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

V Международная междисциплинарная научно-практическая конференция молодых учёных и студентов

Психология, психиатрия, наркология XXI века

ПЕРВЫЕ ШАГИ В НАУКУ И ПРАКТИКУ



Кемерово, 2026

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

Психология, психиатрия, наркология XXI века: первые шаги в науку и практику : сборник материалов V Международной междисциплинарной научно-практической конференции молодых ученых и студентов (Кемерово, 30 октября 2026 г.) / Г. В. Акименко, А. М. Селедцов, Е. В. Янко, А. С. Яковлев, Л.В. Гукина; отв. ред. Г. В. Акименко. – Кемерово : КемГМУ, 2026. – 713 с. –
ISBN 978-5-8151-0398-6

В сборнике представлены секционные доклады участников V Международной междисциплинарной научно-практической конференции молодых ученых и студентов «Психология, психиатрия, наркология XXI века: первые шаги в науку и практику», которая состоялась 30 октября 2026 года на базе Кемеровского государственного медицинского университета.

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

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

Материалы публикуются в авторской редакции.

Редакционная коллегия выпуска:
доктор медицинских наук, профессор А. М. Селедцов, кандидат исторических наук, доцент Г. В. Акименко, кандидат медицинских наук Ю. Ю. Кирина, кандидат филологических наук, доцент Л. В. Гукина, кандидат психологических наук Е. В. Янко, А. С. Яковлев.

ISBN 978-5-8151-0398-6

В макете обложки использована работа из открытого источника. – URL: https://zen.yandex.ru/media/id/5a99a42d55876b8ea6dbc742/kak-poniat-razvivaetsia-li-vasha-jizn-ili-uviazla-v-bolote-citaty-zigmunda-freida-60e2fc697601597c33c9d1d2 (URL 10.10.2026)

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

СОДЕРЖАНИЕ

Акимова К. Г. 13
СООТВЕТСТВИЕ МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫХ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ПОДРОСТКОВ ВЫБРАННОМУ ВИДУ СПОРТА

Алимова Р. Ф., Давлатбоев М. Т. 24
ПСИХОКОРРЕКЦИЯ РАССТРОЙСТВ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Аскарова Р. И. 35
ЛЕЧЕБНОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ АРТ ТЕРАПИИ НА БОЛЬНОГО РЕБЕНКА

Бакланов С. А., Патримаева Е. С. 42
УСЛОВНЫЕ РЕФЛЕКСЫ: ВЛИЯНИЕ ИЗМЕНЕНИЯ РАСКЛАДКИ КЛАВИАТУРЫ НА ПСИХИКУ ЧЕЛОВЕКА

Басов Я. С. 50
ПРОБЛЕМА ГУМАНИСТИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ (ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СИСТЕМЫ АНТОНА СЕМЁНОВИЧА МАКАРЕНКО (1888–1939). СУДЬБЫ ВЫПУСКНИКОВ)

Даулбекова А., Жанболатова Д. 57
ПСИХИЧЕСКИЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ УПОТРЕБЛЕНИЕМ РАЗЛИЧНЫХ ГРУПП ПАВ

Бахранова Р. Х., Мирзакулова М. М. 72
ВЗАИМОСВЯЗЬ ОСОБЕННОСТЕЙ ТЕМПЕРАМЕНТА И ОТНОШЕНИЯ К ВЫБРАННОЙ ПРОФЕССИИ У СТУДЕНТОВ

Башкиров Е. С. 82
ВЛИЯНИЕ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНОГО ФОНА НА ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМИ РЕСПИРАТОРНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

Белошапкин В. А. 89
СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ПАТОФИЗИОЛОГИИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

Биценкова В. Л., Клименко А. В. 106
МИКРОБИОТА КИШЕЧНИКА И ДЕПРЕССИВНОЕ РАССТРОЙСТВО: ОТ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИХ МЕХАНИЗМОВ К ТЕРАПЕВТИЧЕСКИМ ГОРИЗОНТАМ

Бледная С. В. 115
ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ В РАБОТЕ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ С ПАЦИЕНТАМИ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА В ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ

Богина У. А. 125
РАЗВИТИЕ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ПСИХИАТРИИ: ОСНОВНЫЕ ЭТАПЫ СТАНОВЛЕНИЯ И ВЕДУЩИЕ НАУЧНЫЕ ШКОЛЫ

Богубаева К. Р., Дергачева А.Е., Савинцева А. Е. 137
ВКЛАД ПРОФЕССОРА Н. П. КОКОРИНОЙ В РАЗВИТИЕ КУЗБАССКОЙ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

Богулко К. А., Шварц И. С. 149
СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ НЕПРОИЗВОДСТВЕННОГО ТРАВМАТИЗМА ТРУДЯЩИХСЯ УГЛЕДОБЫВАЮЩЕЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ

Болдышева В. Д. 158
ПСИХИЧЕСКИЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТА, ВЫЗВАННЫЕ УПОТРЕБЛЕНИЕМ ОПИОИДОВ

Бугрова Д. М., Яковлев А. С. 163
АРТ-ТЕРАПИЯ КАК МЕТОД ПОМОЩИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ

Гамидова Н. С. 176
КОММУНИКАЦИЯ С ПАЦИЕНТАМИ РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТОВ

Герасимова А. Н. 184
ПСИХИЧЕСКИЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ УПОТРЕБЛЕНИИ НОВЫХ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ: СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ И КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

Давлетиярова К. М., Аденов А., К. Скороходова В., Сержанова Э.Ш. 192
ПСИХОЛОГИЯ СТАРЕНИЯ И ДОЛГОЛЕТИЯ: ЭВОЛЮЦИЯ ПОНЯТИЯ ВОЗРАСТА, ПРИЗНАКИ МЕНТАЛЬНОГО УВЯДАНИЯ И МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ

Звягина У. Р. 198
РОЛЬ И ЗНАЧЕНИЕ СТРАХА В ЖИЗНИ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ

Иваненко И. В., Неверова Е. А., Клюев Л. А. 204
ОСОБЕННОСТИ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДОШКОЛЬНИКОВ КЕМЕРОВА

Иванов И. И., Петрова А. А. 211
ПСИХОЛОГИЯ СТЕРЕОТИПОВ И ПРЕДУБЕЖДЕНИЙ У ПОДРОСТКОВ: ВЛИЯНИЕ НА ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ С ОБЩЕСТВОМ И СЕМЬЁЙ: ОБЗОР СОВРЕМЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Исмайлова И. Ш., Исмайлова А. И. 220
ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ, ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И СОЦИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПРОФЕССИОНАЛИЗАЦИИ

Каганова Д. С. 226
ВЗАИМОСВЯЗЬ АЛЕКСИТИМИИ С КОМПОНЕНТАМИ АГРЕССИИ И СТИЛЯМИ ПОВЕДЕНИЯ В КОНФЛИКТЕ У СТУДЕНТОВ

Карел Е. В., Паршина Д. А. 238
КОМПУЛЬСИВНЫЙ ПРОСМОТР КОРОТКИХ ВИДЕО: ВЛИЯНИЕ НА ТРЕВОЖНОСТЬ, СОН И КОГНИТИВНЫЙ КОНТРОЛЬ У ПОДРОСТКОВ И МОЛОДЁЖИ: ОБЗОР СОВРЕМЕННЫХ ДОКАЗАТЕЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Кафлевский Д. С., Данилюк Е. В. 247
ЦЕННОСТНО-СМЫСЛОВОЕ САМООТНОШЕНИЕ У ПОДРОСТКОВ, ИМЕВШИХ ОПЫТ РАЗВОДА РОДИТЕЛЕЙ

Корчагина А. П. 256
ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ ДИСРЕГУЛЯЦИЯ ПРИ ПОГРАНИЧНОМ РАССТРОЙСТВЕ ЛИЧНОСТИ: РОЛЬ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ К ОТВЕРЖЕНИЮ (НАРРАТИВНЫЙ ОБЗОР)

Кузнецова Е. В. 266
ВЛИЯНИЕ АГОНИСТОВ РЕЦЕПТОРОВ GLP-1 НА ПСИХИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ДИАБЕТОМ И ОЖИРЕНИЕМ

Куропаткин А. А., Булыгин Д. А. 273
КОНФЛИКТ ЦИФРОВОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ: РАССОГЛАСОВАНИЕ РЕАЛЬНОГО И ВИРТУАЛЬНОГО «Я»

Магамбетова Н. Т., Байсакова С. Б., Тулеу А. Е. 283
НАРУШЕНИЯ КОГНИТИВНО-ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ, РАБОТАЮЩИХ В НОЧНЫЕ СМЕНЫ

Мелиева С. Х., Усманова С. Н. 295
ВЗАИМОСВЯЗЬ ТИПА АКЦЕНТУАЦИИ ХАРАКТЕРА И КОПИНГ-СТРАТЕГИЙ У СТУДЕНТОВ

Мелиоранская В. Н. 304
ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЛЕСНЫЕ ПОЖАРЫ

Мельников Д. Ю., Басалаев М. А. 313
ИГРОТЕРАПИЯ КАК МЕТОД ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОДДЕРЖКИ СТУДЕНТОВ КемГМУ: ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВАНИЯ И ПРАКТИЧЕСКИЕ ПЕРСПЕКТИВЫ

Милакина М. Р. 320
КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ЗАВИСИМОСТИ ОТ СИНТЕТИЧЕСКИХ КАННАБИНОИДОВ У ПОДРОСТКОВ

Монгуш А. Ч. 328
ЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ И УРОВЕНЬ СТРЕССА У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА: ГЕНДЕРНЫЕ И КУРСОВЫЕ РАЗЛИЧИЯ

Монгуш Д. Д. 334
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ АГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

Наврузова Ш. 346
РОЛЬ АРТ-ТЕРАПИИ У ПОДРОСТКОВ С ИНТЕРНЕТ-АДДИКЦИЕЙ

Насонова Я. В. 356
СИНДРОМ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Неверова Е. А. 367
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА И ТЕРАПИЯ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА ПРИ ПСИХОГЕННЫХ БРОНХОСПАЗМАХ И БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Окулова В. А., Маркина О. П., Маркин А. Д. 377
ПСИХОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ: ФОРМИРОВАНИЕ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЮ У ПАЦИЕНТОВ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Осипова Э. М. 385
КОГНИТИВНЫЕ СТИЛИ СТУДЕНТОВ И ИХ СВЯЗЬ С АКАДЕМИЧЕСКОЙ УСПЕВАЕМОСТЬЮ

Павлова В. В. 400
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ РЕАГИРОВАНИЯ НА КРИЗИСНЫЕ И ЭКСТРЕМАЛЬНЫЕ СИТУАЦИИ: ФАКТОРЫ УСТОЙЧИВОСТИ И ПОДХОДЫ К ПОМОЩИ

Пак В. О., Хайдарова Д. Б. 411
ВЗАИМОСВЯЗЬ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ О СЕБЕ И СОЦИОМЕТРИЧЕСКОГО СТАТУСА У ПОДРОСТКОВ

Пасюта Е. А. 427
ВЛИЯНИЕ ЭКСТРЕМАЛЬНОГО СТРЕССА НА ПРИНЯТИЕ РЕШЕНИЙ ЧЕЛОВЕКОМ В ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ: ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР

Поспелова В. А. 435
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ В ЦИФРОВОЙ СРЕДЕ

Пташко З. Д., Голянский И. В. 446
МУЗЫКОТЕРАПИЯ КАК МЕТОД ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОДДЕРЖКИ СТУДЕНТОВ КЕМГМУ: ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВАНИЯ И ПРАКТИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ

Разак Р.А., Мажитов Е. Б., Албекова А. Д., Черубаева А. М. 457
АРТ-ТЕРАПИЯ КАК ИНСТРУМЕНТ ПРОФИЛАКТИКИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА ГОРОДА СЕМЕЙ

Рябцева Д. А., Филиппова Ю. А. 468
МЕХАНИЗМЫ ФОРМИРОВАНИЯ СОЦИАЛЬНЫХ СТЕРЕОТИПОВ: КОГНИТИВНЫЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И КУЛЬТУРНЫЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ

Серованова Е. А., Пивовар О. И., Бутримова Е. А. 497
СЕКСУАЛЬНАЯ КОММУНИКАЦИЯ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ В КОНТЕКСТЕ ПРОФИЛАКТИКИ ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАЮЩИХСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ

Собиров С. У. 503
ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА КАК ИНДИКАТОР ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ РЕГУЛЯЦИИ И СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТИ

Собиров С. У. 523
ПСИХОФИЗИОЛОГИЯ СНА: ВЛИЯНИЕ КАЧЕСТВА НОЧНОГО СНА НА КОНСОЛИДАЦИЮ ПАМЯТИ И УРОВЕНЬ ДНЕВНОЙ ТРЕВОЖНОСТИ

Степанова В. В. 535
СПЕЦИФИКА КОГНИТИВНЫХ ИСКАЖЕНИЙ У ПОКОЛЕНИЯ Z В УСЛОВИЯХ СОЦИАЛЬНЫХ СЕТЕЙ

Струченко К. Г. 545
СЕМЕЙНОЕ НЕБЛАГОПОЛУЧИЕ КАК ФАКТОР ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ СТАРШИХ ПОДРОСТКОВ: ВОЗМОЖНОСТИ И ОГРАНИЧЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ

Суторина Е. Д. **СОЦИАЛЬНЫЕ И КУЛЬТУРНЫЕ ПРИЧИНЫ НАРКОМАНИИ СРЕДИ МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ** 556

Тюкленкова У. А. 572
ВЛИЯНИЕ TIK TOK НА КОГНИТИВНЫЕ СПОСОБНОСТИ СТУДЕНТОВ.

Уогинтас А. А., Дорофеева А. С. 580
ВЛИЯНИЕ КОРОТКОГО ВИДЕОКОНТЕНТА НА САМООЦЕНКУ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ У ЛИЦ РАЗНОГО ВОЗРАСТА

Холзенева Е. Я. 591
ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ И ВОССТАНОВЛЕНИЯ ДЕТЕЙ ПОСЛЕ ПЕРЕЖИВАНИЯ ЧРЕЗВЫЧАЙНОЙ СИТУАЦИИ НА ПРИМЕРЕ ПОЖАРА В ТОРГОВО-РАЗВЛЕКАТЕЛЬНОМ ЦЕНТРЕ «ЗИМНЯЯ ВИШНЯ»: НАРРАТИВНЫЙ ОБЗОР

Шатобалов Я. И, Дутченко А. П. 599
АДАПТИВНАЯ КИНЕЗИТЕРАПИЯ В МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МОЗГА: ОБЗОР СОВРЕМЕННЫХ ПОДХОДОВ

Штоль В. В. 607
ЭМОЦИИ КАК ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС: ТЕОРИИ, ФУНКЦИИ, СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ

Юдин С. А. 621
СОЦИАЛЬНАЯ АДАПТАЦИЯ ИНОСТРАННЫХ СТУДЕНТОВ В ПОЛИЭТНИЧЕСКОМ РЕГИОНЕ: ОБЗОР ДИССЕРТАЦИОННОГО ИССЛЕДОВАНИЯ Б. Б. СТЕПАНОВОЙ

Яковлева Е. Ю. 633
РАННИЕ ДЕЗАДАПТИВНЫЕ СХЕМЫ И НЕАДАПТИВНЫЕ СПОСОБЫ СОВЛАДАНИЯ СО СТРЕССОМ: ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ ПОНИМАНИЯ АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ (ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР)

Keragodu R. S. 645
MENTAL HEALTH OF INDIVIDUALS AND SOCIETY. CURRENT INTERDISCIPLINARY PROBLEMS

Kumar N. 653
DIGITAL IMPLEMENTATION OF THE PHQ-9 AND GAD-7 ASSESSMENT MEASURES: PROTOTYPE PROGRAMS FOR MEASUREMENT-BASED CARE IN PSYCHIATRY

Kumar N. 633
DIGITALIZATION IN PSYCHIATRY: CURRENT TRENDS, OPPORTUNITIES AND CHALLENGES

Mishra A. 671
DEVELOPMENT OF FIRST AID FLOWCHARTS RENDERING PROGRAM PROTOTYPE

Pavitra R. 679
NEW APPROACHES TO DIAGNOSIS AND CLASSIFICATION OF MENTAL DISORDERS

Subhasini I. V. 687
POINTS OF CONTACT BETWEEN NEUROLOGY, PSYCHIATRY AND REHABILITATION: REVIEW AND AUTOMATION OF SCREENING PROCESS

Subhasini I. V. 696
NEUROLOGY, PSYCHIATRY, REHABILITATION: POINTS OF CONTACT

Niharika Y. 704
PROBLEMS OF PROFESSIONAL EDUCATION IN THE FIELD OF PSYCHIATRY AND CLINICAL PSYCHOLOGY

СООТВЕТСТВИЕ МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫХ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ПОДРОСТКОВ ВЫБРАННОМУ ВИДУ СПОРТА

Акимова К. Г.
Кафедра общественного здоровья, организации и экономики здравоохранения имени профессора А. Д. Ткачева
ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово
Научный руководитель — канд. эконом. наук, доцент М. В. Соколовский

Аннотация. В статье рассмотрено соответствие морфофункциональных и психологических особенностей подростков 14–17 лет требованиям выбранных видов спорта. С использованием опросника Стреляу, антропометрии и функциональных проб (бег на 30 м, силовой тест, измерение артериального давления и частоты сердечных сокращений) обследованы 10 обучающихся лицея, занимающихся волейболом, теннисом и легкой атлетикой. Установлено, что морфофункциональные показатели связаны с индивидуально-психологическими особенностями и в совокупности определяют успешность спортсменов в выбранном виде спорта. Результаты подтверждают целесообразность индивидуального подхода к спортивному отбору и подготовке подростков.

Ключевые слова: подростки, морфофункциональные особенности, психологические особенности, темперамент, вид спорта, спортивный отбор, опросник Стреляу.

COMPLIANCE OF MORPHOFUNCTIONAL AND PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF ADOLESCENTS WITH THE CHOSEN SPORT

Akimova K. G.
Department of Psychiatry and Narcology
Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo
Scientific supervisor — Sokolovsky M. V.

Abstract. The article examines the compliance of morphofunctional and psychological characteristics of adolescents aged 14–17 with the requirements of the chosen sports. Using the Strelau questionnaire, anthropometry and functional tests (30 m run, strength test, blood pressure and heart rate measurement), 10 lyceum students involved in volleyball, tennis and track and field athletics were examined. It is established that morphofunctional parameters are related to individual psychological characteristics and together determine the athletes' success in the chosen sport. The results confirm the feasibility of an individual approach to sports selection and training of adolescents.

Keywords: adolescents, morphofunctional characteristics, psychological characteristics, temperament, kind of sport, sports selection, Strelau questionnaire.

Современный спорт играет важную роль в формировании физического и психического здоровья подрастающего поколения. В условиях высокой конкуренции и стремления к достижению высоких спортивных результатов особое внимание уделяется соответствию морфологических и функциональных характеристик организма подростков требованиям выбранного вида спорта. Вместе с тем развитие организма подростка характеризуется значительными возрастными изменениями, которые оказывают влияние на физические возможности и психологическое состояние юных спортсменов. Необходимость индивидуального подхода к спортивной подготовке подростков способствует улучшению здоровья, повышению безопасности и эффективности тренировок, росту спортивных результатов и успешной социальной адаптации. Правильный выбор вида спорта, соответствующий физическим и психологическим особенностям, предотвращает травмы и снижает риск эмоционального выгорания.

Возрастные изменения скелета у подростков включают множество процессов: на ранних этапах развития скелет проходит перепончатую стадию, которая позже заменяется хрящевой, а затем костной тканью. Кости туловища, конечностей и основания черепа формируются на основе хрящевых моделей; в процессе роста образуются точки окостенения. Кость растет в толщину за счет образования новых слоев костной ткани под надкостницей, а в длину — за счет хрящевых прослоек между эпифизом и диафизом, которые со временем замещаются костной тканью. Окончательное замещение эпифизарных хрящей происходит примерно к 18–25 годам, формирование суставов завершается в 13–16 лет. Длительные нагрузки вызывают истончение и деформацию суставного хряща, уменьшение его пружинящих свойств, склероз фиброзной мембраны и связок, образование остеофитов, что ограничивает подвижность и размах движений [4]. Наиболее активный рост мышечных волокон также приходится на подростковый возраст: под влиянием физической активности волокна утолщаются, увеличивается общая мышечная масса, мышцы становятся более эластичными [4]. Существенные изменения претерпевают сердечно-сосудистая система (увеличение объема сердца, повышение артериального давления), пищеварительная система (увеличение емкости желудка до 1300–1500 см³, возрастание количества желудочных желез до 35 млн) и эндокринная система (щитовидная железа массой 15–16 г вырабатывает гормоны, влияющие на обмен веществ и рост; надпочечники производят кортизол и другие гормоны стресса и метаболизма) [4].

Физические нагрузки влияют на морфологическую структуру подростков, однако степень этого влияния зависит от того, насколько тот или иной параметр тела подвержен средовым воздействиям. Продольные размеры тела (рост, длина конечностей и их сегментов) и вес до 18 лет в значительной степени обусловлены наследственностью. Поперечные и охватные размеры (ширина плеч и таза,

обхваты груди, бедер, рук и ног) примерно наполовину определяются наследственностью, но существенно изменяются под влиянием регулярных тренировок, увеличивающих объем мышц [6]. Каждый вид спорта требует специфического сочетания параметров. В волейболе ключевую роль играют рост и показатели выносливости: для девушек — рост 168–175 см и бег на 30 м не более 5,5 с, для юношей — рост 185–200 см и бег не более 5,0 с [2]. В теннисе средний рост обеспечивает хорошую подвижность и реакцию; важны развитые мышцы рук и плечевого пояса для сильных ударов и высокой выносливости, позволяющей играть длительные матчи без снижения эффективности [1]. В легкой атлетике бегунам на короткие дистанции необходимы мощные мышцы, достигаемые силовыми тренировками, а бегунам на длинные дистанции — экономичность движений при меньшей мышечной массе [6].

Подростковый период — период перехода от юношества к взрослому образу жизни; обычно он соотносится с хронологическим возрастом от 10–11 до 14–17 лет. Подросток начинает чувствовать себя взрослым и хочет, чтобы окружающие признавали его самостоятельность и значимость; основные психологические потребности — стремление к общению со сверстниками, к самостоятельности, независимости и признанию своих прав. Даже нормально протекающему подростковому периоду свойственны асинхронность, скачкообразность и дисгармоничность развития: наблюдается индивидуальная неравномерность, когда интеллектуальная сторона развития достигает высокого уровня при сравнительно низком уровне произвольности [3].

