алексей Юрьевич, ординатор, кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Кемерово

Лопатин Андрей Анатольевич, д.м.н., профессор главный специалист нарколог СФО, главный врач ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер им. профессора Н.П. Кокориной», профессор кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Морозова Ирина Станиславовна, д.псих.н., профессор, заведующий кафедрой акмеологии и психологии развития, директор Института образования, главный редактор журнала «Вестник КемГУ. Серия: Гуманитарные и общественные науки» ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный университет», член-корреспондент САН ВШ

Начева Любовь Васильевна, д.б.н., профессор, заведующий кафедрой биологии с основами генетики и паразитологии ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Кемерово

Никитин Павел Игоревич, заместитель главного врача, Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Кузбасский клинический наркологический диспансер имени профессора Н.П. Кокориной», Россия, г. Кемерово

Никитина Ольга Сергеевна, старший преподаватель кафедры нормальной физиологии УО «Белорусский государственный медицинский университет», УО «Белорусский государственный медицинский университет», Беларусь, г. Минск

Никонов Дмитрий Александрович, заместитель главного врача по амбулаторно-поликлинической службе БУЗ Омской области «Наркологический диспансер, Россия, г. Омск

Носкова Марина Владимировна, к псих. н, доцент, доцент кафедры клинической психологии и педагогики, ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Екатеренбург

Переверзев Владимир Алексеевич, д.м.н, профессор, заведующий кафедрой нормальной физиологии, УО «Белорусский государственный медицинский университет», Республика Белорусь, г. Минск

Переверзева Елена Вячеславовна, к.м.н., доцент, доцент кафедры патологической физиологии УО «Белорусский государственный медицинский университет», Республика Белорусь, г. Минск

Пискарева Ольга Ивановна, заведующий отделением, врач психиатр-нарколог, ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер им. профессора Н.П. Кокориной», Россия, г. Кемерово

Поплевченков Константин Николаевич, старший научный сотрудник, кандидат медицинских наук, Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения города Москвы», Россия, Москва

Правдивцев Виталий Андрревич, д.м.н., профессор, профессор кафедры нормальной физиологии «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор, Россия, г. Смоленск

Родина Марьяна Александровна, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Романова Марина Михайловна, к.м.н., доцент, доцент ФГБОУ ВО Воронежский медицинский государственный университет им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, Россия, г. Воронеж

Рублева Ольга Петровна, заведующий телефоном доверия, Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Кузбасский клинический наркологический диспансер имени профессора Н.П. Кокориной» , Россия, г. Кемерово

Рубцова Ольга Сергеевна, врач психиатр-нарколог, Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Кузбасский клинический наркологический диспансер имени профессора Н.П. Кокориной», Россия, г. Кемерово

Самсонова Галина Михайловна, заведующая отделом, врач-статистик, ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер им. профессора Н.П. Кокориной», Россия, г. Кемерово

Свинцова Ксения Михайловна, студент, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Кировский государственный медицинский университет», Россия, г. Киров

Сквира Иван Михайлович, заведующий курсом психиатрии, д.м.н., доцент, Учреждение образования «Гомельский государственный медицинский университет», Республика Белорусь, г. Гомель

Смирнова Светлана Игоревна, к.псих.н., доцент, доцент кафедры клинической психологии, психологии и педагогики, ФГБОУ ВО «Кировский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Киров

Селедцов Александр Михайлович, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и медицинской психологии ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Сизова Анна Сергеевна, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Соловьев Андрей Горгоньевич, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой психиатрии и клинической психологии, ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Архангльск

Старчак Елизавета Алексеевна, студент ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Скипер Алиса Алексеевна, ординатор кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Стрелковский Максим Дмитриевич ординатор кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Кузбасский клинический наркологический диспансер им. проф. Н.П. Кокориной», Россия, г. Кемерово

Теург-Дий Виктор Геннадьевич, студент, ФГБОУ ВО «Кировский медицинский государственный университет» Минздрава России, Россия, г. Киров

Туктарова Светлана Узбековна, к.м.н., ассистент кафедры психиатрии и наркологии с курсом ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Россия, г. Уфа

Титиевский Сергей Владимирович, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой психиатрии, психотерапии, медицинской психологии и наркологии факультета интернатуры и последипломного образования ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького», ДНР, г. Донецк

Титов Дмитрий Сергеевич, главный врач БУЗ Омской области «Наркологический диспансер, Россия, г. Омск

Томашевская Алина Игоревна, студент ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Хасанова Резеда Рахматулловна, к.м.н., доцент, ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет», Россия, г. Томск

Федосеева Ирина Фаисовна, к.м.н., доцент кафедры неврологии, нейрохирургии, медицинской генетики и медицинской реабилитации ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Чернов Алексей Викторович, д.м.н., доцент, заведующий кафедрой физической и реабилитационной медицины, гериатрии ИДПО, ФГБОУ ВО Воронежский медицинский государственный университет им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, Россия, г. Воронеж

Юреня Елена Васильевна, главный врач УЗ Минский городской эндокринологический диспансер», УЗ Минский городской эндокринологический диспансер» Беларусь, г. Минск

Яковлев Антон Сергеевич, ординатор ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Яковлева Алина Андреевна, студент ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Научное издание

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПСИХИАТРИИ, НАРКОЛОГИИ И КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ:
Сборник материалов II Международной научно-практической конференции, посвященной
165 - летию со дня рождения австрийского психиатра
и психолога Зигмунда Фрейда

16+

Редактор А. С. Смирнов

Подписано в печать 09.11.2021. Формат 60х84 ⅛ 16.
Печать офсетная. Бумага офсетная № 1. Печ. л. 23,6.
Тираж 500 экз. Заказ № 128221
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