Подростки по-разному воспринимают физические нагрузки. Их мотивация во многом определяется социальными факторами: желанием быть частью группы, стремлением к успеху в спорте или поддержанию хорошей физической формы. Физическая активность улучшает настроение и снижает уровень стресса и тревожности, однако чрезмерные нагрузки или неудачи в спортивных

достижениях могут привести к разочарованию и снижению самооценки. Участие в командных видах спорта развивает навыки сотрудничества, лидерства и взаимопомощи, тогда как индивидуальные виды спорта формируют самостоятельность и уверенность в себе. Темперамент играет важную роль в спортивных достижениях, поскольку современный спорт требует не только физической выносливости, но и психологической устойчивости: сангвиники активны и уверенно предпочитают динамичные виды спорта, но иногда испытывают недостаток концентрации в рутинных тренировках; холерики энергично начинают занятия, однако их энтузиазм угасает без быстрого прогресса и результаты могут быть нестабильны; флегматики медленно адаптируются к новым условиям, но демонстрируют высокую работоспособность и стабильность результатов; меланхолики проявляют высокую ответственность и тактическое чутье, но отличаются низкой работоспособностью, повышенной тревожностью и «стартовой апатией», предпочитая индивидуальные виды спорта [5]. Морфофункциональные и психологические особенности взаимосвязаны в спорте: физические параметры и функции организма определяют выносливость и технику, а психологические черты — мотивацию, эмоции, концентрацию и способность справляться со стрессом. Эффективные тренировки требуют индивидуального подхода, учитывающего обе группы особенностей, что позволяет минимизировать риски травм и добиться максимальных результатов.

Цель исследования — выявление и анализ соответствия морфофункциональных и психологических особенностей учащихся лицея требованиям конкретных видов спорта.

Объектом исследования являются обучающиеся лицея в возрасте от 14 до 17 лет в количестве 10 человек разного пола, занимающиеся волейболом, теннисом и легкой атлетикой.

В работе использованы следующие методы: 1) сбор данных о подростках (класс, рост, вес, возраст, пол, вид спорта); 2) проведение психологической диагностики с помощью опросника Стреляу; 3) проведение физических испытаний (бег на 30 м на время, поднимание предмета массой 5 кг в течение 1 мин), а также измерение артериального давления (АД) и частоты сердечных сокращений (ЧСС) до и после физической нагрузки; 4) систематический анализ полученных данных.

Опросник Стреляу используется для оценки уровня процессов возбуждения и торможения, подвижности нервных процессов и уравновешенности по силе. Нормативные значения: уровень процессов возбуждения — норма от 25 до 49 баллов, выше среднего — 62; уровень процессов торможения — норма от 21 до 43, выше среднего — 61; подвижность нервных процессов — норма от 24 до 48, выше среднего — 58. Уравновешенность по силе R равна отношению силы по возбуждению Fв к силе по торможению Fт: $R = Fв / Fт$.

Сбор антропометрических данных проводился с использованием стандартных измерительных инструментов: рост измерялся ростомером, вес определялся с помощью электронных или механических весов, возраст фиксировался согласно дате рождения. Полученные данные сопоставлялись с нормативами для данного возраста и пола в выбранном виде спорта. Сила оценивалась количеством подъемов тяжести массой 5 кг за 1 мин, быстрота — временем бега на 30 м. ЧСС и АД измерялись в покое и после физической нагрузки для оценки выносливости и адаптации организма к тренировкам.

По результатам опросника Стреляу среди спортсменов лицея были выявлены уровни процессов возбуждения, торможения, подвижности нервных процессов и уравновешенность по силе. Средние значения показателей по видам спорта представлены в таблице 1.

Таблица 1

Показатели спортсменов по опроснику Стреляу (средние значения**)**

Показатель	**Волейбол**	**Теннис**	**Легкая атлетика**
Уровень процессов возбуждения	70	69	60,5
Уровень процессов торможения	64	63,6	51,5
Подвижность нервных процессов	65,2	62,6	52,5
Уравновешенность по силе	1,1	1,073	1,205

Волейболисты демонстрируют сильную реакцию на возбуждение без признаков запредельного торможения, быструю включаемость в работу, врабатываемость и достижение высокой производительности, низкую утомляемость, высокую работоспособность и выносливость. Отмечается быстрое реагирование на простые сигналы, хорошая реакция, высокий самоконтроль, собранность, бдительность и хладнокровие в поведенческих реакциях. Вместе с тем волейболисты склонны работать по стереотипу: они не любят быстрых и неожиданных изменений в деятельности, проявляют низкую способность переключаться на новые виды заданий и осваивать новые навыки, мало пригодны для работы в быстроменяющихся условиях. Показатель уравновешенности по силе свидетельствует о сбалансированности нервных процессов.

У теннисистов наблюдается сильная реакция на возбуждение и стимулы без признаков запредельного торможения: быстрое включение в работу, достижение высокой производительности, низкая утомляемость, высокая работоспособность и выносливость. Сильные нервные процессы со стороны торможения позволяют легко гасить процессы возбуждения; отмечаются

быстрое реагирование на простые сенсорные сигналы, хорошая реакция, высокий самоконтроль, собранность, бдительность и хладнокровие. Легкость переключения нервных процессов от возбуждения к торможению и обратно проявляется в быстром переходе от одних видов деятельности к другим, в решительности и смелости поведенческих реакций. Такое сочетание свойств нервной системы особенно важно для тенниса, где требуется мгновенная смена игровых ситуаций. Показатель уравновешенности соответствует норме.

У легкоатлетов реакция на возбуждение умеренная, с возможностью как быстрого, так и замедленного включения в работу; торможение присутствует, но не чрезмерно. Производительность, утомляемость и работоспособность находятся на среднем уровне. Возбуждение и торможение уравновешены, обеспечивая сбалансированную реакцию на стимулы, однако самоконтроль нестабилен, возможен импульсный характер поведения: собранность и внимательность средние, в стрессе поведение колеблется, реакции варьируются от адекватных до излишне бурных, иногда проявляются признаки расторможенности и недовольства собой. Способность к переключению между нервными процессами умеренная: переход между видами деятельности может быть быстрым, но решительность иногда недостаточна, что ведет к задержкам и колебаниям уверенности при смене задач. Тем не менее уравновешенность нервных процессов в целом соответствует требованиям вида спорта на выносливость.

Сопоставление антропометрических данных спортсменов с нормативами по видам спорта представлено в таблице 2.

Таблица 2

Морфологические показатели подростков в сравнении с нормативами по видам спорта

Вид спорта	Пол	Возраст, лет	Вес, кг	Рост, см	Норма веса, кг	Норма роста, см
Волейбол	юноши	16	70–72	170–178	75–95	185–205
Волейбол	девушки	16	48–58	158–168	60–80	160–180
Теннис	юноши	15–16	50–72	171–175	65–85	175–190
Легкая атлетика	юноши	14–17	47–70	163–167	60–80	175–190

Анализ морфологических особенностей подростков показал следующее. В волейболе спортсмены обоих полов имеют низкие показатели веса и роста по сравнению с требуемыми параметрами. Это свидетельствует о том, что большинство спортсменов данной возрастной категории могут не достигать стандартов, что способно затруднить их участие и успех в соревнованиях по волейболу. Предполагается необходимость работы по улучшению физической подготовки юных волейболистов, включая программы набора массы и повышения физической активности. В теннисе спортсмены 15–16 лет активно развиваются, а фактические диапазоны веса и роста, несмотря на разнообразие среди юношей, соответствуют требованиям. При этом рекомендуемый рост 175–190 см может осложнить достижение результата для спортсменов ниже этих параметров, а рекомендуемый вес 65–85 кг предполагает наращивание мышечной массы: теннис требует силы и выносливости, поэтому юным спортсменам, не соответствующим параметрам, важно работать над физической подготовкой и навыками. В легкой атлетике спортсмены соответствуют

критериям возраста и веса; рост несколько ниже допустимого диапазона, однако это не критично, поскольку юноши 14–17 лет активно растут и развиваются.

Результаты оценки функциональных особенностей подростков представлены в таблице 3.

Таблица 3

Функциональные показатели спортсменов до и после физической нагрузки

Пол	Вид спорта	Возраст, лет	Сила рук (поднятие 5 кг в течение 1 мин)	Бег на 30 м, с	АД и ЧСС до нагрузки	АД и ЧСС после нагрузки
Девушки	Волейбол	16	22–45	5,5–5,7	116/74 (74) – 120/86 (78)	126/77 (160) – 130/82 (165)
Юноши	Волейбол	16	40–46	5,4–6,2	109/71 (72) – 120/78 (68)	121/76 (148) – 136/84 (162)
Юноши	Теннис	15–16	20–34	5,2–5,8	110/71 (73) – 120/76 (77)	120/77 (149) – 134/85 (154)
Юноши	Легкая атлетика	14–17	25–46	5,0–5,5	108/70 (73) – 119/78 (74)	120/76 (150) – 135/83 (158)

В группе волейболистов результаты тестов и показатели АД и ЧСС до и после занятия спортом указывают на достаточно хорошие функциональные возможности. Уровень силы и скорости является удовлетворительным для данной возрастной группы, что подтверждается результатами бега на 30 м. У теннисистов отмечается сравнительно высокий уровень физических

показателей, демонстрирующий хорошую силу и скорость реакции; АД и ЧСС в норме, что указывает на здоровье сердечно-сосудистой системы, однако в условиях соревнований может возникать значительная нагрузка. Результаты легкоатлетов показывают высокий уровень функциональной подготовки, характерный для этого вида спорта: скорость, сила и выносливость, судя по времени бега, находятся на высоком уровне и соответствуют требованиям легкой атлетики.

Заключение

В зависимости от выбранного вида спорта установлено, что морфофункциональные характеристики напрямую связаны с психологическими особенностями подростков: морфология тела влияет на физические возможности (скорость, силу, выносливость, гибкость и координацию); успех в спорте зависит от уровня мотивации, целеустремленности, уверенности в себе и способности справляться со стрессом; подростки чаще выбирают виды спорта, соответствующие их физическим данным; физические данные, в свою очередь, влияют на способность быстро адаптироваться к тренировкам и достигать высоких результатов. Таким образом, индивидуальный подход к спортивному отбору и подготовке подростков, учитывающий как морфофункциональные, так и психологические особенности, является условием сохранения здоровья и повышения эффективности спортивной деятельности.

Источники и литература / Sources and references:

1. Диц, С. Г. Содержание подготовки спортсменов в теннисе : учебно-методическое пособие / С. Г. Диц, И. К. Рихтер, А. Р. Бикмуллина. Казань : Казан. ун-т, 2020. 70 с.

2. Критерии индивидуального отбора для зачисления на программу спортивной подготовки по виду спорта «Волейбол». URL:

https://minsport.gov.ru/upload/iblock/fa5/fa503bc11d8ab049b59bec37d82e7f71.pdf (дата обращения: 28.10.2026).

3. Познайка: образовательный ресурс URL: https://poznayka.org/s88119t2.html (дата обращения: 28.10.2026).

4. Сапин, М. Р. Анатомия и физиология детей и подростков : учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / М. Р. Сапин, З. Г. Брыксина. – 2-е изд., стер. – М. : Академия, 2002. – 456 с.

5. Федечкин, В. В. Влияние темперамента на спортивный результат : монография / В. В. Федечкин. – М. : б.и., 2016.

6. Федоров, В. П. Спортивная морфология : учебно-методическое пособие / В. П. Федоров, И. Е. Попова, Н. Н. Попова. – Воронеж : ВГИФК, 2018. – 63 с.

ПСИХОКОРРЕКЦИЯ РАССТРОЙСТВ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Алимова Р.Ф., Давлатбоев М. Т.
Кафедра психиатрии, наркологии, детской психиатрии, медицинской психологии,
Ташкентский Государственный Медицинский Университет,
Республика Узбекистан, г. Ташкент
Научный руководитель – С.Б. Бабарахимова

Аннотация. В статье приводятся результаты исследований оптимизации психотерапии у больных параноидной шизофренией с коморбидными нарушениями пищевого поведения. Арт-терапия тревожно-депрессивных состояний и дигестивных нарушений у пациентов шизофренического спектра улучшала качество жизни и адаптационный потенциал личности.

Ключевые слова: параноидная шизофрения, расстройства пищевого поведения, гендерные различия.

PSYCHOCORRECTION OF EATING DISORDERS IN PATIENTS WITH PARANOID SCHIZOPHRENIA

Alimova R.F., Davlatboev M.T.
Tashkent State Medical University Department of Psychiatry, Narcology and Child Psychiatry, Medical Psychology
The scientific supervisor - S.B. Babarakhimova.

.

Abstract. The article presents the results of studies on the optimization of psychotherapy in patients with paranoid schizophrenia with comorbid eating disorders. Art therapy for anxiety and depression and digestive disorders in patients on the schizophrenic spectrum improved the quality of life and adaptive potential of the individual.

Keywords: paranoid schizophrenia, eating disorders, gender differences.

Актуальность

В последние годы проблема расстройств пищевого поведения приобретает все большую актуальность в связи с увеличением внимания к их распространенности, клиническим проявлениям и последствиям для психического и соматического здоровья. Особую научную и практическую значимость представляет изучение нарушений пищевого поведения у пациентов с параноидной шизофренией, поскольку их формирование может определяться сложным взаимодействием биологических, психологических и социальных факторов. Выявление механизмов развития подобных нарушений и особенностей их клинического проявления остается важным направлением современных исследований в области психиатрии и медицинской психологии [1, 3, 7].

Анализ научных публикаций показывает, что исследования, посвященные сочетанию шизофренического расстройства с нарушениями пищевого поведения, представлены в литературе относительно ограниченно. Имеющиеся

работы преимущественно сосредоточены на описании клинической симптоматики и особенностей пищевых ограничений, тогда как вопросы возрастной динамики, половых различий и гендерных характеристик данного феномена освещены недостаточно [2, 6, 9]. Это определяет необходимость дальнейшего изучения взаимосвязи психопатологических проявлений с особенностями пищевого поведения у пациентов различных возрастных и гендерных групп.

Отдельного внимания заслуживает разработка и оценка психотерапевтических подходов к коррекции нарушений пищевого поведения у пациентов с параноидной шизофренией. Несмотря на использование различных методов психологической помощи, эффективность психотерапевтических вмешательств при сочетании шизофрении с расстройствами пищевого поведения требует дальнейшего научного обоснования. Особую актуальность приобретает определение возможностей комплексной терапии, включающей психотерапевтические и психокоррекционные методы, с учетом клинической картины заболевания, индивидуальных особенностей пациента и характера пищевых нарушений [4, 5, 8,10].

Цель исследования: провести анализ опыта применения арт-терапии у больных параноидной шизофренией, коморбидной с расстройствами пищевого поведения для оптимизации психотерапии и улучшения качества жизни.

Материалы и методы исследования: в исследование были включены 65 пациентов с параноидной шизофренией, находившихся на стационарном лечении в психиатрической больнице. Среди них лиц женского пола было 39 пациенток и 26 мужчин с расстройствами пищевого поведения. В ходе исследования использованы клинико-психопатологический и катамнестический методы исследования. Из психометрических методов использованы Шкала Calgary, тест отношения к приему пищи (EAT-40). Всем обследуемым больным

проводилась психокоррекционная работа в виде групповых сеансов арт-терапии (раскраска с помощью акварельных красок трафаретов, аппликации с помощью зёрнышек риса, гречки, маша, фасоли, чечевицы) в сочетании с рациональной психотерапией и музыкотерапией.

Результаты исследования: из 65 обследованных больных у 62,8% диагностирована параноидная шизофрения с непрерывным типом течения F-20.00, у 37,2% обследованных - параноидная шизофрения с эпизодическим типом течения F-20.01 (рис.1).

В основной группе пациентов с параноидной шизофренией преобладает непрерывный тип течения заболевания, который встречается у 62,8% пациентов (F-20.00).

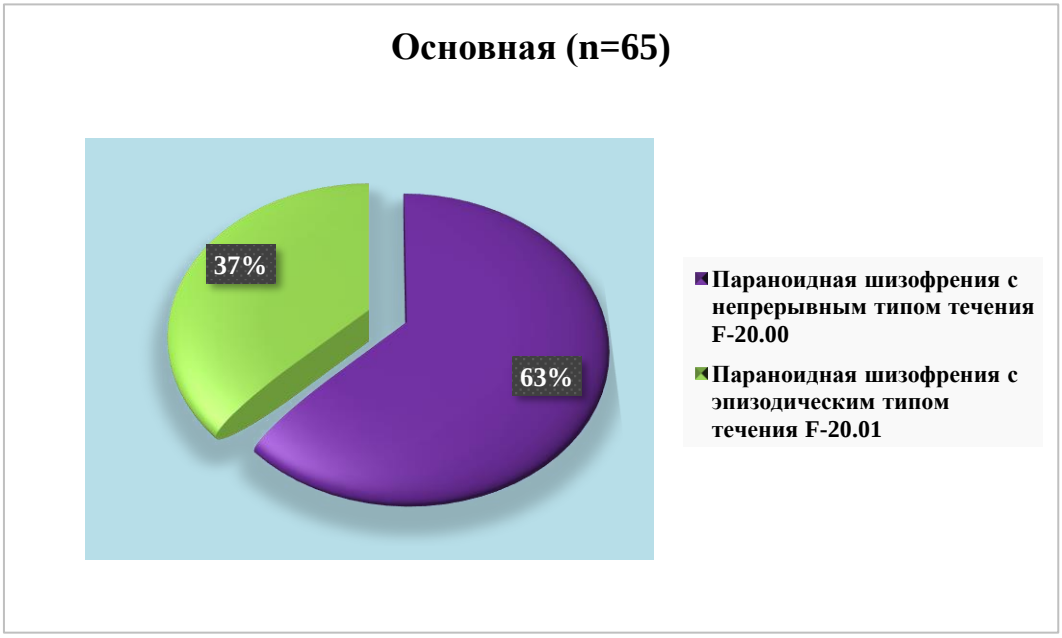


Рис.1. - Классификация диагноза у обследованных

Это свидетельствует о хроническом характере заболевания, при котором психопатологические симптомы, такие как бред и галлюцинации, присутствуют на протяжении длительного времени с минимальными ремиссиями. Такие

пациенты, как правило, имеют более устойчивое, но тяжелое течение заболевания, с постоянными или почти постоянными психотическими симптомами, что требует длительного лечения и реабилитации. В отличие от них, 37,2% пациентов имеют эпизодический тип течения (F-20.01), при котором психозы проявляются эпизодически, и между обострениями могут наблюдаться длительные периоды ремиссии. Это позволяет пациентам вести более нормальный образ жизни в межприступные периоды, но в случае рецидивов требуется повторное лечение.

Диагностика параноидной шизофрении основывается на комплексной оценке клинических симптомов, анамнеза и психиатрического обследования. Важными критериями для установления диагноза являются наличие параноидных бредовых идей и галлюцинаций, а также характер течения заболевания, который может быть эпизодическим или непрерывным. Эпизодическое течение характеризуется рецидивами психоза, с промежутками между ними, в то время как непрерывное течение подразумевает постоянные или почти постоянные симптомы, что приводит к значительному ухудшению качества жизни пациентов. Диагностика также включает использование нейропсихологических тестов и лабораторных исследований, направленных на исключение других заболеваний с подобной клинической картиной.

В основной группе у пациентов с параноидной шизофренией депрессия выражается в различных степенях тяжести (рис.2). Легкая депрессия наблюдается у 35,4% пациентов, что указывает на умеренные симптомы, такие как снижение настроения и апатия, но пациенты сохраняют способность выполнять повседневные задачи.

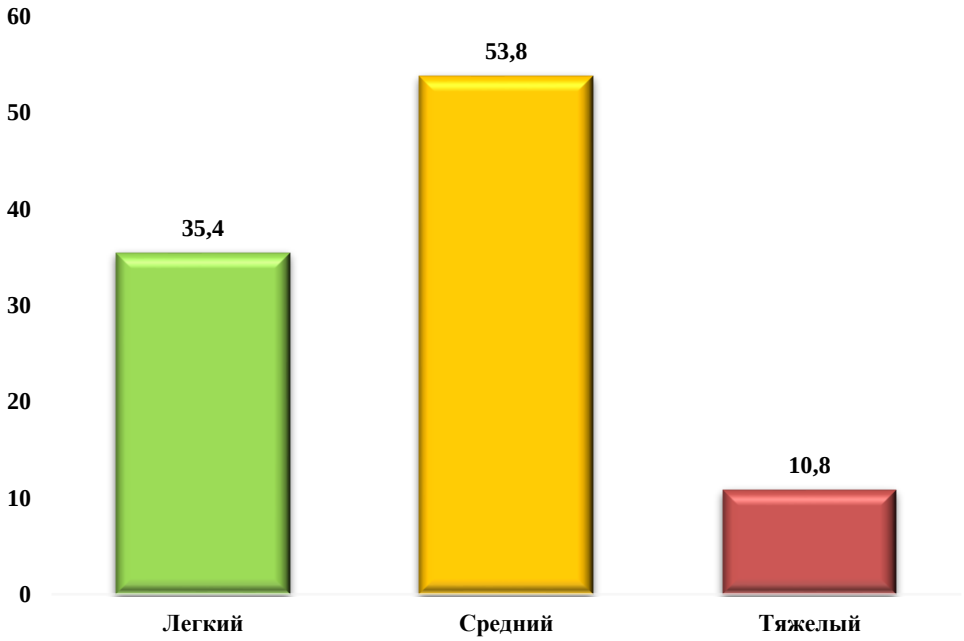


Рис. 2. - Распределение по степени тяжести (Шкала Calgary)

Средняя депрессия встречается у 53,8% пациентов, что свидетельствует о значительном эмоциональном напряжении, снижении интереса к жизни и нарушениях сна и аппетита. Тяжелая депрессия диагностируется у 10,8% пациентов, что указывает на выраженные симптомы, такие как чувство безнадежности и суицидальные мысли, что требует более интенсивной и комплексной терапии. Эти данные подчеркивают, что в основной группе наблюдается высокая распространенность депрессии, что требует учета в клинической практике и назначения соответствующего лечения. Средняя степень депрессии является наиболее распространенной среди пациентов, что может значительно ухудшать качество их жизни и требует комплексного подхода, включая антидепрессивную терапию.

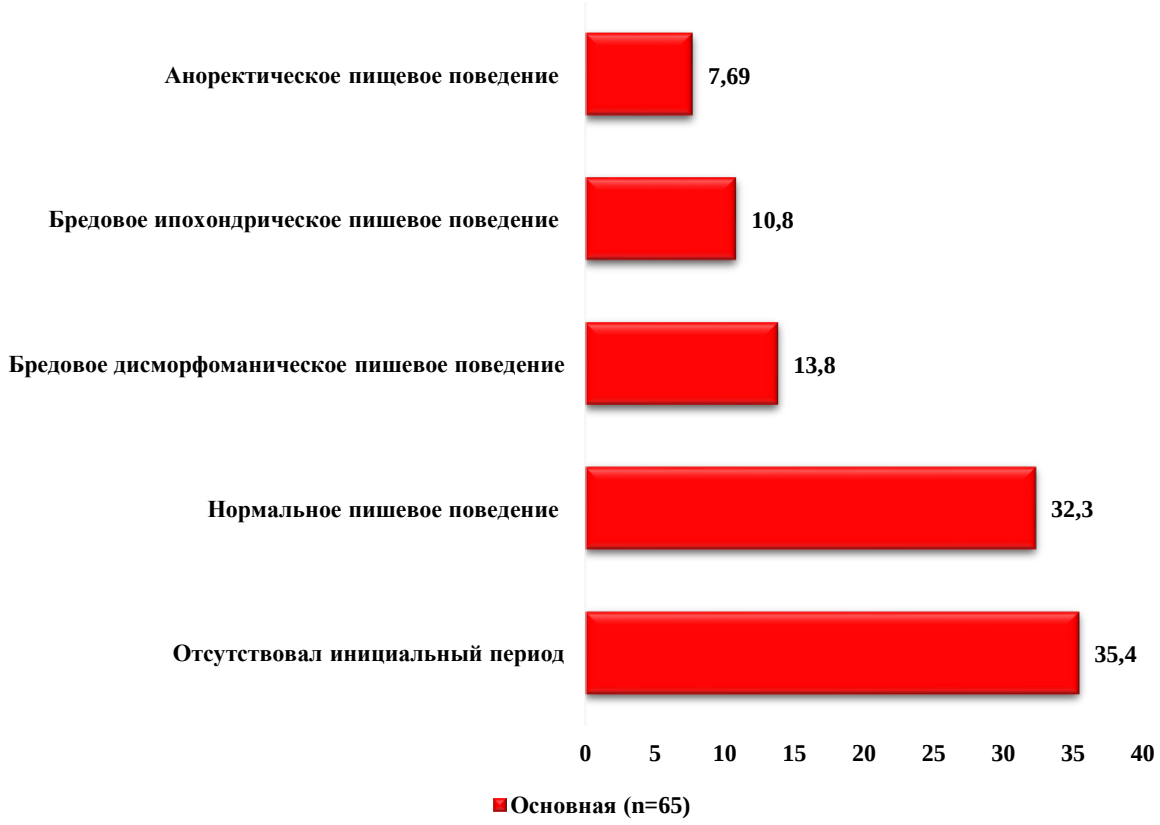


Рис. 3. - Пищевое поведение больных основной группы в инициальном периоде шизофрении

В ходе исследования у пациентов основной и контрольной групп проводилась оценка особенностей пищевого поведения с акцентом на характер и выраженность изменений рациона в начальном периоде заболевания. Особое внимание уделялось количественному и качественному ограничению употребляемой пищи, а также анализу взаимосвязи пищевых нарушений с психопатологическими проявлениями. Основной задачей являлось выявление мотивов, определяющих изменение отношения пациентов к приему пищи, и установление особенностей формирования ограничительного пищевого поведения.

По результатам клинико-психопатологической оценки были выделены следующие варианты пищевого поведения:

1. **Сохранное (обычное) пищевое поведение** — отсутствие существенных изменений пищевых привычек после начала заболевания.

2. **Ограничительное пищевое поведение**, обусловленное различными психопатологическими механизмами, включая дисморфоманические и ипохондрические бредовые переживания, а также аноректические установки.

В основной группе, представленной пациентами с параноидной шизофренией и нарушениями пищевого поведения, были выявлены следующие особенности распределения обследованных по выделенным категориям.

Отсутствие отчетливо выраженного инициального периода — 35,4%. У данной категории пациентов не отмечалось четко прослеживаемого этапа постепенного формирования изменений пищевого поведения. Нарушения могли проявляться непосредственно в дебюте заболевания, без предварительного периода сохранения привычных пищевых стереотипов. Подобная клиническая картина указывает на необходимость раннего выявления изменений пищевого поведения и их своевременной оценки в контексте общей психопатологической симптоматики.

Сохранное пищевое поведение — 32,3%. У трети обследованных пищевые привычки оставались относительно стабильными, несмотря на наличие параноидной шизофрении. У этих пациентов не выявлялось выраженного ограничения питания, обусловленного специфическими психопатологическими переживаниями. Вместе с тем сохранность привычного пищевого поведения не исключает вероятности его последующего изменения в зависимости от динамики заболевания, выраженности психотических проявлений и проводимого лечения.

Дисморфоманический вариант ограничительного пищевого поведения — 13,8%. В данной подгруппе ограничение питания сопровождалось патологическими убеждениями относительно формы, размеров или внешнего вида собственного тела. Искаженное восприятие телесного образа могло определять стремление изменить массу тела посредством сокращения объема потребляемой пищи. В подобных случаях пищевые ограничения следует рассматривать с учетом содержания психопатологических переживаний и степени их влияния на повседневное функционирование пациента.

Ипохондрический вариант ограничительного пищевого поведения — 10,8%. У этих пациентов отказ от отдельных продуктов или существенное сокращение рациона были связаны с чрезмерной озабоченностью состоянием здоровья и патологическими опасениями относительно возможного вреда пищи. Подобные установки могли сопровождаться необоснованными страхами заражения, отравления или развития соматических заболеваний. Длительное сохранение таких ограничений создает риск недостаточного поступления питательных веществ и требует комплексной клинической оценки.

Аноректический вариант пищевого поведения — 7,69%. У данной категории обследованных отмечались выраженное ограничение приема пищи и тенденция к снижению массы тела. Характер пищевых нарушений определялся особенностями психического состояния и отношением пациентов к питанию и собственному телу. Для определения клинической значимости этих проявлений необходимо учитывать наличие или отсутствие самостоятельного расстройства пищевого поведения, степень нутритивного дефицита и связь ограничительных установок с психотической симптоматикой.

В целом результаты исследования свидетельствуют о неоднородности нарушений пищевого поведения у пациентов с параноидной шизофренией. Наряду с сохранением привычных пищевых стереотипов у значительной части

обследованных выявлялись различные формы ограничения питания, связанные с содержанием психопатологических переживаний. Полученные данные обосновывают необходимость комплексного подхода к ведению таких пациентов, предусматривающего оценку психического состояния, особенностей пищевого поведения и возможных соматических последствий недостаточного питания.

После проведения групповых арт-терапевтических занятий отмечалась положительная динамика эмоционального состояния пациентов, проявлявшаяся в снижении выраженности депрессивной симптоматики и уменьшении проявлений нарушенного пищевого поведения. Эти наблюдения позволяют рассматривать арт-терапию в качестве одного из дополнительных компонентов комплексной психокоррекционной программы. Ее применение может способствовать улучшению эмоциональной саморегуляции и коррекции дезадаптивных поведенческих установок. Вместе с тем для подтверждения влияния арт-терапии на частоту госпитализаций, продолжительность ремиссии и риск соматических осложнений необходимы соответствующие сравнительные данные и длительное наблюдение.

Заключение

Проведенное исследование выявило разнообразие клинических вариантов пищевого поведения у пациентов с параноидной шизофренией, включая сохранные пищевые привычки и формы ограничительного питания, обусловленные дисморфоманическими, ипохондрическими и аноректическими проявлениями. Полученные результаты подчеркивают значимость индивидуализированной психокоррекционной помощи, учитывающей как выраженность психопатологических симптомов, так и особенности отношения пациента к пище и собственному телу. Включение групповой арт-терапии в комплекс лечебно-реабилитационных мероприятий сопровождалось снижением

выраженности депрессивных проявлений и положительными изменениями пищевого поведения. Данный подход может расширять возможности психологической реабилитации, способствовать улучшению качества жизни и повышению адаптационного потенциала пациентов.

Источники и литература / Sources and references:

1. Абдуллаева, В. К. Особенности проблемно-решающего поведения у больных параноидной шизофренией с сопутствующими вирусными гепатитами / В. К. Абдуллаева, А. В. Рогов // Новый день в медицине. 2019. № 2(26). С. 47–50.

2. Бабарахимова, С. Б. Личностные особенности женщин с депрессивными расстройствами и их влияние на качество жизни / С. Б. Бабарахимова, О. В. Шаханская, Ж. М. Искандарова // Сборники конференций НИЦ «Социосфера». 2013. С. 109–112.

3. Бабарахимова, С. Б. Особенности психокоррекции расстройств пищевого поведения у больных параноидной шизофренией с учётом гендерных особенностей / С. Б. Бабарахимова, З. Ш. Мирворисова, К. Р. Файзуллаева // Интеграция науки и практики в медицине: достижения и перспективы : материалы междунар. науч.-практ. конф. Кемерово, 2022. С. 236–242.

4. Бабарахимова, С. Б. Оптимизация психотерапии расстройств пищевого поведения у больных параноидной шизофренией / С. Б. Бабарахимова, З. Ш. Мирворисова, К. Р. Файзуллаева // Поляковские чтения : материалы Всерос. науч.-практ. конф. с междунар. участием, Москва, 23–24 марта 2023 г. М., 2023. С. 356–358.

5. Султонова, К. Б. Арт-терапия у подростков с сахарным диабетом I типа / К. Б. Султонова, Ф. К. Шарипова, С. Б. Бабарахимова // Uzbek journal of Case reports. 2023. – № 3. С. 13.

6. Babarakhimova, S. B. The effectiveness of art therapy in adolescents with behavioral disorder / S. B. Babarakhimova // Vestnik integrativnoy psikhologii. 2025. Vol. 35, № 1. P. 79–82.

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

8. Sattarov, T. F. Relationship between depressive pathology and the personal characteristics of adolescents / T. F. Sattarov // The Norwegian Journal of development of the international science. 2023. No. 117. P. 34–39.

9. Sattarov, T. F. The influence of parenting styles on the formation of suicidal tendencies in children and adolescents / T. F. Sattarov [et al.] // Human Factor Social Psychologist. 2023. №. 1 (45). P. 348–353.

10. Sattarov T.F., Babarakhimova S.B. Efficacy of art therapy in adolescents // Вестник интегративной психологии // Журнал для психологов. Вып. 30 /Под ред. В.В. Козлова, Ш.Р. Баратова, М.Н. Усмановой. – Бухара - Ярославль: МАПН, 2023. 416 с.

ЛЕЧЕБНОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ АРТ ТЕРАПИИ НА БОЛЬНОГО РЕБЕНКА

Аскарова Р. И.
Ургенский государственный медицинский институт.
Республика Узбекистан, г. Ургенч

Аннотация. В статье рассматривается терапевтический потенциал арт-терапии в комплексной реабилитации детей с психическими расстройствами. Автор подчеркивает, что арт-терапия не заменяет клинически назначенное медикаментозное лечение, но существенно обогащает арсенал средств современной психиатрии, усиливая эффект и отдаленные результаты

реабилитации. Ключевым преимуществом метода называется его доступность: для участия в арт-терапевтической работе не требуются специальные художественные навыки или способности к изобразительной деятельности, что делает ее применимой практически для любого пациента независимо от возраста. Особую ценность арт-терапия представляет в ситуациях, где вербальный способ коммуникации затруднен или невозможен, что делает ее незаменимой для детей, которые недостаточно хорошо владеют речью или испытывают сложности в словесном описании своих переживаний

Ключевые слова: туберкулез, лечение, воздействие, терапия, больной, ребенок, дитя, заболевание.

THE THERAPEUTIC IMPACT OF ART THERAPY ON A SICK CHILD

Askarova R. I.
Urgench State Medical Institute.
Republic of Uzbekistan, Urgench

Abstract. The article examines the therapeutic potential of art therapy in the comprehensive rehabilitation of children with mental disorders. The author emphasizes that art therapy does not replace clinically prescribed medication, but it significantly enriches the arsenal of tools used in modern psychiatry, enhancing the effect and long-term results of rehabilitation. The key advantage of the method is its accessibility: no special artistic skills or abilities are required to participate in art therapy work, which makes it applicable to almost any patient, regardless of age. Art therapy is particularly valuable in situations where verbal communication is difficult or impossible, which makes it indispensable for children who do not have a strong command of speech or who have difficulty verbally describing their experiences.

Keywords: tuberculosis, treatment, impact, therapy, patient, child, illness.

Арт терапия развивает самооценку и навыки саморегуляции, позволяет обойти психологические защиты, когда человеку трудно говорить о проблемах словами. Применяется для детей, взрослых и пожилых людей без строгих возрастных ограничений [1, 2]. Главная цель арт-терапии состоит в гармонизации психического состояния через развитие способности самовыражения и самопознания. Ценность применения искусства в терапевтических целях состоит в том, что с его помощью можно на символическом уровне выразить и исследовать самые разные чувства и эмоции: любовь, ненависть, обиду, злость, страх, радость. Методика арт-терапии базируется на убеждении, что содержания внутреннего человека отражаются в зрительных образах всякий раз, когда он рисует, пишет картину, лепит скульптуру или даже жонглирует, в ходе чего происходит гармонизация состояния психики.

Арт-терапия — это особая разновидность психологической помощи, где важен живой процесс: как человек через искусство выражает, проживает и осмысляет свои переживания. Если говорить простыми словами, Арт-терапия — это способ общаться с собой и с психологом на языке образов [3].

Метод работает за счет нескольких опор. Во-первых, творческое занятие, например, рисование, музыка, движение, игра, помогает выразить эмоциональное состояние без слов и сделать это безопасно. Во-вторых, возникает психологическая дистанция — человек учится отделять себя от переживания, видеть проблему как образ и работать с ней. Это помогает снизить напряжение, и запустить процесс внутренних изменений [4].

Творчество рисование, лепка, сказкотерапия, музыкотерапия позволяет ребенку безопасно выразить подавленные чувства, агрессию, тревогу и страх перед диагнозом или медицинскими процедурами. Психологическая отвлечение

от болезни: Занятия искусством помогают ребенку переключить внимание с тяжелого лечения и больничной обстановки на созидательный процесс.

Через визуальные образы и символы, например, рисунок или метафорические карты ребенок может осознать то, что ему трудно выразить словами.

Создание чего-то своими руками возвращает ребенку ощущение контроля, веру в свои силы и внутренние ресурсы. Арт-терапия – это творческий процесс, во время которого человек прорабатывает свои душевные переживания, выпускает пар и отпускает свои прошлые травмы. Помощь в этом процессе оказывает арт-терапевт – человек, получивший профильное образование. Специалист создаёт для обратившегося к нему человека безопасное пространство, не оценивая его чувства и поступки.

Кисти, краски, пластилин, песок и глина – инструменты арт-терапии, с помощью которых человек освобождает свои чувства и «закрывает» прошлые гештальты. В ходе творческого процесса у человека получается создать собственное арт-произведение, которое арт-терапевт при необходимости поможет сопоставить с конкретным чувством или деталью жизни. Зачастую результат арт-терапии возможно обсудить.

Арт-терапия – уникальный и увлекательный процесс, участие в котором смогут принять и дети, и взрослые. Творческий процесс можно провести, как в индивидуальном порядке, так и в группе. Именно посредством арт-терапии человек сможет обнажить свои чувства: страх, печаль, боль и найти в творчестве радость. А ещё совместные практики помогут выстроить отношения с родными и найти точки соприкосновения.

Занятия лечебным творчеством покажут человеку с паллиативным статусом, что он все ещё способен на многие простые жизненные вещи: рисовать, лепить, строить. Это придаст сил и веры в себя, что будет благоприятно

влиять на физическое состояние пациента. Арт-терапия поможет болеющему человеку сделать выводы о прожитой части жизни, оставить небольшое наследие для будущих поколений в виде записок и рисунков.

Арт-терапия — это такой метод психотерапии, который направлен на самовыражение творческого потенциала человека и позволяет креативно выходить из кризисных ситуаций, в том числе из тревожности.

Существует много направлений арт-терапии, но это всё разные формы одного подхода. Меняется материал и способ выражения, но цель остается общей: помочь человеку прожить эмоции, увидеть свой опыт яснее и найти новые опоры. Поэтому в практике часто встречаются сочетания техник, например, сегодня клиент рисует, завтра лепит из глины, а через неделю подходит к истории через танец. Разберем самые популярные виды и направления арт-терапии.

Изотерапия основана на рисовании и других визуальных техниках. В работе можно использовать карандаши, гуашь, пластилин, пастель и другие художественные материалы. Изотерапия помогает проявлять эмоциональное состояние через образы и обходить психологические защиты, даже если человек привык все рационализировать.

Музыкотерапия работает через звук, ритм, голос, дыхание, слушание. Для терапии не обязательно уметь петь или играть на инструменте. Важно, как человек откликается на музыку, какие телесные реакции и эмоции возникают, какой ритм подходит для успокоения, а какой помогает оживиться. Это особенно полезно при стрессе и эмоциональном онемении, когда чувство сложно назвать, но его можно услышать и ощутить. Иногда простая работа с ритмом на барабане или даже хлопки ладонями помогают вернуть контроль над психоэмоциональным состоянием.

Лечебное воздействие арт-терапии на ребенка в условиях стационара или тяжелого заболевания многогранно и подтверждено рядом исследований.

- **Снижение боли и тревожности.** Это одно из наиболее изученных направлений. Например, исследование с участием 120 детей 5–8 лет показало, что после арт-терапии или игровой терапии уровень боли значительно снижался (в среднем 1.15 балла против 4.45 в контрольной группе), а также снижалась тревожность после процедуры взятия крови из вены. Другой пилотный проект с детьми, проходящими лечение от острого лимфобластного лейкоза, также зафиксировал значительное снижение процедурной боли и дистресса ($p < 0.001$).
- **Эмоциональная разрядка и выражение чувств.** Для больного ребенка, который часто не может вербализовать свой страх или боль, творческий процесс становится безопасным каналом для их выражения. Арт-терапия позволяет детям невербально выражать эмоции и переживать катарсис в мягкой и безопасной форме. Это помогает справиться с чувством беспомощности и вины, которые могут возникать у ребенка в связи с болезнью.
- **Улучшение коммуникации и адаптации.** Творчество помогает наладить контакт не только с самим собой, но и с окружающими. Исследования показывают, что арт-терапия улучшает общение между детьми, родителями и медицинскими работниками. В одном из клинических случаев арт-терапия помогла ребенку с ортопедической травмой преодолеть первоначальное сопротивление и использовать рисунок как канал для выражения чувств, связанных с госпитализацией и разлукой с семьей.
- **Повышение приверженности лечению и улучшение настроения.** Арт-терапия способствует коррекции настроения ребенка и формированию более позитивного восприятия процесса лечения, что особенно важно при длительной терапии. Снижение тревожности, в свою очередь, помогает наладить более доверительные отношения между врачом и пациентом.

Заключение

Арт-терапия – это не просто занятие для развлечения. Это мощный инструмент, который помогает больному ребенку справиться с эмоциональными и психологическими последствиями болезни. Она дает ему возможность выразить себя, обрести внутреннюю силу, развить навыки совладания и почувствовать себя менее одиноким в своей борьбе. Интеграция арт-терапии в комплексное лечение может значительно улучшить качество жизни ребенка и способствовать его более полному выздоровлению.

Арт-терапия, как метод поддержки, может быть адаптирована к различным возрастным группам и специфическим потребностям детей, находящихся в стационаре или проходящих амбулаторное лечение. Для самых маленьких пациентов подойдут простые и тактильные материалы, такие как пальчиковые краски или мягкий пластилин, позволяющие им исследовать мир через ощущения. Дети постарше могут быть вовлечены в более сложные проекты, такие как создание комиксов, рассказывающих о их болезни, или разработка символических карт своего выздоровления.

Важно отметить, что арт-терапия не является заменой медицинского лечения, но служит ценным дополнением к нему. Она помогает создать более позитивный настрой, снизить уровень страха перед медицинскими процедурами и повысить комплаентность ребенка в процессе лечения. Когда ребенок чувствует себя услышанным и понятым, когда его эмоции находят выход в безопасной форме, это способствует его общему благополучию и ускоряет процесс восстановления.

В условиях больничной палаты или реабилитационного центра, арт-терапия может стать островком нормальности и творчества, напоминая ребенку о том, что он – это не только его болезнь, но и личность с уникальными

талантами и переживаниями. Это помогает сохранить чувство надежды и веры в будущее, что является одним из ключевых факторов в борьбе с любым недугом.

Источники и литература / Sources and references:

1.Рахимов А. К., и др. Арт терапия для решения психосоциальных проблем у детей и подростков больных туберкулезом: Систематический обзор средств и форм Арт терапии //Арт терапия-фундаментальные и прикладные научные исследования: актуальные вопросы, достижения и инновации // Редакционная коллегия выпуска. 2025. С. 471-480.

2. Джуманиязова З. Ф., и др Туберкулез у детей, проживающих в Хорезмской области //Журнал Методы науки. 2018. №. 10. С. 45-47.

3. Асадуллина А.М., Мухтарова М.А. Арт-терапия как метод преодоления эмоционального стресса. // Казанский вестник молодых учёных. 2022. Т. 6, № 3. С. 16-22.

4. Киселёва О.А. Арт терапия как метод психокоррекции. Возникновение и становление // Universum: психология и образование : электрон. научн. журн. 2022. 3(93).

УСЛОВНЫЕ РЕФЛЕКСЫ: ВЛИЯНИЕ ИЗМЕНЕНИЯ РАСКЛАДКИ КЛАВИАТУРЫ НА ПСИХИКУ ЧЕЛОВЕКА

Бакланов С. А., Патримаева Е. С.
Кафедра клинической психологии
ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово
Научный руководитель – канд. ист. наук, доцент Г.В. Акименко

Аннотация. В статье рассматривается влияние трансформации условных рефлексов на психоэмоциональное состояние человека на основе анализа концепций высшей нервной деятельности, принципов формирования динамического стереотипа, а также результатов собственного исследования.

Обобщаются данные о взаимосвязи смены раскладки клавиатуры с уровнем ситуативной тревожности, когнитивной нагрузкой, ментальным утомлением и скоростью адаптации. Представлены психологические механизмы воздействия ломки моторных автоматизмов и эмпирические результаты анкетирования и эксперимента среди пользователей. Делается вывод о возникновении кратковременного когнитивного диссонанса и последующем успешном прохождении адаптационного периода большинством испытуемых.

Ключевые слова: условные рефлексы, динамический стереотип, психоэмоциональное состояние, раскладка клавиатуры, когнитивная нагрузка, микростресс, адаптация.

CONDITIONED REFLEXES: THE EFFECT OF CHANGING THE KEYBOARD ARRANGEMENT ON THE HUMAN MIND

Baklanov S. A., Patrimayeva E. S.
Department of Clinical Psychology
Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo
Scientific supervisor –G.V. Akimenko

Abstract. The article examines the impact of conditioned reflexes transformation on the human psycho-emotional state based on the analysis of higher nervous activity concepts, principles of dynamic stereotype formation, as well as the results of the authors' own research. Data on the relationship between changing the keyboard layout and the level of situational anxiety, cognitive load, mental fatigue, and adaptation speed are summarized. Psychological mechanisms of motor automatisms disruption and empirical results of users' testing and surveying are presented. It is concluded that short-term cognitive dissonance occurs, followed by successful completion of the adaptation period by the majority of subjects.

Keywords: conditioned reflexes, dynamic stereotype, psycho-emotional state, keyboard layout, cognitive load, microstress, adaptation.

Введение

Рефлексы неотъемлемая часть жизни человека, на протяжении дня мы сталкиваемся с большим количеством условных рефлексов, даже не обращая на это внимание. Примером таковых рефлексов можно считать, использование столовых приборов, набирание текстовых сообщений, не видя расположения символов, автоматическое включение света при входе в комнату, закрытие двери на ключ при выходе из дома и многие другие.

Во время всех вышеперечисленных действий мы не задумываемся об их выполнении, по этой причине часто мы испытываем: стресс, страх, грусть и другие эмоции. Причиной этому становиться ошибка в запрограммированных действиях.

А что произойдёт если подкорректировать эти рефлексы, какие эмоции человек будет испытывать, как быстро он приспособиться, и нужна ли ему эта адаптация.

Объекты и методы исследования

Объект исследования: влияния изменения условных рефлексов на психику человека; предмет исследования: процесс разрушения динамического стереотипа и скорость адаптации моторных навыков человека при смене интерфейса ввода данных; методы исследования: проведение эксперимента, тестирование, интерпретация и обобщение полученных данных.

Результаты и их обсуждение

Результат полученных данных даст возможность изучить психофизиологическое состояние группы лиц при изменении безусловного рефлекса, а также даст ответ о среднем времени необходимого человеку чтобы привыкнуть к изменениям условных рефлексов.

В процессе исследования акцент был поставлен на изменение расположения букв в клавиатуре на телефоне. Была изменена раскладка, на

значительно отличающуюся от используемой в телефонах (qwerty). На рисунке 1 представлен пример внешнего вида раскладки клавиатуры.

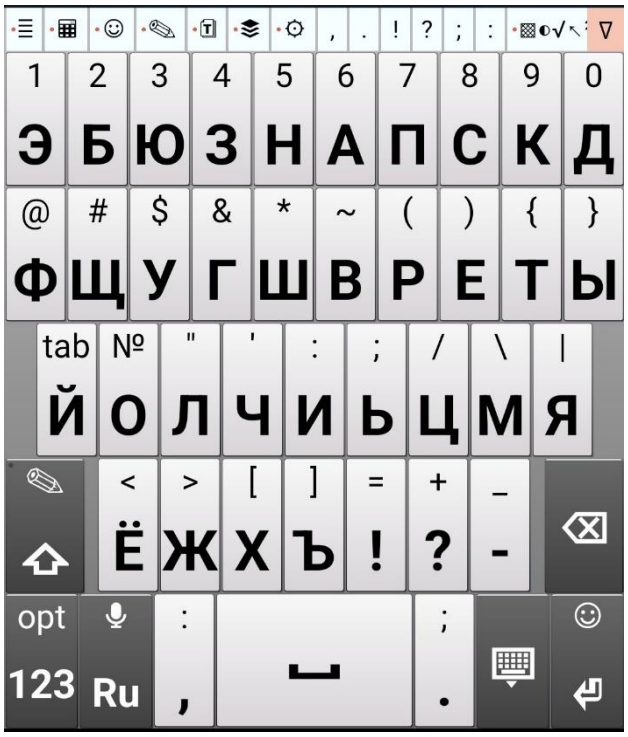


Рис 1. Пример раскладки клавиатуры.

Эксперимент был проведён на группе лиц, длительность эксперимента составила 3 дня, по окончанию каждого дня испытуемые переписывали заранее подготовленные текста. Целью этой проверки было выяснить, сколько необходимо времени испытуемым для частичного привыкания к клавиатуре.

По истечению эксперимента испытуемые имели такие результаты за каждый день. Ниже представлены результаты и текста что были написаны:

«Осенний сильный ветер срывает последние жёлтые листья с высоких берёз, устилая мокрую тропинку ярким шуршащим ковром. В старом тихом парке становится пусто, прохладно, а капли затяжного дождя медленно стучат по тёмным лужам.»

1 6:17

2 5:54

3 5:31

«Зима укрыла город пушистым снегом. Деревья стоят в серебре, а воздух звенит от мороза. Я иду по скрипящей тропинке, ловлю снежинки рукавицей и улыбаюсь: до чего же красиво вокруг, как в зимней сказке!»

1 4:52

2 5:21

3 4:56

«Утренний кофе наполняет комнату тёплым ароматом, пробуждая город от ночного сна. Солнечные лучи пробиваются сквозь жалюзи, рисуя светлые полосы на стене. Новый день начинается с чашки вдохновения, обещающей много ярких моментов и новых свершений.»

1 3:44

2 4:51

3 4:05

Выше представленные результаты доказывают, что за период проведения эксперимента испытуемые увеличили скорость печатанья. Это значит, что за время пользования клавиатурой, их рефлекторная память запомнила расположение тех или иных клавиш. Если изначально для написания текста им было необходимо искать каждую клавишу, то со временем и длительной практикой, они стали автоматически нажимать или держать палец в направлении где была нужная им клавиша.

После проведённого эксперимента был проведён опрос среди группы испытуемых. Ниже представлены вопросы и ответы.

Таблица 1.

Опрос испытуемых.

Вопрос	Испытуемый 1	Испытуемый 2	Испытуемый 3	Вывод
Как на вас повиляло изменение расположения клавиш на клавиатуре?	Я испытал когнитивный диссонанс, а в остальном все осталось как есть.	Было некомфортно.	Поначалу я испытывал гнев, потому что не мог быстро ответить.	Все испытуемые чувствовали негативные эмоции.
Хотели бы вы поменять раскладку на ту что использовали?	Я бы хотел вернуться к раскладке, которую использовал до смены.	Нет.	Нет, в жизни больше о ней не хотел бы вспоминать.	Единогласно все испытуемые отказались.
Проходив весь день с новой раскладкой, какие трудности вы испытали?	Сложно общаться в мессенджере, быстро реагировать на сообщения.	Трудности быстро ответить на какие то сообщения.	Было сложно быстро отвечать.	Все испытуемые отметили затруднение в быстром ответе собеседнику.
Вы стали сокращать слова или предложения во избежание лишней затраты времени?	Не всегда, но да, я, я сокращал. Не люблю это делать, но приходилось.	Нет.	Да, я местами сокращал слова. Нужно было быстро ответить.	Ответы испытуемых разделились, большая часть сокращала слова.
Были ли проблемы в адаптации к старой раскладке?	Нет, проблем к адаптации не было.	Первые минуты а потом все становилось нормально.	Нет, проблем не было.	Таким образом, преобладающая часть опрошенных не испытала трудностей при адаптации к прежней раскладке

По результатам опроса можно сделать вывод о том, что изменение раскладки клавиатуры также, как и попытка переучить другие рефлексы приводит к негативным ощущениям и дискомфорту, но несмотря на это, человек со временем адаптируется к новым условиям, не теряя опыт старых [2].

Рассмотрим варианты где можно использовать адаптацию других рефлексов или создание новых:

В медицине:

- Аверсивная терапия под аверсивной терапией понимают использование неприятных для пациента стимулов, для того чтобы снизить вероятность появления болезненного или опасного поведения. [3]
- БОС- терапия – это нефармакологический метод, который учит человека управлять физиологическими процессами своего организма, которые обычно считаются непроизвольными (например, частота сердечных сокращений, артериальное давление, мышечное напряжение, температура кожи, электрическая активность мозга). [4]

Маркетинг, реклама и продажи:

- Брендинг – Определённая музыка, цвета или слоганы вызывают у нас автоматическое желание купить товар (например, новогодний грузовик и песня «Праздник к нам приходит» прочно ассоциируются с Coca-Cola, вызывая предвкушение праздника).

Педагогика и воспитание:

- Школьный звонок – это чистый условный рефлекс. Он автоматически переключает внимание ребёнка с урока на отдых, уменьшая количество напряжения.
- Оценки, похвала или получение звёздочек формируют у детей привычку учиться и выполнять правила поведения.

Заключение

Смена раскладки клавиатуры представляет собой не просто техническую процедуру, а психофизиологическое событие, затрагивающее глубинные механизмы условно-рефлекторной деятельности. Сложившийся динамический стереотип, обеспечивающий лёгкость и автоматизм печати, при изменении раскладки вступает в конфликт с новыми сенсорными условиями.

Психика отвечает на это рассогласование ростом когнитивной нагрузки, снижением точности и скорости, ошибками и — в выраженных случаях — фрустрацией и стрессом, вплоть до формирования «синдрома смены клавиатуры».

Вместе с тем, пластичность нервной системы позволяет человеку адаптироваться к новым раскладкам и даже удерживать несколько двигательных программ одновременно. Исход перестройки зависит от силы нервной типологии, сходства раскладок, наличия практики и контекстных сигналов, запускающих нужный рефлекс. Понимание этих закономерностей имеет не только теоретическое, но и прикладное значение: оно позволяет оптимизировать процессы обучения, проектировать более дружественные интерфейсы и минимизировать психоэмоциональные издержки неизбежных технологических переходов.

Источники и литература / Sources and references:

1. Ахвердова, О. А. Нейропсихология / О. А. Ахвердова, К. С. Гюлушанян, М. Л. Есаян. Ставрополь : Изд-во Ставропольского гос. ун-та, 2009. 583 с.

2. Бондарь, Л. С. Типы высшей нервной деятельности человека: психофизиологическая и психологическая характеристика / Л. С. Бондарь, Е. Н. Рядинская, В. В. Волобуев // Приложение Международного научного журнала «Вестник психофизиологии». 2022. № 2–3. С. 7–11.

3. Корсакова, Н. К. К истории концепции А. Р. Лурии о трех структурно-функциональных блоках мозга человека / Н. К. Корсакова, И. Ф. Рощина // Медицинская психология в России. 2021. Т. 13, № 2. – С. 3.

4. Лурия, А. Р. Лекции по общей психологии / А. Р. Лурия. СПб. : Питер, 2006. 320 с.

5. Саваневский, Н. К. Система активации в структуре поведения / Н. К. Саваневский, Е. Н. Саваневская, Г. Е. Хомич. Брест : БрГУ, 2017. 20 с.

ПРОБЛЕМА ГУМАНИСТИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ (ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СИСТЕМЫ АНТОНА СЕМЁНОВИЧА МАКАРЕНКО (1888–1939). СУДЬБЫ ВЫПУСКНИКОВ)

Басов Я. С.

Кафедра клинической психологии

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

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

Аннотация. В исследовании рассматривается гуманистическая воспитательная система А. С. Макаренко, эффективность которой подтверждается судьбами воспитанников: из 3 000 беспризорных детей, прошедших через колонии и коммуны Макаренко, ни один не вернулся к преступной деятельности. Методами психолого-педагогического анализа литературных источников и обобщения воспоминаний воспитанников выделены ключевые приемы системы – воспитание в коллективе, игровая и трудовая деятельность, основанные на доверии и уважении к личности ребёнка. Результаты демонстрируют, что гуманистический подход Макаренко к перевоспитанию остается актуальным для современной педагогической теории и практики.

Ключевые слова: гуманистическое воспитание, педагогическая система А. С. Макаренко, воспитание в коллективе, трудовое воспитание, развитие личности, беспризорные дети.

THE PROBLEM OF HUMANISTIC EDUCATION (PSYCHOLOGICAL AND PEDAGOGICAL ANALYSIS OF THE SYSTEM OF ANTON SEMENOVICH MAKARENKO (1888–1939). THE FATES OF GRADUATES)

Basov Ya. S.
Department of Clinical Psychology
Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo
Scientific supervisor –Valiullina E. V.

Abstract. The study examines the humanistic educational system of A. S. Makarenko, whose effectiveness is confirmed by the fates of his students: out of 3,000 homeless children who passed through Makarenko's colonies and communes, none returned to criminal activity. Using methods of psychological and pedagogical analysis of literary sources and generalization of the students' memoirs, the key techniques of the system are identified – education in a collective, play-based and labor activities grounded in trust and respect for the child's personality. The results demonstrate that Makarenko's humanistic approach to re-education remains relevant for modern pedagogical theory and practice.

Keywords: humanistic education, pedagogical system of A. S. Makarenko, education in a collective, labor education, personality development, homeless children.

Введение

Выбор темы исследования объясняется тем, что проблема воспитания в современном обществе приобрела невероятную актуальность. Обращение к гуманистической теории А. С. Макаренко даёт ответ на многие вопросы, позволяет по-новому взглянуть на воспитательный процесс [4].

Произведения А. С. Макаренко переведены практически на все языки мира, а его главное произведение «Педагогическая поэма» (1935 г.) стоит в одном ряду с лучшими романами о воспитании Ж. Ж. Руссо, И. Гете, Л. Н. Толстого. В конце XX века ЮНЕСКО были названы имена четырех великих учителей, которые определили способ педагогического мышления XX века, это А. С. Макаренко, Д. Дьюи, М. Монтессори и Г. Кершенштейнер. Это свидетельствует о международном признании А. С. Макаренко [5].

Объекты и методы исследования

Цель исследования – выделить ключевые приемы воспитательной системы А. С. Макаренко. Методы: психолого-педагогический анализ литературных источников [3, 8, 11], анализ и обобщение полученных данных.

Результаты и их обсуждение

После революции и Гражданской войны в России насчитывалось около 7 млн беспризорных детей. 3 000 из них воспитывались у А. С. Макаренко. И ни один из них не вернулся на преступный путь, все заняли достойное место в обществе, некоторые из них продолжили дело своего учителя [10].

Еще до начала Великой Отечественной войны трое воспитанников колонии им. А. М. Горького заслужили боевые ордена [10]: Леонид Вацлавович Конисевич награждён орденом «Знак Почёта» как штурман, обеспечивший доставку груза в борющуюся против фашистов Испанию; Наум Леонидович Каплуновский получил медаль «За отвагу»; Николай Фролович Шершнёв был награждён орденом Красной Звезды за участие в разгроме японских агрессоров на Дальнем Востоке. Многие ученики А. С. Макаренко закончили военные училища, храбро сражались на полях Великой Отечественной войны [10].

Калабалин Семен Афанасьевич – самый известный воспитанник, продолжатель дела Макаренко [4; 8]. Он послужил прообразом для одного из главных персонажей «Педагогической поэмы» – Семена Карабанова. С. А.

Калабалин до войны и в тяжёлые послевоенные годы занимается воспитанием детей, в короткие сроки продолжая традицию своего наставника А. С. Макаренко: он добивается успеха там, где царил развал и разруха. В войну служил в военной разведке, выполнял особые задания. После выброски в тыл врага попал в плен, несколько раз пытался бежать; изобразив готовность сотрудничества с фашистами, был отобран в диверсионную группу, но после заброски в советский тыл убедил всю группу сдаться НКВД. В течение нескольких лет вёл «радиоигру» с целью дезинформации противника, в частности перед Курской битвой. В 1943 году С. А. Калабалин награждён орденом Отечественной войны II степени — награду вручил лично начальник «Смерша» В. С. Абакумов [8].

Леонид Вацлавович Конисевич – служба на флоте в течение 15 лет, война и параллельно — создание детского дома на Камчатке в селе Паратунка; это первое воспитательное учреждение, которое носило имя А. С. Макаренко [3]. Лев Михайлович Салько – прекрасный инженер по испытанию самолётов и планеров. Сергей Яковлевич Черкашин – бывший командир одного из отрядов коммуны им. Ф. Э. Дзержинского – служил в авиации на Кавказском и Северо-Кавказском фронтах, под Вильнюсом воевал вместе с французскими патриотами в полку «Нормандия – Неман» [10]. Павел Петрович Архангельский (Александр Задоров в «Педагогической поэме») – инженер-гидролог. Командир сапёрной роты на Волховском фронте. В 1942 г. был тяжело ранен; после госпиталя в 1943 г. гвардии капитан Архангельский командовал отдельным сапёрным батальоном Прибалтийского фронта.

День Победы П. П. Архангельский встретил дивизионным инженером 3-го Украинского фронта [10]. Иван Ткачук – актёр, в дни войны был направлен в театр Черноморского флота, награждён орденом «Красной Звезды» [8].

В чем же секрет воспитательной системы Макаренко? С точки зрения Антона Семёновича, нужно не просто воспитывать личность, а личность в коллективе, социальную личность. Формировать своего рода коллективную круговую поруку, чувство коллективной ответственности. Это воспитание коллективом [5]. С психологической точки зрения этот подход согласуется со стратометрической концепцией А. В. Петровского, согласно которой подлинный коллектив характеризуется деятельностно-опосредствованными межличностными отношениями, где ядром групповой структуры выступает совместная деятельность, порождающая ценностно-ориентационное единство участников, а не просто эмоциональные связи [7].

Большая роль уделялась воспитанию игрой как формой коллективной деятельности, которая раскрепощает человека, увлекает в мир фантазии, творчества, позволяет проявить себя: технические игры, конкурсы, театрально-творческие постановки, спортивные игры. С точки зрения Макаренко, игра способствует раскрытию и развитию личности ребенка [5]. С позиций возрастной психологии, как показал Д. Б. Эльконин, игра является ведущей деятельностью, в которой формируется мотивационно-потребностная сфера, развивается произвольность поведения и преодолевается познавательный эгоцентризм ребенка [9]. Огромную роль в процессе становления личности и коллектива играет труд. В колонии Макаренко воспитанники прошли сложный путь трудового воспитания – от обеспечения собственных нужд до создания собственного производства. Макаренко верил в пользу трудового воспитания ребенка. Труд, направленный на самообслуживание и самообеспечение, – низко мотивированный. Он был убеждён, что только труд по душе, а не только огородничество и неквалифицированная работа, способствует успешному перевоспитанию [6].

По Л. С. Выготскому, труд предполагает овладение процессами собственного поведения человека, что способствует развитию произвольности — одной из ключевых характеристик высших психических функций [2]. С 1928 до 1936 года Макаренко руководит трудовой коммуной им. Дзержинского и с нуля строит два завода по производству электромеханики и фотоаппаратов ФЭД. В производственных цехах дети осваивали сложные технологии, успешно работали и выдавали продукцию, пользующуюся огромным спросом. Многие колонисты впоследствии стали инженерами и разработчиками электромеханической продукции [6]. Как отмечала Л. И. Божович, формирование личности происходит именно в условиях общественно полезной деятельности, когда у ребёнка возникают социально значимые мотивы, способствующие становлению волевой саморегуляции и устойчивости личности [1].

Заключение

Самое главное – доверие и уважение! Игра, труд, коллективизм невозможны были бы без доверия и уважения. А. С. Макаренко никогда не знакомился с личным делом своего нового воспитанника. Он предпочитал начинать с чистого листа, отказывался видеть криминальное прошлое. Все воспитанники получали самую высокую характеристику, он видел в них положительное начало, творческий задел и перспективное будущее [4]. По его мнению, «человеческая личность… продолжала оставаться человеческой личностью со всей её сложностью, богатством и красотой» [5]. В этом и заключается гуманизм педагогической системы Макаренко.

Источники и литература / Sources and references:

1. Божович, Л. И. Личность и её формирование в детском возрасте / Л. И. Божович. СПб. : Питер, 2008. 400 с.

2. Выготский, Л. С. Мышление и труд / Л. С. Выготский // Культурно-историческая психология. 2023. Т. 19, № 3. С. 4–12.

3. Конисевич, Л. В. Нас воспитал Макаренко : записки коммунара / Л. В. Конисевич ; науч. ред. В. М. Опалихин. Челябинск : ИУУ, 1993. 331 с.2

4. Личностно-ориентированная педагогика А. С. Макаренко в воспоминаниях его воспитанников // КиберЛенинка. URL: https://cyberleninka.ru (дата обращения: 05.10.2026).

5. Макаренко, А. С. Методика организации воспитательного процесса / А. С. Макаренко // Педагогические сочинения : в 8 т. М. : Педагогика, 1983. Т. 1.

6. Макаренко, А. С. Проблемы школьного советского воспитания / А. С. Макаренко // О воспитании детей в семье. М. : Учпедгиз, 1955.

7. Петровский, А. В. Личность. Деятельность. Коллектив / А. В. Петровский. М. : Политиздат, 1982. 255 с.

8. Токарев, И. Д. Воспитанники А. С. Макаренко. Иван Токарев. Воспоминания / И. Д. Токарев ; науч. ред. В. М. Опалихин. Челябинск : Изд-во Челябинского ИРПО, 2013. 316 с.

9. Эльконин, Д. Б. Психология игры / Д. Б. Эльконин. 2-е изд. М. : Владос, 1999. 360 с.

10. Чубаров, Л. Воспитанники А. С. Макаренко в годы Великой Отечественной войны // Педагогический музей А. С. Макаренко. URL: https://makarenko-museum.ru (дата обращения: 05.10.2026).

11. Валиуллина, Е. В. Самооценка личности в молодом возрасте / Е. В. Валиуллина // Научный вестник Крыма. 2021. № 1 (30).

ПСИХИЧЕСКИЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ УПОТРЕБЛЕНИЕМ РАЗЛИЧНЫХ ГРУПП ПАВ

Даулбекова А., Жанболатова Д.
Кафедра психиатрии и наркологии
НАО «МУС», Республика Казахстан, г. Семей
Научный руководитель – А. А. Алмагамбетова

Аннотация. Психические и поведенческие расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ (ПАВ), представляют собой одну из наиболее значимых медико-социальных проблем современности. Цель настоящего исследования — систематизация и критический анализ современных данных о влиянии различных групп ПАВ на психическое здоровье, когнитивные функции и поведенческие нарушения. В работе рассмотрены последствия употребления алкоголя, стимуляторов, каннабиноидов, новых психоактивных веществ (NPS), а также полинаркотического употребления, влияние пренатальной экспозиции и социальных факторов. Показано, что развитие расстройств определяется взаимодействием нейробиологических механизмов и социально-психологических условий. Выявлены возрастные и половые различия, ключевые факторы риска и особенности течения расстройств. Подчёркивается необходимость комплексного биопсихосоциального подхода к профилактике и лечению.

Ключевые слова: психоактивные вещества, ПАВ, алкоголь, стимуляторы, каннабиноиды, новые психоактивные вещества (NPS), психические расстройства, поведенческие расстройства, когнитивные нарушения, полинаркотическое употребление, пренатальная экспозиция, возрастные и половые различия, комплексное лечение.

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

Daulbekova A., Zhanbolatova D.
Department of Psychiatry and Narcology
NAO «MUS», Republic of Kazakhstan, Semey
Scientific supervisor – A. A. Almagambetova

Abstract. Mental and behavioral disorders associated with the use of psychoactive substances (PAS) represent one of the most significant medical and social problems of modern times. The aim of this study is to systematize and critically analyze current data on the impact of different groups of PAS on mental health, cognitive functions, and behavioral disturbances. The paper examines the consequences of alcohol, stimulants, cannabinoids, new psychoactive substances (NPS), as well as poly-substance use, the influence of prenatal exposure, and social factors. It is shown that the development of disorders is determined by the interaction of neurobiological mechanisms and socio-psychological conditions. Age and sex differences, key risk factors, and specific features of disorder progression are identified. The necessity of a comprehensive biopsychosocial approach to prevention and treatment is emphasized.

Keywords: Psychoactive substances, PAS, alcohol, stimulants, cannabinoids, new psychoactive substances (NPS), mental disorders, behavioral disorders, cognitive impairments, poly-substance use, prenatal exposure, age and sex differences, comprehensive treatment.

Введение

Проблема психических и поведенческих расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ (ПАВ), сохраняет высокую актуальность из-за масштабов потребления, тяжести клинических проявлений и риска социальной дезадаптации. Расстройства формируются под влиянием

различных факторов: типа вещества, длительности употребления, возраста начала, генетической предрасположенности и социального окружения.

Алкоголь способен провоцировать когнитивные нарушения, депрессию и бредовые состояния, стимуляторы — тревожность, депрессивные симптомы и рискованное поведение, а новые психоактивные вещества (NPS) особенно популярны среди молодёжи и ассоциируются с полинаркотическим употреблением[8.].

Пандемия COVID-19 изменила структуру употребления ПАВ, увеличив частоту множественного употребления и связанных с этим психических расстройств. Особое внимание требует изучение долгосрочных последствий употребления ПАВ, включая когнитивные нарушения, аффективные расстройства и психотические состояния[1. 16. 18.].

Цель исследования — провести комплексный анализ современных научных данных о психических и поведенческих расстройствах, связанных с употреблением ПАВ, выявить ключевые закономерности и определить демографические, социальные и клинические особенности, а также направления комплексного лечения и профилактики.

Объекты и методы исследования

Объектом исследования являются пациенты с психическими и поведенческими расстройствами, вызванными употреблением психоактивных веществ (ПАВ) (F10–F19 по МКБ-10). Анализ основан на 20 источниках, включающих эпидемиологические данные, клинические наблюдения, стационарные исследования и данные онлайн-сообществ пользователей ПАВ.

Методы исследования включали:

Систематизацию госпитализационных данных (Бразилия, Казахстан, Европа).

Оценку частоты употребления различных групп ПАВ (алкоголь, стимуляторы, каннабиноиды, новые психоактивные вещества, опиоиды).

Анализ сопутствующих психиатрических расстройств (депрессия, тревожные расстройства, ADHD, шизофрения).

Сравнение демографических факторов (возраст, пол) и влияния внешних условий, включая пандемию COVID-19.

Контент-анализ публикаций и постов онлайн-сообществ для выявления психологических эффектов и социальных последствий употребления ПАВ.

Такой подход позволил комплексно оценить влияние ПАВ на психическое здоровье и выявить ключевые демографические, клинические и социальные закономерности, актуальные для разработки стратегий профилактики и лечения.

Результаты и их обсуждение

Результаты анализа показывают, что психические и поведенческие расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ (ПАВ), имеют многоуровневую и мультифакторную структуру.

Хроническое употребление алкоголя связано с развитием тяжёлых психотических расстройств, включая синдром Отелло. Патогенетической основой являются органические изменения головного мозга и нарушение нейромедиаторных систем, аналогичные механизмы частично характерны и для других ПАВ, что подтверждает универсальность нейробиологических процессов зависимости [7.].

Новые психоактивные вещества (NPS) преимущественно употребляются молодыми людьми и часто сочетаются с другими веществами, формируя полинаркотическое поведение, которое усиливает токсическое воздействие на центральную нервную систему и риск психических нарушений[8.].

Злоупотребление стимуляторами сопровождается выраженными когнитивными и аффективными нарушениями, включая депрессию,

тревожность и снижение мотивации. Наличие сопутствующих психических расстройств может как предшествовать употреблению ПАВ, так и усугубляться вследствие их влияния[2. 3. 13.].

Пандемия COVID-19 оказала значительное влияние на структуру употребления ПАВ, увеличив роль стрессовых факторов и социальной изоляции, что способствовало росту депрессии, тревожности и полинаркотического поведения[18.].

2. Демографические и социальные факторы

Половые различия: мужчины госпитализируются чаще (до 4,5 раза), у женщин отдельных возрастных групп наблюдается повышение риска, связанное с биопсихосоциальными факторами и культурной стигмой[1. 2. 5.].

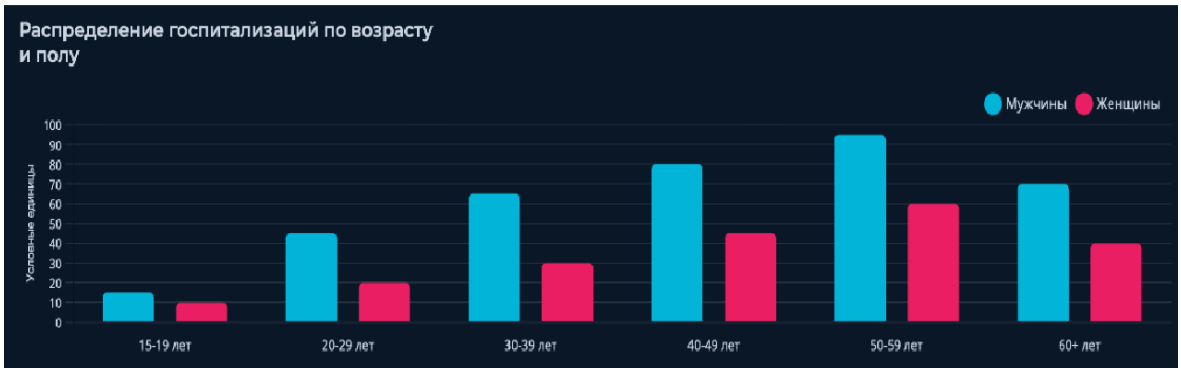


Рис.1. Возрастные различия: наибольший риск госпитализации среди 20–35 лет для NPS и стимуляторов, 30–39 лет и 50–59 лет для алкоголя[1. 8. 11. 14.].

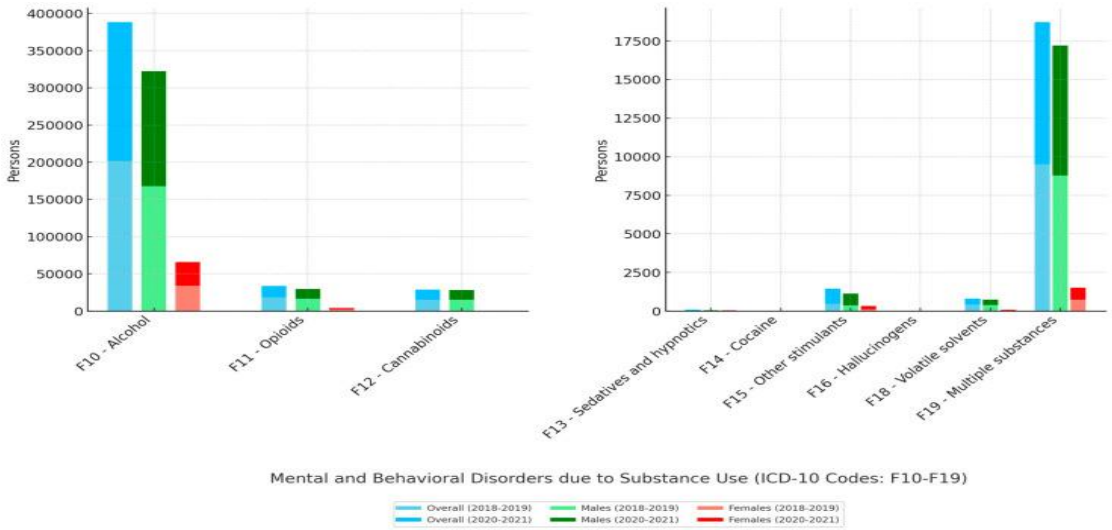
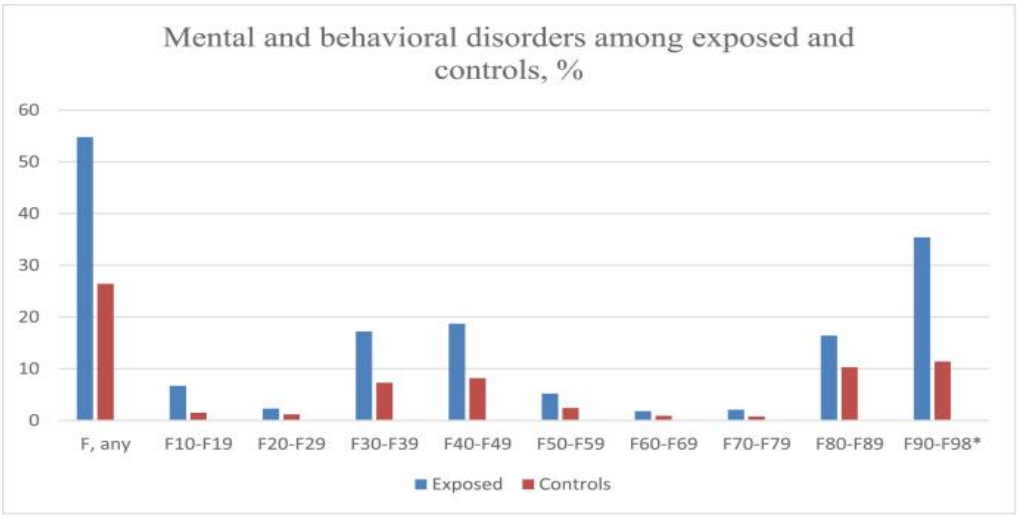


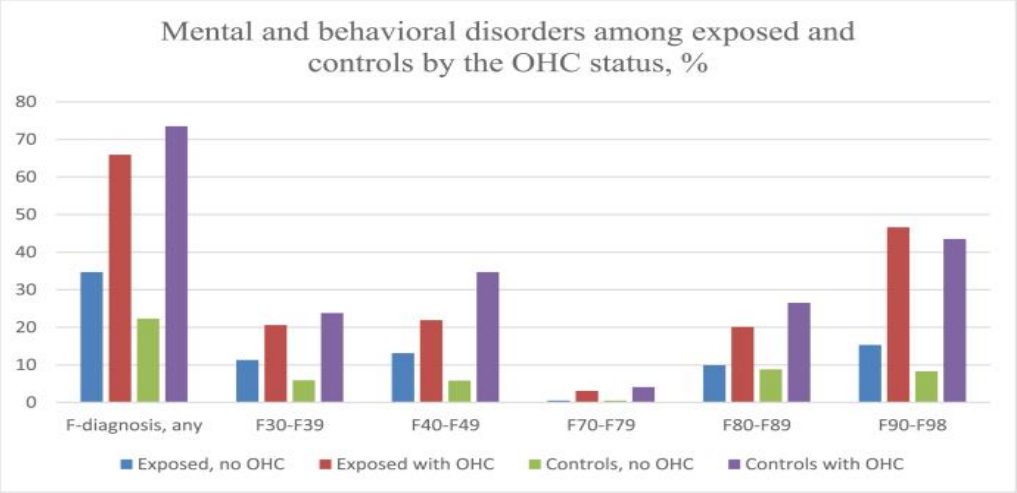
Рис.2. Пренатальное воздействие ПАВ повышает риск формирования психических расстройств в дальнейшем, особенно при неблагоприятных социальных условиях[9. 10. 12. 17.].



Standard errors (%): F, any, 2.0/1.0; F10-F19, 1.0/0.3; F20-F29, 0.6/0.3; F30-F39, 1.5/0.6; F40-F49, 1.6/0.6; F50-F59, 0.9/0.4; F60-F69, 0.5/0.2; F70-F79, 0.6/0.2; F80-F89, 1.5/0.7; F90-F98, 1.9/0.8.

Социальные факторы (изоляция, стресс, экономическая нестабильность) выступают не только триггерами начала употребления, но и факторами

хронизации расстройств[4. 6. 11. 14. 15. 19. 20.].



Standard errors (%): F, any, 3.2/2.4/1.0/3.7; F30-F39, 2.1/2.0/0.6/3.5; F40-F49, 2.3/2.1/0.6/3.9; F70-F79, 0.5/0.9/0.2/1.6; F80-F89, 2.0/2.0/0.7/3.7; F90-F98, 2.4/2.5/0.7/4.1.

3. Клинические проявления и коморбидность

Алкоголь: бредовые состояния, когнитивные нарушения, агрессия, риск суицида.

Стимуляторы: депрессия, тревожность, ADHD, снижение мотивации, синдром отмены.

NPS: рискованное поведение, частое полинаркотическое употребление, госпитализации через отделение неотложной помощи.

Полинаркотическое употребление: усугубляет депрессию, тревожность и когнитивные нарушения, усложняет диагностику и лечение, формируя атипичные клинические картины[2. 3. 5. 6. 7. 8. 11. 13. 14. 18. 20.].

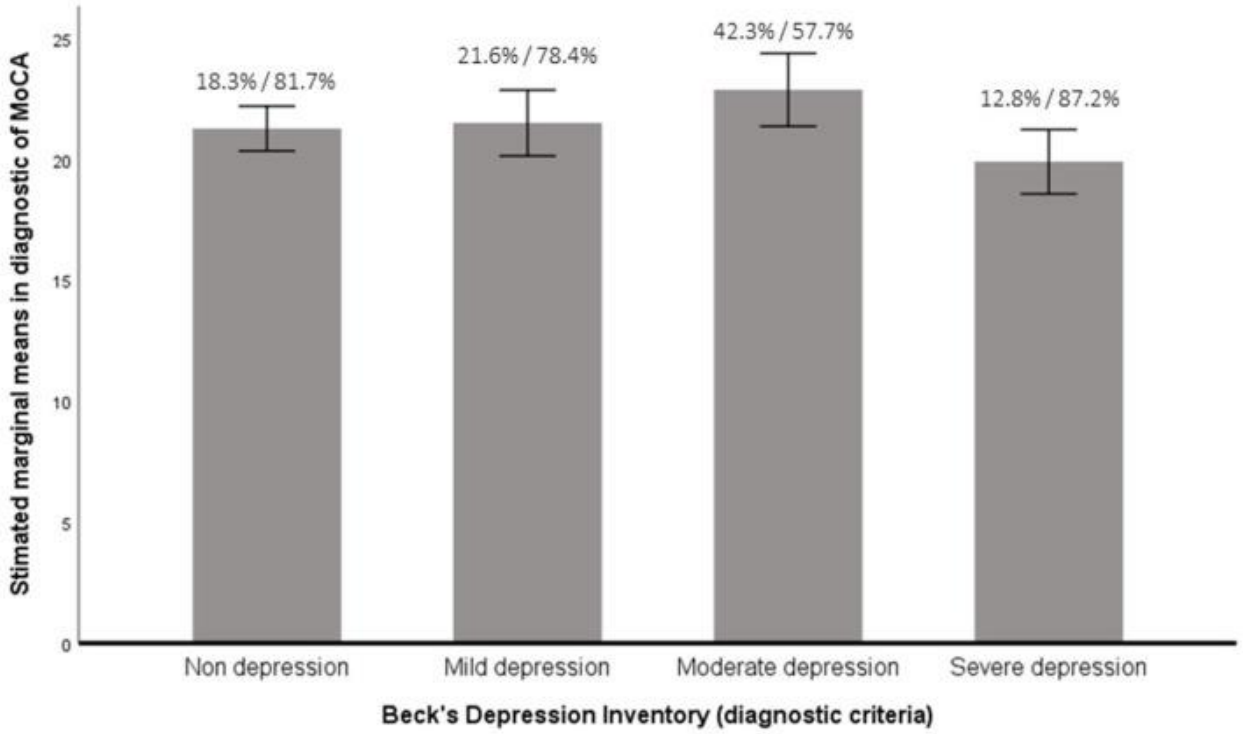


Рис. 5. Средние различия в уровне депрессии с учётом баллов когнитивных нарушений по шкале MoCA (Монреальская когнитивная оценка, баллы ниже 26 считаются когнитивными нарушениями).

Проценты в каждой колонке отражают распределение по диагностическим критериям: «нормальное когнитивное функционирование» против «когнитивные нарушения или ранняя деменция».

Коморбидные расстройства: 10–15% пациентов имеют сопутствующие психические заболевания (депрессия, тревожные расстройства, шизофрения, расстройства личности).

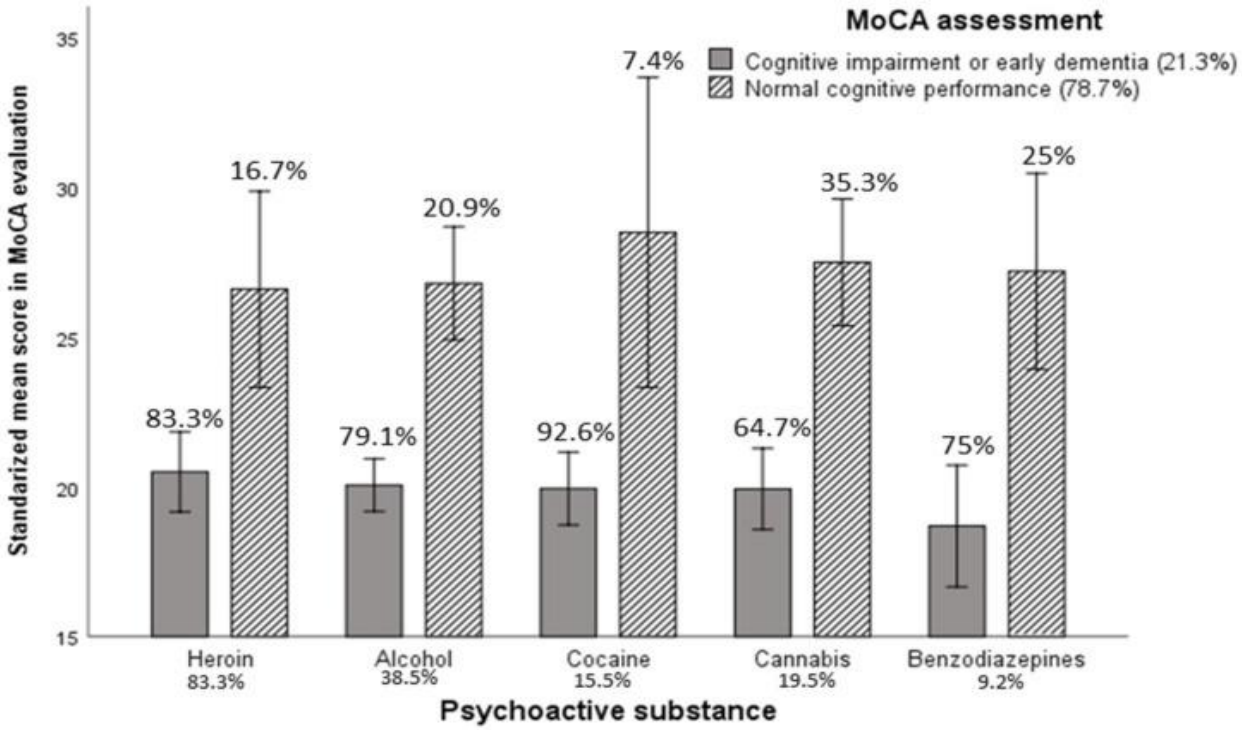


Рис.6. Средние баллы потребителей психоактивных веществ по классификации когнитивных нарушений на шкале MoCA (Монреальская когнитивная оценка).

Примечание: Баллы варьируются от 0 до 30: результаты **≥ 26** указывают на нормальное когнитивное функционирование, а результаты **< 26** — на лёгкие когнитивные нарушения или раннюю деменцию [13].

4. Нейробиологические механизмы формирования зависимости

Формирование зависимости связано с нарушением функционирования системы вознаграждения головного мозга, в основе которой лежит дофаминергическая передача. ПАВ стимулируют выброс дофамина, формируя патологическое подкрепление поведения.

Нарушения серотонинергической системы способствуют развитию депрессивных и тревожных расстройств.

Изменения в лобных отделах мозга снижают контроль поведения и увеличивают импульсивность.

Длительное употребление ПАВ вызывает нейропластические изменения, включая снижение когнитивных функций, нарушение памяти и внимания, а также изменение эмоциональной регуляции[3. 4. 7.].

5. Методы лечения и поддержка

Фармакотерапия: антипсихотики, селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС).

Психотерапия: когнитивная, поведенческая, индивидуальная и парная терапия.

Онлайн-поддержка: эффективна для мотивации, валидации эмоций и обмена опытом среди пользователей стимуляторов.

Превентивные меры: возрастные и половые специфические программы психиатрической помощи, ранняя идентификация риска и профилактика полинаркотического употребления [11.].

6. Ограничения исследования

Несмотря на широкий охват источников, имеются ограничения:

Разные методологии и выборки исследуемых работ затрудняют прямое сравнение результатов.

Недостаток долгосрочных исследований по новым психоактивным веществам снижает возможность оценки их отдалённых последствий.

Эти ограничения следует учитывать при интерпретации результатов и планировании дальнейших исследований.

Заключение

1. Психоактивные вещества (ПАВ) вызывают широкий спектр психических и поведенческих расстройств, от когнитивных нарушений до бреда, агрессии и суицидального поведения.

2. Алкоголь остаётся ключевым фактором развития тяжёлых психотических состояний, включая синдром Отелло, и органических изменений головного мозга.

3**.** Новые психоактивные вещества (NPS) и стимуляторы преимущественно употребляются молодыми людьми, часто в сочетании с другими веществами (полинаркотическое употребление), что повышает риск когнитивных, аффективных и психотических нарушений, а также формирует рискованное поведение.

4. Пандемия COVID-19 усилила распространённость расстройств, связанных с множественным употреблением ПАВ, стимулировала рост депрессии, тревожности и социальную изоляцию, что усугубило клинические проявления.

5**.** Демографические (возраст, пол), социальные (культурные и религиозные особенности) и биопсихологические факторы определяют профиль психических расстройств и характер госпитализаций. Мужчины чаще подвержены госпитализациям, женщины — реже, однако определённые возрастные группы женщин имеют повышенный риск психических нарушений.

6. Пренатальное воздействие ПАВ является важным фактором риска формирования психических расстройств в дальнейшем, особенно в неблагоприятных социальных условиях.

7. Формирование зависимости связано с нарушением нейробиологических механизмов:

Гиперактивацией системы вознаграждения головного мозга через дофаминергическую передачу;

Нарушением серотонинергической системы, влияющей на депрессию и тревожность;

Изменениями в лобных отделах мозга, ведущими к импульсивности и снижению контроля поведения;

Нейропластическими изменениями, включая снижение когнитивных функций, нарушение памяти и эмоциональной регуляции.

8. Эффективное лечение и профилактика требуют комплексного подхода: фармакотерапия (антипсихотики, селективные ингибиторы обратного захвата серотонина), психотерапия (когнитивная, поведенческая, индивидуальная и групповая), поддержка онлайн-сообществ, ранняя идентификация риска и возрастно-половая адаптация программ.

9. Практическая значимость работы заключается в возможности использования полученных данных для разработки персонализированных профилактических и лечебных программ, учитывающих нейробиологические, социальные и демографические особенности.

10. Перспективными направлениями дальнейших исследований являются:

Изучение долгосрочных последствий употребления новых психоактивных веществ;

Разработка персонализированных подходов к лечению зависимости с учётом нейробиологических и социальных факторов;

Анализ взаимодействия полинаркотического употребления с психиатрической коморбидностью и социальными детерминантами здоровья.

Источники и литература / Sources and references:

1. Akkuzinova K., Inoue K., Toleuov E., Moldagaliyev T., Seksenbayev N., Jamedinova U., Dyussupov A., Ospanova N. Differences in the rates of diagnoses of mental and behavioral disorders due to psychoactive substance use by sex and age during pre-pandemic and COVID-19 pandemic periods in Kazakhstan // Healthcare. 2024. Vol. 12, No. 20. P. 2012.

2. Afonso P. P. L., Afonso M. L., Barbosa G. R., Justo A. F. O. Hospitalization due to mental and behavioral disorders caused by use of alcohol and psychoactive substances among older adults and elderly people in Brazil: A cross-sectional study // São Paulo Med J. 2022. Vol. 140, No. 2. P. 229–236.

3. Altunina A. V. Features of formation and course of narcological disorder in patients with dual diagnosis: influence of psychoactive substances use // Biology and Integrative Medicine. 2025. No. 3 (75). P. 593–603. https://cyberleninka.ru/article/n/osobennosti-formirovaniya-i-techeniya-narkologicheskogo-zabolevaniya-u-patsientov-s-dvoynym-diagnozom-vliyanie-upotrebleniya

4. Barati M., Bandehelahi K., Nopasandasil T., Jormand H., Keshavarzi A. Quality of life and its related factors in women with substance use disorders referring to substance abuse treatment centers // BMC Womens Health. 2021. Vol. 21. P. 16.

5. Bardini L., Krüger A. R., Xavier G. M., Grando G. F., Michelon J., Nascimento L. F. A., et al. Mental and behavioral disorders associated with the use of psychoactive substances and alcohol: An epidemiological analysis in Southern Brazil // Healthcare. 2024. Vol. 12, No. 20. P. 2012.

6. Campos D. A. de, Alberti A., Camargo C. E. S., Mayer A. B., Oliveira Junior J. B., Schonmeier N. L. A., Lampert R., Kades G., Silva B. B. da, Leão G. M., Crivilim D. A. P., Soares B. H., Jesus J. A., Zavorski E. B., Souza R., Carvalho R. P. D., Vieira A. P. A., Kanan L. A., Cunha N. V. da. Suicide, Psychoactive Substances, and Homelessness: A Scoping Review // Brain Sci. 2025. Vol. 15, No. 6. P. 602.

7. Czerwiak K. Z., Cyrkler M., Drabik A., Soroka E. Dangerous intersection of alcoholism and Othello syndrome: A comprehensive review of delusional jealousy and treatment strategies // Med Sci Monit. 2024. Vol. 30. P. e945616.

8. Engelgardt P., Krzyżanowski M., Piotrowski P., Borkowska-Sztachańska M., Wasilewska A., Kowalkowski T. Characteristics of psychiatric

inpatients diagnosed with mental and behavioral disorders caused by psychoactive substances (F11–19 block), with a focus on NPS and psychiatric co-morbidities // Int J Occup Med Environ Health. 2020. Vol. 33, No. 2. P. 125–136.

9. Engelgardt P., Krzyżanowski M., Borkowska-Sztachańska M., Wasilewska A., Ciucias M. Life time use of illicit substances among adolescents and young people hospitalized in psychiatric hospital // Sci Rep. 2023. Vol. 13. P. 1866.

10. Galvão M. T. L., Santos M. V. D. R., Brito L. M., Evaristo T. A. O., Sousa E. L., Leitão J. N. A. C., Rocha A. S. Hospitalizations for mental and behavioral disorders due to alcohol and other psychoactive substance use among adolescents in Brazil, 2017–2022 // Epidemiol Serv Saude. 2024. Vol. 33. P. e20231110.

11. Kasson E., Filiatreau L. M., Davet K., Kaiser N., Sirko G., Bekele M., Cavazos-Rehg P. Examining symptoms of stimulant misuse and community support among members of a recovery-oriented online community // J Psychoactive Drugs. 2023. – Vol. 56, No. 3. P. 422–432. – https://doi.org/10.1080/02791072.2023.2228781

12. Koponen A. M., Nissinen N.-M., Gissler M., Autti-Rämö I., Sarkola T., Kahila H. Prenatal substance exposure, adverse childhood experiences and diagnosed mental and behavioral disorders: A longitudinal register-based matched cohort study in Finland // SSM Popul Health. 2020. Vol. 11. P. 100625.

13. Luque B., García V., Tabernero C. Depression and cognitive impairment in a Spanish sample of psychoactive substance users receiving mental health care // Healthcare. 2022. Vol. 10, No. 5. P. 887.

14. López Jaramillo A. M., Rangel Gómez M. G., Morales Chainé S., López Montoya A., Lira Chávez I. A., Cruz-Piñeiro R., The Network of Agencies and Promoters of the Ventanillas de Salud Mobile Health Units. Mental, neurological and substance use disorders among the Latino migrant population in the United States who visited the Health Windows and Mobile Health Units in 2021 // Front Public Health. 2023. Vol. 11. P. 959535.

15. Matsumoto T., Kawabata T., Okita K., Tanibuchi Y., Funada D., Murakami M., Usami T., Yokoyama R., Naruse N., Aikawa Y., Furukawa A., Komatsuzaki C., Hashimoto N., Fujita O., Umemoto A., Kagaya A., Shimane T. Risk factors for the onset of dependence and chronic psychosis due to cannabis use: Survey of patients with cannabis-related psychiatric disorders // Neuropsychopharmacol Rep. 2020. Vol. 40, No. 4. P. 332–341.

16. Pajor P. Psychiatry in the time of the pandemic: Is COVID-19 changing the discipline? // Postep Psychiatr Neurol. 2021. Vol. 30, No. 2. P. 113–121.

17. Peyrière H., Batisse A., Fouilhé Sam-Laï N., Daveluy A., Fournier-Choma C., Deheul S., Chevalier C., Lacroix C., Gibaja V., Aquizerate A., Pain S., Jouanjus E., Picot M.-C., Nogue E. Contribution of addictovigilance data to assess adverse events linked to psychoactive substances in children and adolescents // Br J Clin Pharmacol. 2025. Vol. 91, No. 10. P. 2957–2968.

18. Roberts A., Rogers J., Mason R., Siriwardena A. N., Hogue T., Whitley G. A., Law G. R. Alcohol and other substance use during the COVID-19 pandemic: a systematic review // Drug Alcohol Depend. 2021. Vol. 229. P. 109150.

19. Shiraly R., Jazayeri S. A., Seifaei A., Jeihooni A. K., Griffiths M. D. Suicidal thoughts and behaviors among untreated illicit substance users: a population-based study // Harm Reduct J. 2024. Vol. 21. P. 96.

20. Witt K., Chitty K. M., Wardhani R., Värnik A., de Leo D., Kõlves K. Effect of alcohol interventions on suicidal ideation and behaviour: A systematic review and meta-analysis // Meta-Analysis Drug Alcohol Depend. 2021. Vol. 226. P. 108885.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ОСОБЕННОСТЕЙ ТЕМПЕРАМЕНТА И ОТНОШЕНИЯ К ВЫБРАННОЙ ПРОФЕССИИ У СТУДЕНТОВ

Бахранова Р. Х., Мирзакулова М. М.
Национальный Университет Узбекистана,
Республика Узбекистан, г. Ташкент
Научный руководитель – Е. В. Бондарева

Аннотация. Цель статьи – на основе анализа отечественных и зарубежных психологических исследований раскрыть механизмы взаимосвязи особенностей темперамента и отношения студентов к выбранной профессии. В работе использованы методы теоретического анализа, сравнения и обобщения научной литературы по дифференциальной психофизиологии, психологии профессионального самоопределения и психологии мотивации. Обоснована модель, согласно которой свойства темперамента влияют на эмоциональный, мотивационный и когнитивный компоненты отношения к профессии главным образом через индивидуальный стиль учебно-профессиональной деятельности, а также составлена сравнительная характеристика ресурсов и трудностей студентов с разными типами темперамента. Полученные обобщения могут использоваться кураторами и психологическими службами вузов при индивидуальном сопровождении профессионального становления студентов.

Ключевые слова: темперамент, отношение к профессии, профессиональное самоопределение, индивидуальный стиль деятельности, удовлетворённость профессией, профессиональная мотивация, студенты.

THE RELATIONSHIP BETWEEN TEMPERAMENT CHARACTERISTICS AND ATTITUDE TOWARDS THE CHOSEN PROFESSION AMONG STUDENTS

Bakhranova R. Kh., Mirzakulova M. M.
National University of Uzbekistan, Tashkent
Scientific supervisor – Bondareva E. V.

Abstract. The aim of the article is to reveal, on the basis of an analysis of Russian and foreign psychological research, the mechanisms of the relationship between temperament characteristics and students' attitude towards their chosen profession. The methods of theoretical analysis, comparison and generalization of scientific literature on differential psychophysiology, the psychology of professional self-determination and the psychology of motivation were used. A model is substantiated according to which temperament properties influence the emotional, motivational and cognitive components of the attitude towards the profession mainly through the individual style of educational and professional activity, and a comparative description of the resources and difficulties of students with different temperament types is presented. The conclusions can be used by tutors and university psychological services to support students' professional development.

Keywords: temperament, attitude towards profession, professional self-determination, individual style of activity, professional satisfaction, professional motivation, students.

Введение

Период обучения в вузе является ключевым этапом профессионального становления личности. Именно в студенческие годы складывается устойчивое отношение к будущей профессии, которое во многом определяет успешность учебной деятельности, готовность к самостоятельной работе по специальности и удовлетворённость собственным выбором. Вместе с тем значительная часть студентов уже на младших курсах начинает сомневаться в правильности профессионального выбора, что проявляется в снижении учебной мотивации, формальном отношении к занятиям, а в ряде случаев – в отчислении или смене направления подготовки [2; 5].

Причины такого положения обычно связывают с внешними обстоятельствами: случайным выбором вуза, недостаточной профориентационной работой в школе, разочарованием в содержании обучения. Значительно реже учитываются индивидуально-психологические особенности самого студента, прежде всего темперамент – наиболее устойчивая, биологически обусловленная характеристика индивидуальности. Между тем именно темперамент задаёт динамику учебной работы, способ реагирования на нагрузки и неудачи, а значит, и то, как студент переживает своё профессиональное обучение.

Цель статьи – на основе анализа научной литературы раскрыть механизмы взаимосвязи особенностей темперамента и отношения студентов к выбранной профессии. Для её достижения решались следующие задачи: уточнить содержание понятий «темперамент» и «отношение к профессии»; выявить пути влияния свойств темперамента на компоненты отношения к профессии; составить сравнительную характеристику ресурсов и трудностей студентов с разными типами темперамента в учебно-профессиональной деятельности.

Объекты и методы исследования

Объектом исследования выступает отношение студентов к выбранной профессии, предметом – его взаимосвязь с особенностями темперамента. Работа носит теоретический характер. Использовались методы анализа, сравнения, систематизации и обобщения научной литературы по дифференциальной психофизиологии (Б. М. Теплов, В. Д. Небылицын, В. С. Мерлин, В. М. Русалов, Я. Стреляу, Г. Айзенк), психологии профессионального самоопределения (Е. А. Климов, Э. Ф. Зеер) и психологии мотивации (Е. П. Ильин, А. А. Реан), а также метод теоретического моделирования.

Результаты и их обсуждение

В отечественной психологии темперамент рассматривается как совокупность формально-динамических свойств психики, характеризующих скорость, интенсивность, темп и эмоциональную окраску протекания психических процессов и поведения [3; 9]. Исследования школы Б. М. Теплова и В. Д. Небылицына показали, что в основе темперамента лежат свойства нервной системы – сила, подвижность, уравновешенность, динамичность [7; 11]. Принципиально важен вывод о том, что свойства нервной системы не определяют содержание деятельности и уровень достижений, однако существенно влияют на способы её выполнения, «психологическую цену» результата и эмоциональное сопровождение работы [1; 11].

В. М. Русалов предложил рассматривать темперамент как систему формально-динамических свойств, проявляющихся в предметной деятельности и в общении: эргичность (выносливость), пластичность, темп и эмоциональность [9]. В зарубежной психологии наибольшее распространение получила модель Г. Айзенка, описывающая темперамент через измерения экстраверсии – интроверсии и нейротизма – эмоциональной стабильности; их сочетание соотносится с классическими типами – сангвиническим, холерическим, флегматическим и меланхолическим [12]. Я. Стреляу, развивая регулятивную теорию темперамента, показал, что каждый человек нуждается в определённом уровне стимуляции, и несоответствие требований деятельности этой потребности ведёт к хроническому напряжению и снижению удовлетворённости [10].

Понятие отношения к профессии

Отношение к профессии является интегративным образованием, отражающим субъективную значимость избранной специальности для личности. В нём традиционно выделяют три компонента: эмоциональный

(удовлетворённость профессией, переживание учёбы как интересной или тягостной), мотивационный (система мотивов выбора профессии и обучения – внутренних, внешних положительных и внешних отрицательных) и когнитивный (представления о содержании, требованиях и перспективах профессии) [4; 8]. Е. А. Климов подчёркивает, что профессиональное самоопределение не завершается в момент поступления в вуз, а продолжается на протяжении всего обучения, поэтому отношение к профессии у студента динамично и может как укрепляться, так и ослабевать [5]. Э. Ф. Зеер рассматривает первые курсы как стадию профессиональной подготовки, на которой возможен кризис учебно-профессиональной ориентации, связанный с расхождением ожиданий и реальности обучения [2].

Механизм взаимосвязи. Обобщение рассмотренных подходов позволяет утверждать, что темперамент не определяет отношение к профессии напрямую и однозначно. Его влияние опосредуется индивидуальным стилем деятельности – устойчивой системой приёмов, с помощью которых человек приспосабливает требования деятельности к своим природным особенностям [6]. Если студенту удаётся выработать адекватный стиль, учебная деятельность переживается как посильная и успешная, что укрепляет удовлетворённость профессией и внутреннюю мотивацию. Если же требования обучения постоянно вступают в противоречие с особенностями темперамента, растёт напряжение, снижается переживание успеха и формируется противоречивое отношение к профессии. Предлагаемая модель взаимосвязи темперамента и отношения к выбранной профессии представлена на рисунке 1.

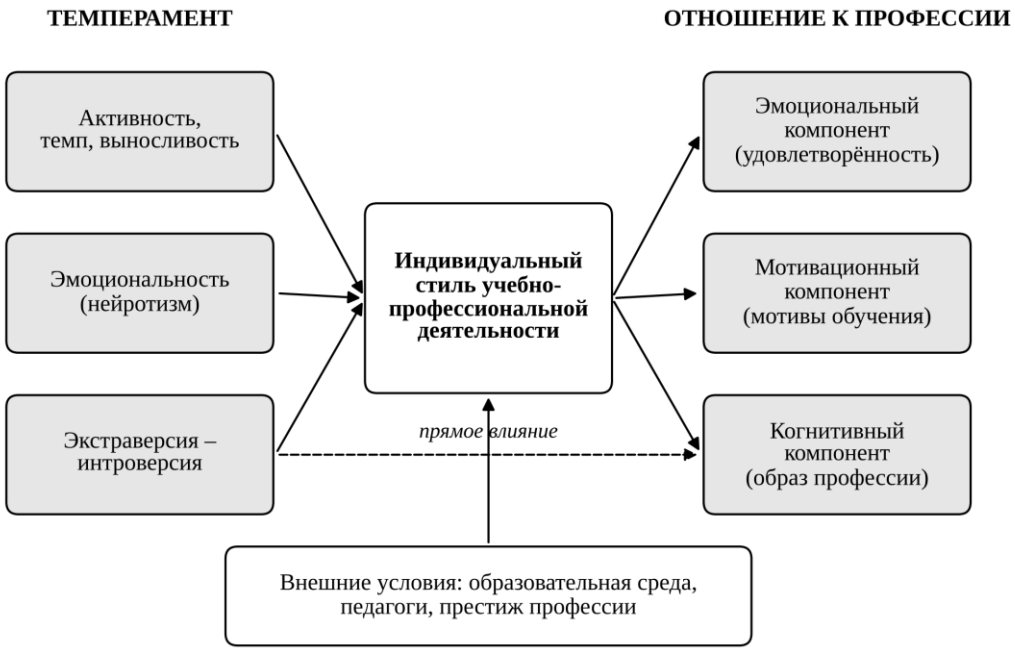


Рис. 1. - Модель взаимосвязи свойств темперамента и компонентов отношения к профессии

Как видно из рисунка 1, основная линия влияния проходит через индивидуальный стиль учебно-профессиональной деятельности, который складывается под действием как свойств темперамента, так и внешних условий обучения. Наряду с этим возможно и прямое влияние темперамента на отношение к профессии, прежде всего через эмоциональность: по данным Е. П. Ильина, высокая эмоциональная неустойчивость сопровождается повышенной тревожностью, склонностью к пессимистической оценке своих возможностей и большей подверженностью мотивации избегания неудачи [3; 4]. Это означает, что студент с высоким нейротизмом может переживать сомнения в выборе профессии не из-за её содержания, а вследствие общей эмоциональной реакции на трудности.

Особенности разных типов темперамента. Систематизация данных литературы позволила составить сравнительную характеристику студентов с

разными типами темперамента с точки зрения их ресурсов и трудностей в учебно-профессиональной деятельности (таблица 1).

Таблица 1

Ресурсы и трудности студентов с разными типами темперамента в формировании отношения к профессии

Тип темперамента	Характерные свойства	Ресурсы для позитивного отношения к профессии	Возможные трудности и риски
Сангвиник	Экстраверсия, эмоциональная устойчивость, подвижность, общительность	Быстрая адаптация к новым условиям, лёгкость в общении с преподавателями и группой, оптимистичное отношение к трудностям	Поверхностность интересов, снижение мотивации при монотонной работе, частая смена увлечений
Холерик	Экстраверсия, эмоциональная неустойчивость, высокая активность, импульсивность	Энергичность, инициативность, увлечённость интересными задачами, готовность к лидерству	Резкие колебания интереса к профессии, конфликтность, нетерпимость к рутине, риск эмоционального истощения
Флегматик	Интроверсия, эмоциональная устойчивость, низкий темп, уравновешенность	Систематичность, усидчивость, основательность знаний, устойчивость сложившегося отношения к профессии	Медленное включение в новую деятельность, трудности при дефиците времени и в публичных выступлениях
Меланхолик	Интроверсия, эмоциональная неустойчивость, высокая чувствительность	Глубина переживаний, тщательность, эмпатия, ответственность	Высокая тревожность, неуверенность в своих силах, склонность

			сомневаться в правильности выбора профессии

Данные таблицы 1 показывают, что каждый тип темперамента обладает как ресурсами, так и ограничениями для формирования позитивного отношения к профессии. Наиболее благоприятные условия, по-видимому, складываются у эмоционально устойчивых студентов – сангвиников и флегматиков: уравновешенность нервной системы позволяет им легче справляться с учебными нагрузками и не воспринимать отдельные неудачи как угрозу правильности профессионального выбора. При этом у сангвиников позитивное отношение складывается быстро, но может быть неустойчивым, а у флегматиков оно формируется медленнее, но отличается большей стабильностью.

Холерики и меланхолики, отличающиеся эмоциональной неустойчивостью, составляют группу, требующую особого внимания. У холериков отношение к профессии во многом зависит от того, насколько интересны и динамичны учебные задачи; однообразная работа быстро снижает их увлечённость. Для меланхоликов характерно наиболее противоречивое отношение к профессии: высокая тревожность и самокритичность нередко порождают сомнения в своём выборе, хотя сам по себе этот тип темперамента не препятствует успешному овладению профессией и даже даёт преимущества в видах деятельности, требующих тщательности и эмпатии [1; 3].

Важно подчеркнуть, что «хороших» и «плохих» для профессии темпераментов не существует. В соответствии с концепцией индивидуального стиля деятельности человек с любым типом темперамента способен успешно освоить профессию, если выработает способы действий, опирающиеся на сильные стороны и компенсирующие слабые [6]. Следовательно, задача вуза – не отбор студентов по темпераменту, а помощь в формировании

индивидуального стиля учебной деятельности и поддержка тех, для кого профессиональное обучение сопряжено с повышенной эмоциональной нагрузкой.

Заключение

Проведённый теоретический анализ позволил сделать следующие выводы. Во-первых, темперамент как система формально-динамических свойств не определяет содержание отношения к профессии, но влияет на то, как студент переживает процесс профессионального обучения. Во-вторых, это влияние в основном опосредуется индивидуальным стилем учебно-профессиональной деятельности; прямое влияние наиболее выражено для эмоциональности (нейротизма), которая связана с тревожностью и мотивацией избегания неудачи. В-третьих, эмоционально устойчивые студенты (сангвиники и флегматики) обладают более благоприятными предпосылками для формирования позитивного отношения к профессии, тогда как эмоционально неустойчивые студенты (холерики и меланхолики) чаще нуждаются в психологической поддержке.

Практическое значение работы состоит в том, что её выводы могут использоваться психологическими службами вузов, кураторами и преподавателями: при организации адаптации первокурсников, проведении тренингов эмоциональной саморегуляции и консультаций по профессиональному самоопределению. Перспективой исследования является эмпирическая проверка предложенной модели на выборке студентов разных направлений подготовки.

Источники и литература / Sources and references:

1. Голубева Э. А. Способности и индивидуальность. М.: Прометей, 1993. 306 с.

2. Зеер Э. Ф. Психология профессий: учебное пособие для студентов вузов. – 3-е изд. – М.: Академический проект; Екатеринбург: Деловая книга, 2003. 336 с.

3. Ильин Е. П. Дифференциальная психофизиология. 2-е изд. СПб: Питер, 2001. 464 с.

4. Ильин Е. П. Мотивация и мотивы. СПб: Питер, 2002. 512 с.

5. Климов Е. А. Психология профессионального самоопределения: учебное пособие. – М.: Академия, 2004. 304 с.

6. Мерлин В. С. Очерк интегрального исследования индивидуальности. – М.: Педагогика, 1986. 256 с.

7. Небылицын В. Д. Основные свойства нервной системы человека. – М.: Просвещение, 1966. 383 с.

8. Реан А. А., Бордовская Н. В., Розум С. И. Психология и педагогика. – СПб: Питер, 2002. 432 с.

9. Русалов В. М. Темперамент в структуре индивидуальности человека: дифференциально-психофизиологические и психологические исследования. – М.: Институт психологии РАН, 2012. 528 с.

10. Стреляу Я. Роль темперамента в психическом развитии / пер. с польск. М.: Прогресс, 1982. 231 с.

11. Теплов Б. М. Избранные труды: в 2 т. Т. 2. М.: Педагогика, 1985. 360 с.

12. Eysenck H. J., Eysenck S. B. G. Manual of the Eysenck Personality Inventory. London : University of London Press, 1964. 24 p.

ВЛИЯНИЕ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНОГО ФОНА НА ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМИ РЕСПИРАТОРНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

Башкиров Е. С.
Кафедра психиатрии и наркологии
ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Россия, г. Кемерово
Научный руководитель - А.С. Яковлев

Аннотация. В статье представлены результаты исследования взаимосвязи тревожно-депрессивных расстройств и приверженности к лечению у пациентов с острыми респираторными инфекциями (ОРВИ) в амбулаторной практике. Обследовано 48 пациентов в возрасте от 18 до 63 лет. Установлено, что у 15% пациентов выявлен субклинический и клинический уровень тревоги, у 6% — депрессии. Показано, что низкая приверженность к терапии ассоциирована с наличием депрессивной симптоматики. Полученные данные обосновывают необходимость скрининга психоэмоционального статуса на амбулаторном приеме.

Ключевые слова: тревога, депрессия, приверженность лечению, острые респираторные инфекции, амбулаторная практика, психологический скрининг.

THE INFLUENCE OF ANXIETY AND DEPRESSIVE BACKGROUND ON TREATMENT ADHERENCE IN PATIENTS WITH ACUTE RESPIRATORY INFECTIONS IN OUTPATIENT PRACTICE

Bashkirov E. S.
Department of Psychiatry and Narcology
Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo
Scientific supervisor – Yakovlev A.S.

Abstract. The article presents the results of a study of the relationship between anxiety-depressive disorders and adherence to treatment in patients with acute respiratory infections (ARI) in outpatient practice. 48 patients aged 18 to 63 years were examined. It was found that 15% of patients had subclinical and clinical levels of anxiety, and 6% had depression. It is shown that low adherence to therapy is associated with the presence of depressive symptoms. The obtained data justify the need for screening of psycho-emotional status at outpatient appointments.

Keywords: anxiety, depression, treatment adherence, acute respiratory infections, outpatient practice, psychological screening.

Введение

В структуре амбулаторной заболеваемости острые респираторные инфекции (ОРВИ) занимают лидирующее место. Ежегодно в мире регистрируются миллионы случаев ОРВИ, гриппа и новой коронавирусной инфекции (COVID-19). Эффективность терапии данных заболеваний зависит не только от правильно подобранной фармакотерапии, но и от приверженности пациента лечению (комплаентности). Под приверженностью понимается степень соответствия поведения пациента рекомендациям врача относительно приема лекарственных препаратов, соблюдения режима и диеты. По данным современных исследований, низкая приверженность терапии является серьезной проблемой общественного здравоохранения. В амбулаторной практике до 50% пациентов не соблюдают врачебные предписания в полном объеме [2, С. 35]. Это приводит к затяжному течению инфекционного процесса, развитию осложнений, увеличению сроков временной нетрудоспособности и дополнительным экономическим затратам. Одним из ключевых, но часто недооцениваемых факторов, влияющих на комплаентность, является психоэмоциональное состояние пациента. Острые респираторные инфекции, сопровождающиеся

лихорадкой и интоксикацией, могут выступать триггером для развития тревожной и депрессивной симптоматики [6, С. 1290]. Тревога и депрессия, в свою очередь, могут нарушать когнитивную оценку пациентом своего состояния, снижать мотивацию к выполнению рекомендаций и приводить к отказу от терапии. Однако в условиях ограниченного времени приема врача-терапевта в поликлинике скрининг психоэмоциональных нарушений у данной категории пациентов проводится крайне редко.

Цель исследования — выявить взаимосвязь между уровнем тревожно-депрессивных расстройств и приверженностью к лечению у пациентов с острыми респираторными инфекциями в амбулаторной практике.

Объекты и методы исследования

Исследование проводилось на базе КККД Территориальной поликлиники в период с 15.09.26 по 17.10.26. Дизайн исследования — одномоментное поперечное (кросс-секционное) аналитическое исследование. В исследовании приняли участие 48 пациентов (22 женщины и 26 мужчин) в возрасте от 18 до 63 лет (средний возраст — 32 года), обратившихся за медицинской помощью с клиникой острой респираторной инфекции (верифицированный диагноз ОРВИ). Критериями включения являлись: возраст от 18 до 65 лет, наличие информированного согласия, установленный диагноз ОРВИ. Критерии исключения: наличие тяжелых декомпенсированных хронических заболеваний, отказ от участия.

Для реализации поставленной цели использовались следующие методы: Клинико-анамнестический метод: сбор жалоб, анамнеза болезни (день болезни, наличие и уровень лихорадки), оценка общего состояния.

Психологическое тестирование: для оценки уровня тревоги и депрессии использовалась Госпитальная шкала тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS) [10, С. 361]. Шкала состоит из 14 вопросов, разделенных

на две субшкалы: «Тревога» (вопросы 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13) и «Депрессия» (вопросы 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14). Каждому утверждению соответствуют 4 варианта ответа, отражающие степень выраженности симптома. Сумма баллов по каждой субшкале варьирует от 0 до 21. Интерпретация: 0–7 баллов — норма; 8–10 баллов — субклинически выраженная тревога/депрессия; 11 баллов и более — клинически выраженная тревога/депрессия. Оценка приверженности к лечению: проводилась с помощью адаптированного опросника Мориски-Грина, включающего 4 вопроса («ДА/НЕТ»), оценивающих соблюдение пациентом режима приема препаратов и выполнения врачебных рекомендаций. Количество ответов «ДА» суммировалось: 3–4 ответа «ДА» — высокая приверженность; 2 ответа — средняя; 0–1 ответ — низкая приверженность.

Статистические методы: обработка данных проводилась с использованием программ Microsoft Excel и статистического пакета. Для описания количественных признаков использовались средние значения (M) и стандартные отклонения. Для оценки связи между признаками применялся коэффициент корреляции Спирмена. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение

На первом этапе исследования была проведена оценка психоэмоционального статуса пациентов с острой респираторной инфекцией по шкале HADS. Распределение пациентов по уровням тревоги и депрессии представлено в таблице 1.

Как видно из таблицы 1, у большинства обследованных пациентов (85,4% по шкале тревоги и 93,7% по шкале депрессии) показатели находились в пределах нормы. Однако у 14,6% пациентов была выявлена субклинически или клинически выраженная тревога, а у 6,3% — депрессивная симптоматика. Это указывает на то, что острый инфекционный процесс и связанная с ним

интоксикация могут способствовать развитию психоэмоционального неблагополучия даже у пациентов без отягощенного психиатрического анамнеза.

Таблица 1

Распределение пациентов по уровням тревоги и депрессии (по шкале HADS, n=48)

Уровень выраженности (баллы)	Тревога, абсолютное значение (%)	Депрессия, абсолютное значение (%)
Норма (0–7)	41 (85,4%)	45 (93,7%)
Субклинический (8–10)	4 (8,3%)	2 (4,2%)
Клинический (≥ 11)	3 (6,3%)	1 (2,1%)

Далее была проанализирована структура приверженности к лечению (Таблица 2).

Таблица 2

Распределение пациентов по уровню приверженности к лечению (n=48)

Уровень приверженности	Количество пациентов, абсолютное значение (%)
Высокая (3–4 балла)	35 (72,9%)
Средняя (2 балла)	8 (16,7%)
Низкая (0–1 балл)	5 (10,4%)

Установлено, что большинство пациентов (72,9%) продемонстрировали высокую приверженность лечению. Однако практически каждый четвертый пациент (27,1%) либо частично, либо полностью игнорировал врачебные рекомендации. Данный факт требует пристального внимания, так как именно эта группа пациентов находится в зоне риска развития осложнений. Для проверки

основной гипотезы исследования был проведен корреляционный анализ связи между показателями тревоги, депрессии и уровнем приверженности.

Обсуждение

В ходе анализа данных были выявлены следующие закономерности. У пациентов с низкой приверженностью (0–1 балл) средний балл по шкале депрессии составил 2,4, тогда как у пациентов с высокой приверженностью этот показатель был значимо ниже (в среднем 1,1 балла). Это подтверждает гипотезу о том, что даже легкие депрессивные проявления (вялость, апатия, снижение интереса) могут влиять на желание пациента следовать назначениям врача [1, С. 795]. Показатели тревоги распределились несколько иначе: наиболее высокие баллы тревоги (10–11 баллов) наблюдались у пациентов с средней приверженностью. Это может объясняться тем, что тревожные пациенты часто склонны к гиперконтролю, они покупают все назначенные препараты, но могут нарушать схему приема из-за мнительности или поиска «лучшего» средства. Также в ходе исследования была отмечена тенденция: пациенты с более высоким подъемом температуры тела (38°С и выше) демонстрировали более высокие баллы по шкале тревоги ($r = 0,34$; $p < 0,05$). Острые респираторные инфекции, протекающие с лихорадкой, субъективно воспринимаются пациентами как более тяжелые, что закономерно повышает уровень ситуативной тревоги. Полученные данные согласуются с результатами других исследований, указывающих на двунаправленную связь соматического и психического здоровья. С одной стороны, тревожно-депрессивные состояния снижают комплаентность, с другой — отсутствие эффекта от лечения или затяжное течение болезни усугубляют психологический дискомфорт [4, С. 6].

Заключение

У пациентов с острыми респираторными инфекциями в амбулаторной практике в 14,6% случаев выявляется субклинически или клинически

выраженная тревога, а в 6,3% случаев — депрессивная симптоматика, что свидетельствует о необходимости учета психоэмоционального статуса при оценке их общего состояния. Высокая приверженность к лечению зафиксирована у 72,9% пациентов. Однако каждый четвертый пациент (27,1%) демонстрирует сниженную комплаентность, что создает предпосылки для неблагоприятного течения заболевания и развития осложнений. Выявлена взаимосвязь между уровнем депрессивных проявлений и приверженностью к терапии: пациенты с низкой приверженностью имеют более высокие средние баллы по шкале депрессии ($p < 0,05$). Уровень тревоги также влияет на поведение пациента, но эта связь менее линейна и требует дальнейшего изучения. Наличие лихорадки (температура тела выше 38°C) ассоциировано с повышением уровня ситуативной тревоги у пациентов с ОРИ.

Практическая значимость. Результаты исследования обосновывают целесообразность внедрения краткого скрининга психоэмоционального статуса (например, шкалы HADS) в практику врача-терапевта поликлиники. Пациенты с выявленными депрессивными симптомами и сниженной приверженностью требуют особого внимания: им может быть рекомендована консультация медицинского психолога, а также предоставление более подробных письменных инструкций по приему препаратов.

Источники и литература / Sources and references:

1. Андрющенко, А. В. Психические расстройства при соматических заболеваниях / А. В. Андрющенко, Н. В. Дробижев // Психиатрия : национальное руководство / под ред. Ю. А. Александровского, Н. Г. Незнанова. 2-е изд., перераб. и доп. Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. С. 789–812.

2. Белова, О. В. Влияние тревожно-депрессивных расстройств на приверженность к лечению у больных с хроническими заболеваниями / О. В. Белова // Клиническая медицина. 2019. Т. 97, № 4. С. 35–41.

3. Гурович, И. Я. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии / И. Я. Гурович, А. Б. Шмуклер, Я. А. Сторожакова. 2-е изд. Москва: Медпрактика-М, 2007. 491 с.

4. Краснов, В. Н. Психиатрическая помощь при чрезвычайных ситуациях и массовых бедствиях / В. Н. Краснов // Психиатрия и психофармакотерапия. 2021. Т. 23, № 2. С. 4–9.

5. Незнанов, Н. Г. Клиническая психология в системе здравоохранения / Н. Г. Незнанов, Е. А. Абриталин. Санкт-Петербург : СпецЛит, 2020. 28 с.

6. Олюшин, В. Е. Тревожно-депрессивные расстройства у пациентов с острой респираторной инфекцией / В. Е. Олюшин // Терапевтический архив. 2022. Т. 94, № 11. С. 1289–1294.

7. Самойлов, А. С. Госпитальная шкала тревоги и депрессии как инструмент скрининга в амбулаторной практике / А. С. Самойлов // Российский медицинский журнал. 2019. № 3. С. 22–26.

8. Соловьева, С. Л. Психология здоровья: современные подходы и методы диагностики / С. Л. Соловьева. Москва : Инфра-М, 2021. 210 с.

9. Чутко, Л. С. Тревожные расстройства в клинической практике / Л. С. Чутко. Москва : МЕДпресс-информ, 2019. 192 с.

10. Zigmond, A. S. The Hospital Anxiety and Depression Scale / A. S. Zigmond, R. P. Snaith // Acta Psychiatrica Scandinavica. 1983. Vol. 67, No. 6. P. 361–370.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ПАТОФИЗИОЛОГИИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

Белошапкин В. А.

Кафедра психиатрии и наркологии

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Научный руководитель – А. А. Яковлева

Аннотация. В работе представлен обзор современных научных данных об этиологии и патофизиологии суицидального поведения. Проанализированы генетические и эпигенетические маркеры, нейровизуализационные и нейрофизиологические корреляты суицидального риска, а также нарушения нейротрансмиттерных систем. Рассмотрена роль нейровоспаления, иммунных и гормональных нарушений. Обоснована перспективность мультиомных подходов и микроРНК для создания персонализированных алгоритмов оценки суицидального риска.

Ключевые слова: суицидальное поведение, подростковый возраст, эпигенетика, этиопатогенез, биомаркеры.

MODERN CONCEPTS OF THE PATHOPHYSIOLOGY OF SUICIDAL BEHAVIOR IN ADOLESCENCE

Beloshapkin V.A.
Department of Psychiatry and Narcology
Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo
Scientific supervisor - Yakovleva A.A.

Abstract. The paper presents an overview of current scientific data on the etiology and pathophysiology of suicidal behavior in adolescents over the past 5 years. Genetic and epigenetic markers, neuroimaging and neurophysiological correlates of suicidal risk, as well as disorders of neurotransmitter systems, have been analyzed. The role of neuroinflammation, immune and hormonal disorders. The potential of multi-omic approaches and microRNAs for developing personalized algorithms for assessing suicide risk has been substantiated.

Keywords: suicidal behavior, adolescence, epigenetics, etiopathogenesis, biomarkers.

Введение

Суицидальное поведение подростков является острейшей проблемой общественного здравоохранения. По данным статистики Всемирной организации здравоохранения число завершенных суицидов в мире достигает 700 тыс. ежегодно [16].

В Российской Федерации за период 2019-2023 гг. зафиксированы следующие показатели смертности несовершеннолетних вследствие суицида (средние значения на 100 тыс. населения): 2019 г. – 372 случая (1,231), 2020 г. – 311 (1,02), 2021 г. – 375 (1,24), 2022 г. – 289 (0,955), 2023 г. – 371 (1,23), при этом отмечается значительная региональная вариабельность [18].

Чаще всего суицидальные идеи возникают в возрасте от 12 до 17 лет, и более трети подростков с суицидальными мыслями совершают попытки самоубийства в течение 1-2 лет.

Предикторами суицидального риска выступают психические нарушения, прежде всего аффективные и тревожные расстройства [13, 20];
их сочетание повышает вероятность суицидальных действий на 35% [10].

Повышенный риск суицида также наблюдается при биполярном аффективном расстройстве, синдроме дефицита внимания и гиперактивности, расстройствах поведения и злоупотреблении психоактивными веществами [1].

Перечисленные заболевания характеризуются сложным этиопатогенезом, который включает в себя генетические, нейробиологические и социально-психологические компоненты. На данный момент особый интерес исследователей направлен на поиск объективных биомаркеров психических расстройств. Внедрение идентифицированных маркеров в клиническую практику открывает возможности для углубленного понимания механизмов заболевания, динамического контроля за эффективностью терапии и разработки новых фармакологических стратегий.

Объекты и методы исследования

Объектом исследования выступают современные научные данные об этиологии и патофизиологии суицидального поведения подростков.

Проведен обзор научной литературы в базах данных PubMed, Scopus, Web of Science и Российском индексе научного цитирования за период с 2020 по 2025 годы. Поиск осуществлялся по ключевым словам: «суицидальное поведение», «подростковый возраст», «эпигенетика», «этиопатогенез», «биомаркеры», «suicidal behavior», «adolescence», «epigenetics», «etiopathogenesis», «biomarkers». Поиск осуществлялся на английском и русском языках с использованием синонимов ключевых слов. Критериями включения были публикации, описывающие этиологию и патогенез суицидального поведения в подростковом возрасте.

Результаты и их обсуждение

1. Генетические и эпигенетические биомаркеры.

Изучение однояйцевых и разнояйцевых близнецов позволяет оценить, насколько то или иное поведение обусловлено наследственностью. Согласно таким исследованиям, генетический вклад в суицидальное поведение составляет от 30 до 55%. Примечательно, что этот эффект сохраняется даже если убрать влияние наследственной предрасположенности к психическим расстройствам — то есть склонность к суициду отчасти является самостоятельной генетической чертой.

Основное внимание исследователей приковано к генам, связанным с работой серотониновой системы — одного из ключевых нейромедиаторов настроения и импульсивности. Наиболее убедительные данные получены для генов триптофангидроксилазы (TPH1 и TPH2). Эти гены кодируют фермент, который участвует в синтезе серотонина и мелатонина. Их полиморфизмы (вариации в ДНК) демонстрируют устойчивую связь с суицидальным

поведением. Противоречивые данные — по генам серотониновых рецепторов (5-HT1A, 5-HT1B, 5-HT2A) и транспортера серотонина (HTTLPR). Здесь результаты разных исследований расходятся: одни находят связь, другие — нет. Неясная роль — у гена BDNF (нейротрофический фактор мозга), который отвечает за рост и выживание нервных клеток. Его влияние на суицидальный риск пока не подтверждено однозначно.

Однако по генам, связанным со стрессом, картина более ясная. Есть убедительные доказательства, что полиморфизмы генов глюкокортикоидных и минералокортикоидных рецепторов влияют на то, как гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковая ось (главная стрессовая система) реагирует на стресс. Это напрямую связывает биологические реакции на стресс с суицидальным поведением.

Отдельные исследования выявили связь между суицидальным риском и полиморфизмами генов провоспалительных цитокинов — молекул, участвующих в иммунном ответе. Речь идёт о генах TNF-α и IL-6. Это согласуется с идеей, что воспаление может влиять на мозг и поведение. [19]

Полногеномные исследования ассоциаций (GWAS) — это метод, который сканирует всю ДНК в поиске участков, связанных с изучаемым признаком. Такие исследования позволили идентифицировать несколько генетических локусов (участков хромосом), потенциально связанных с суицидальным риском. Среди них — как межгенные регионы (участки между генами), так и конкретные гены: DRD2 (дофаминовый рецептор), SLC6A9 (транспортер глицина), FURIN, NLGN1, SOX5, PDE4B, CACNG2. [4]

Несмотря на прогресс, практическая значимость этих находок ограничена сложностью генетического ландшафта психических заболеваний. На текущий момент отсутствуют моноспецифичные «гены суицида»; речь идет о полигенных конструкциях, где множественные полиморфизмы вступают в сложные

взаимодействия со средовыми факторами. В связи с этим перспективное понимание этиологии требует интеграции не только генетического профиля, но и эпигенетических механизмов, обеспечивающих пластичность клеточного ответа на внешние стимулы.

2. Нейровизуализационные маркеры.

Данные магнитно-резонансной томографии (МРТ) свидетельствуют о структурных изменениях головного мозга у лиц с суицидальным поведением, включая уменьшение объема серого и белого вещества в префронтальной коре, орбитофронтальной коре, левой угловой извилине, правом полушарии мозжечка, ретикулярной формации, лентикулярном ядре, островковой доле, гиппокампе, прямой извилине, верхней височной извилине, хвостатом ядре и мозолистом теле. Предполагается, что данные морфологические отклонения составляют субстрат для формирования когнитивных искажений, проявляющихся гиперфиксацией внимания на негативных аспектах значимых событий.

В отношении серотонинергической системы сохраняется дискуссионность вопроса, однако зафиксировано повышение связывающей способности 5-HT1A-рецепторов в вентролатеральной префронтальной коре и дорсальных ядрах шва, причем выраженность данного показателя коррелирует с интенсивностью суицидальных мыслей.

У подростковой группы было обнаружено снижение объема серого вещества в области орбитофронтальной коры, которая отвечает за регуляцию эмоций и импульсов у склонных к суициду подростков с расстройствами настроения, шизофренией и пограничным расстройством личности. Данный факт подтверждает связь эмоционально-импульсивной дисрегуляции с суицидальным поведением. У подростков с большим депрессивным расстройством, совершавших суицидальные попытки, выявлено уменьшение объема серого вещества в правой верхней височной извилине – области,

критически важной для обработки социальных эмоций. Кроме того, суицидальное поведение в этой возрастной группе сопряжено со снижением объема серого вещества в префронтальной коре и гиперактивацией миндалевидного тела в ответ на негативные стимулы [11].

В одной из работ была предложена патофизиологическая модель подростковой суицидальности, опирающаяся на конструкты эмоциональной боли и социальной изоляции. В рамках этой модели ключевая роль отводится двум нейронным цепям: цепи эмоциональной боли (мозжечок, миндалевидное тело, гиппокамп) и цепи социальной изоляции (латеральная орбитофронтальная кора, височные извилины и их взаимосвязь) [14].

Функциональная МРТ выявила у подростков с депрессией и суицидальными мыслями повышенный уровень Glx (глутамат + глутамин) в передней поясной коре по сравнению с депрессивными подростками без суицидальных мыслей, а также сниженное соотношение N-ацетиласпартата к Glx (NAA/Glx). При этом обнаружена значимая корреляция между выраженностью изменений в передней поясной коре и тяжестью суицидальных мыслей. ROC-анализ подтвердил диагностический потенциал данных показателей. Эти результаты согласуются с гипотезой о «глутаматном дисбалансе» как одном из патогенетических механизмов суицидального поведения. [9]

3. Нейрофизиологические маркеры.

Современные нейрофизиологические исследования выявляют устойчивые паттерны изменений электроэнцефалографической активности у лиц с суицидальным поведением.

У молодых людей обнаружено усиление тета-ритма (волны частотой 4–7 Гц) в передних отделах мозга (лобно-центральная область). Причём чем сильнее суицидальные мысли, тем выраженнее этот показатель, и это не зависит от

уровня тревоги или депрессии. Кроме того, у пациентов с психическими расстройствами, уже совершавших попытки суицида, отмечается усиление дельта-ритма (1–4 Гц) в тех же зонах — возможно, это мозг пытается компенсировать сбои в контроле эмоций и поведения.

Одновременно у депрессивных пациентов с суицидальными наклонностями повышается активность альфа-ритма (8–12 Гц) в задних отделах коры. А вот высокочастотные ритмы — бета (13–30 Гц) и гамма (30–45 Гц) — в лобных зонах, наоборот, ослаблены, и нарушается их взаимодействие между собой.

Всё это говорит о том, что при суицидальном поведении страдают связи между лобными и глубинными структурами мозга, нарушается работа правого и левого полушарий согласованно, и сбивается тонкая высокочастотная настройка нервной системы. [12]

У подростков с депрессией, которые недавно пытались покончить с собой, по сравнению с теми, кто только думает о суициде, наблюдается повышенная синхронизация (когерентность) волн в правой лобной области сразу в нескольких диапазонах — дельта-, альфа- и бета-ритмах. Это может отражать тот момент, когда мозг перестраивается от мыслей к действиям. [19]

4. Нейрохимические, иммунологические и воспалительные биомаркеры.

В основе суицидального поведения, согласно современным представлениям, лежит комплекс нарушений, затрагивающих как минимум три взаимосвязанные системы: обмен триптофана по кинурениновому пути, баланс моноаминовых нейромедиаторов и реактивность гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковй (ГГН) оси.

Многочисленные исследования подтверждают, что при суицидальном поведении страдает серотониновая передача сигналов в мозге. Анализ тканей

умерших пациентов показывает заметное снижение плотности серотониновых переносчиков (SERT) в префронтальной коре — это особенно выражено у тех, кто страдал большим депрессивным расстройством.

Аналогичные изменения видны и на периферии. У пациентов с биполярным расстройством, имевших суицидальные попытки, уровень серотонина в тромбоцитах достоверно ниже, чем у пациентов без таких попыток. Причём самый сильный дефицит обнаруживался у тех, кто совершал попытки с высоким риском летального исхода. Это говорит о том, что степень серотонинового дефицита может отражать тяжесть суицидального поведения. [19]

Исследования обмена веществ показали, что у пациентов с депрессией, совершавших суицидальные попытки, снижена концентрация триптофана (исходного вещества для синтеза серотонина) по сравнению с теми, у кого попыток не было. Одновременно у них активирован альтернативный путь переработки триптофана (кинурениновый) и повышен уровень кортизола — гормона стресса.

Это указывает на то, что снижение доступности триптофана может служить периферическим маркером суицидального риска у пациентов с аффективными расстройствами.

Важный клинический парадокс: селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (широко применяемые антидепрессанты) не всегда предотвращают суициды. Это говорит о том, что механизмы суицидальности не сводятся к простому дефициту серотонина. Вероятно, в патогенез вовлечены множество нейробиологических систем. Поэтому лечение должно быть более персонализированным и учитывать индивидуальные особенности работы серотониновой системы у каждого пациента.

При исследовании плазмы крови пациентов с высоким суицидальным

риском обнаруживаются и другие изменения. Например, повышенные уровни белков TSP-2 (тромбоспондин-2) и С-реактивного белка сохраняются в течение месяца после попытки суицида. А вот снижение серотонина коррелирует именно с наличием суицидальных мыслей в текущий момент. При этом TSP-1 и PDGF-AB (тромбоцитарный фактор роста) оказались предикторами (предвестниками) самого суицидального поведения. [8]

Эти данные наводят на мысль, что суицидальные мысли и суицидальные действия могут иметь разные биологические основы.

Согласно обобщающим данным, повышенные уровни маркеров воспаления — IL-6, TNF-α и С-реактивного белка — связаны с ростом риска суицидального поведения в разных группах пациентов, независимо от их основного психиатрического диагноза. [2]

Эти молекулы способны влиять на работу нейромедиаторов, на процессы пластичности мозга и на реакцию на стресс. [5]

Особый интерес вызывают простые анализы крови, такие как:

- соотношение нейтрофилов к лимфоцитам (NLR),
- соотношение моноцитов к лимфоцитам (MLR),
- соотношение тромбоцитов к лимфоцитам (PLR).

Из них NLR показывает наиболее убедительную связь с суицидальным поведением. Этот показатель прост в получении и может быть полезен в клинической практике: например, у госпитализированных пациентов с депрессией его повышение коррелирует с недавними суицидальными попытками. [15]

У подростков, совершивших суицид, выявлено повышение плотности и активности серотониновых рецепторов 5-HT1A. Примечательно, что эти изменения сохраняются даже у тех, у кого не было диагностированной депрессии. Это позволяет рассматривать данный показатель как относительно

специфический маркер суицидального риска, не привязанный исключительно к депрессивному состоянию.

В целом для подростков с аффективными расстройствами и повышенной суицидальной уязвимостью характерен определённый нейробиологический профиль: снижение количества серотониновых переносчиков (SERT) в сочетании с увеличением плотности рецепторов 5-HT1A и 5-HT2A. Такое соотношение создаёт благоприятную почву для суицидального поведения.

В одном из исследований был выделен комплекс биологических показателей, характерных для подростков с депрессией и высоким суицидальным риском. Этот профиль включает:

1. Повышенную активность фермента IDO (индоламин-2,3-диоксигеназы) — косвенный показатель активации воспалительного пути. Определяется как соотношение кинуренина (KYN) к триптофану (TRP): чем выше это соотношение, тем активнее идёт воспалительный процесс, отвлекающий триптофан от синтеза серотонина.

2. Повышенную активность фермента KMO (кинуренин-3-монооксигеназы) — оценивается по соотношению 3-гидроксикинуренина (HK) к кинуренину (KYN). Этот показатель отражает усиление одного из ответвлений кинуренинового пути, которое может приводить к образованию нейротоксичных веществ.

3. Повышенные концентрации провоспалительных цитокинов — ИЛ-1β, ИЛ-10 и ФНО-α. Эти молекулы участвуют в иммунном ответе и, при их избытке, способны влиять на работу мозга, усиливая депрессивные и суицидальные тенденции. [17]

5. Взаимосвязь гипоталамо-гипофизарно-надпочениковой оси с серотониной системой.

Гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковая (ГГН) ось — это главная

стрессовая система организма. Она работает через выброс кортизола («гормона стресса») и в норме регулируется механизмом отрицательной обратной связи: чем больше кортизола, тем слабее стимуляция его дальнейшего выброса. Однако при хроническом стрессе или депрессии эта система может выйти из-под контроля, и тогда развивается её гиперактивация — один из самых устойчивых биологических признаков большого депрессивного расстройства.

А вот связь между активностью ГГН-оси и суицидальным поведением остаётся дискуссионной. Одни исследования не находят различий в базовом уровне кортизола у людей с суицидальными попытками и без них. Другие, напротив, показывают чёткую связь между гиперактивацией ГГН-оси и кратковременными суицидальными мыслями. Обобщающие данные (метаанализы) свидетельствуют, что у людей с суицидальными тенденциями утренний уровень кортизола достоверно выше, чем у здоровых людей и даже пациентов с психическими расстройствами без суицидальных мыслей [6].

Позднейшие исследования подтвердили это: у пациентов с депрессией и суицидальным поведением уровень кортизола значительно повышен [7].

Очень важно, что ГГН-ось и серотониновая система работают не изолированно. Кортикостероиды (гормоны стресса) могут изменять активность серотониновых рецепторов 5-HT1A. Это создаёт нейробиологическую связь между стрессом, эмоциональной нестабильностью и суицидальным риском. Такое взаимодействие наблюдается как у пациентов с аффективными расстройствами, так и у людей с суицидальными наклонностями без явного психиатрического диагноза.

В итоге у людей с суицидальным поведением страдают сразу две системы: серотониновая и стрессовая. Клинически это проявляется: нарушением эмоционального контроля, негативным восприятием себя и мира, импульсивной агрессией, трудностями в решении проблем, болезненной реакцией на

негативные социальные сигналы, интенсивной эмоциональной болью. Всё это вместе и создаёт предпосылки для суицидальных действий. [19]

6. Комплексные мультиомные подходы.

Современная наука всё чаще рассматривает суицидальное поведение не как результат одной причины, а как сложное явление, в котором переплетаются наследственность и влияние окружающей среды. Чтобы разобраться в этом, исследователи обращаются к мультиомному анализу — подходу, который объединяет данные сразу с нескольких биологических «уровней»:

- геномика — изучает структуру ДНК и наследственные варианты,
- транскриптомика — показывает, какие гены активны в данный момент (какие РНК производятся),
- эпигеномика — изучает химические модификации ДНК (например, метилирование), которые меняют активность генов без изменения самой последовательности ДНК,
- протеомика — исследует белки, которые производятся в клетках.

Такой комплексный подход особенно важен именно для суицидальности, потому что здесь генетическая предрасположенность и жизненные события действуют не по отдельности, а вместе, усиливая и модифицируя друг друга.

Boldrini с соавторами (2024) считают, что наиболее продуктивным направлением будет сочетание двух подходов: масштабных геномных исследований (поиск наследственных вариантов, связанных с суицидальным риском) и прецизионного клеточно-специфического анализа — изучение того, какие именно гены работают в конкретных типах клеток мозга, а также анализ паттернов метилирования ДНК (эпигенетических меток).

Авторы подчёркивают, что для этого необходимы международные консорциумы — объединения учёных из разных стран, которые бы систематически собирали и всесторонне исследовали ткани мозга умерших

людей (постмортальный материал). Это позволит выявить глубинные механизмы суицидальности и найти новые мишени для лекарственной терапии. [2]

Пока что мультиомные биомаркеры не применяются в обычной клинической практике — это дело будущего. Однако уже сейчас есть обнадёживающие примеры того, как интеграция разных уровней данных работает в исследованиях.

Например, метаанализ показал, что сочетание данных GWAS (полногеномных исследований ассоциаций), информации о метилировании ДНК и профилей экспрессии генов в тканях мозга действительно даёт ценную информацию, которую невозможно получить при использовании каждого метода по отдельности. [3]

Наибольшие надежды учёные связывают с концепцией многопараметрических биомаркерных панелей — то есть наборов показателей, которые включают одновременно: генетические маркеры, биохимические показатели (например, уровень серотонина, кортизола, воспалительных молекул), данные нейровизуализации (например, МРТ-изменения в структурах мозга). Такой комплексный подход ляжет в основу точных прогностических моделей — алгоритмов, которые смогут оценивать индивидуальный риск суицидального поведения. А это, в свою очередь, откроет новые возможности для персонализированной профилактики и лечения, когда терапия подбирается индивидуально под биологический профиль конкретного человека.

Заключение

Комплексный анализ биомаркерного профиля суицидального поведения подтверждает его многокомпонентную природу, которая включат в себя генетические, нейробиологические и социальные факторы. В области генетических исследований фиксируются умеренные ассоциативные связи с

полиморфными вариантами генов серотониновой системы и стресс-регулирующих каскадов, однако интерпретация этих данных требует корректировки с учетом эпигенетических механизмов. Нейровизуализационные методы обнаруживают структурные и функциональные изменения в пределах префронтально-лимбических сетей, при этом особое внимание привлекает глутаматергический дисбаланс.

Нейрофизиологические маркеры свидетельствуют о нарушении функционирования фронто-стриарных цепей, а биохимический профиль отражает изменения моноаминовых систем и активацию воспалительных механизмов. Эндокринные исследования акцентируют роль гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси в реакции на стресс. Наиболее многообещающим вектором развития представляется создание мультиомных предиктивных моделей, однако текущие данные не позволяют выделить специфические диагностические маркеры из-за гетерогенности феномена. Дальнейшие исследования должны быть направлены на валидацию биомаркеров в лонгитюдных когортах и разработку персонализированных алгоритмов оценки риска.

Источники и литература / Sources and references:

1. Amuk, O. C. Comorbid Anxiety Increases Suicidal Risk in Bipolar Depression: Analysis of 9720 Adolescent Inpatients / O. C. Amuk, R. S. Patel // Behavioral Sciences. 2020. Vol. 10, No. 7. P. 108.

2. Baldini, V. Inflammatory markers and suicidal behavior: A comprehensive review of emerging evidence / V. Baldini, M. Gnazzo, G. Varallo [et al.] // Annals of General Psychiatry. 2025. Vol. 24. P. 36.

3. Boldrini, M. Omics Approaches to Investigate the Pathogenesis of Suicide / M. Boldrini [et al.] // Biological Psychiatry. 2024. Vol. 96, No. 12. P. 919–928.

4. Docherty, A. R. GWAS meta-analysis of suicide attempt: identification of 12 genome-wide significant loci and implication of genetic risks for specific health factors / A. R. Docherty [et al.] // American Journal of Psychiatry. 2023. Vol. 180, No. 10. P. 723–738.

5. Donegan, J. J. Suicide and Inflammation / J. J. Donegan, C. B. Nemeroff // Advances in Experimental Medicine and Biology. 2023. Vol. 1411. P. 379–404.

6. Hernández-Díaz, Y. The role of peripheral cortisol levels in suicide behavior: A systematic review and meta-analysis of 30 studies / Y. Hernández-Díaz, T. B. González-Castro, C. A. Tovilla-Zárate [et al.] // Psychiatry Research. 2020. — Vol. 293. P. 113448.

7. Jiang, Z. Cortisol levels and depression suicide risk: a combined exploration of meta-analysis and case-control study / Z. Jiang, L. Dong, Y. Zhang [et al.] // Frontiers in Psychiatry. 2025. Vol. 16. P. 1563819.

8. Lengvenyte, A. Associations of potential plasma biomarkers with suicide attempt history, current suicidal ideation and subsequent suicidal events in patients with depression: A discovery study / A. Lengvenyte, R. Belzeaux, E. Olié [et al.] // Brain, Behavior, and Immunity. 2023. Vol. 114. P. 242–254.

9. Lewis, C. P. Altered anterior cingulate glutamatergic metabolism in depressed adolescents with current suicidal ideation / C. P. Lewis, J. D. Port, C. J. Blacker [et al.] // Translational Psychiatry. 2020. Vol. 10, No. 1. P. 119.

10. Mathialagan, K. Comorbid Anxiety and Suicidal Behaviors in American Adolescents With Major Depression / K. Mathialagan, O. C. Ceren Amuk, N. Eskander, R. S. Patel // Cureus. 2020. Vol. 12, No. 6. P. e8598.

11. Mürner-Lavanchy, I. The quest for a biological phenotype of adolescent non-suicidal self-injury: a machine-learning approach / I. Mürner-Lavanchy, J. Koenig, C. Reichl [et al.] // Translational Psychiatry. 2024. Vol. 14. . 56.

12. Ozger, C. Evidence for Altered Electroencephalography Coherence in Depressed Adolescents with Suicidal Ideation and Behaviors / C. Ozger, S. Chumachenko, M. McVoy [et al.] // Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology. 2023. Vol. 33, No. 7. P. 287–293.

13. Prades-Caballero, V. Factors Associated with Suicidal Behavior in Adolescents: An Umbrella Review Using the Socio-Ecological Model / V. Prades-Caballero, J. J. Navarro-Pérez, Á. Carbonell // Community Mental Health Journal. 2025. Vol. 61, No. 4. P. 612–628.

14. Tymofiyeva, O. A Systematic Review of MRI Studies and the «Emotional paiN and social Disconnect (END)» Brain Model of Suicidal Behavior in Youth / O. Tymofiyeva, K. W. Reeves, C. Shaw [et al.] // Behavioural Neurology. 2023. Vol. 2023. P. 7254574.

15. Velasco, Á. Neutrophil-to-lymphocyte ratio: A potential new peripheral biomarker of suicidal behavior / Á. Velasco, J. Rodríguez-Revuelta, E. Olié [et al.] // European Psychiatry. 2020. Vol. 63, No. 1. P. e14.

16. World Health Organization. WHO policy brief on the health aspects of decriminalization of suicide and suicide attempts. Geneva : World Health Organization, 2023. 16 p. ISBN: 9789240078796.

17. Yang, S. The correlation of inflammation, tryptophan-kynurenine pathway, and suicide risk in adolescent depression / S. Yang, J. Han, Z. Ye [et al.] // European Child & Adolescent Psychiatry. 2025. Vol. 34, No. 5. P. 1557–1567.

18. Ахапкин, Р. В. Суицидальное поведение несовершеннолетних (факторы риска, предикторы развития, диагностика) : методические рекомендации / Р. В. Ахапкин, Е. Г. Дозорцева, Е. Б. Любов [и др.]. М. : ФГБУ «НМИЦ ПН им. В. П. Сербского» Минздрава России, 2024. 38 с.

19. Биомаркеры суицидального поведения // Психиатрия и психофармакотерапия им. П. Б. Ганнушкина. 2026. № 3.

20. Колодина, М. И. Суицидальное поведение как следствие аффективных расстройств у детей и подростков / М. И. Колодина, А. А. Марусева, Э. С. Эсатова [и др.] // Colloquium-journal. 2020. № 35. С. 45–49.

МИКРОБИОТА КИШЕЧНИКА И ДЕПРЕССИВНОЕ РАССТРОЙСТВО: ОТ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИХ МЕХАНИЗМОВ К ТЕРАПЕВТИЧЕСКИМ ГОРИЗОНТАМ

Биценкова В. Л., Клименко А. В.
Кафедра поликлинической терапии
ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово.
Научный руководитель – Р. М. Шибаев

Аннотация. В статье рассматривается роль кишечной микробиоты как одного из факторов развития депрессии. Целью этой работы является систематизация данных об ассоциированных с депрессией микробных популяциях, а также анализ механизов, посредством которых бактериальное сообщество может вносить вклад в развитие заболевание. Кроме того, в статье рассматриваются перспективные методы терапии депрессии, направленные на кишечную микрофлору.

Ключевые слова: большое депрессивное расстройство, депрессия, кишечная микробиота, ось «микробиота-кишечник-мозг», дисбиоз, пребиотик, пробиотик.

GUT MICROBIOTA AND DEPRESSIVE DISORDER: FROM PATHOGENETIC MECHANISMS TO THERAPEUTIC HORIZONS

Bitsenkova V.L., Klimenko A.V.
Department of Polyclinic Therapy
Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo
Scientific supervisor - R. M. Shibaev.

Abstract. The article examines the role of the gut microbiota as one of the factors in the development of depression. The aim of this work is to systematize data on microbial populations associated with depression, as well as to analyze the mechanisms through which the bacterial community may contribute to the development of the disease. In addition, the article discusses promising therapeutic approaches to depression targeting the intestinal microflora.

Keywords: major depressive disorder, depression, gut microbiota, microbiota–gut–brain axis, dysbiosis, prebiotic, probiotic.

Введение

Депрессия (большое депрессивное расстройство, БДР) - распространённое психическое расстройство, характеризующееся стойким снижением настроения, ангедонией, когнитивными нарушениями и повышенным риском суицида. От нее страдают более 280 млн. человек по всему миру. Патофизиология БДР до сих пор не полностью ясна, а применяемые антидепрессанты не всегда оказывают нужный эффект: большая доля пациентов не достигает ремиссии при лечении терапией первой линии. Гетерогенность заболевания требует изучения для поиска новых терапевтических мишеней [1, С.957].

Согласно последним представлением, на деятельность центральной нервной системы (ЦНС) оказывают кишечные бактерии через двунаправленную сеть – ось «микробиота-кишечник-мозг» (Microbiota-Gut-Grain Axis, MGBA) [2, С.58]. Исследование этой взаимосвязи позволит выделить одни из звеньев патогенеза депрессии и предложить новый подход к лечению.

Цель исследования - систематизировать современные данные о том, как кишечная микробиота способствует развитию депрессивного расстройства и изучить перспективы терапии депрессии путем коррекции микробного состава.

Объекты и методы исследования: для проведения исследования был выполнен отбор научной литературы по изучаемой проблеме. Поиск источников осуществлялся в открытых электронных библиотеках eLibrary, PubMed, КиберЛенинка и Google Академия с использованием ключевых слов на русском и английском языках.

Результаты и их обсуждение

Желудочно-кишечный тракт человека наполнен огромным разнообразием микроорганизмов: грибы, бактерии, вирусы, археи. Они составляют кишечную микробиоту. Преобладающей ее частью являются бактерии, которые представлены двумя основными типами – Firmicutes (30-52%) и Bacteroides (9-42%), в меньших количествах присутствуют Actinomycetota (1-13%) и другие. Lactobacillus и Bifidobacterium – представители Firmicutes и Actinomycetota – формируют пробиотический состав микробиоты и ее «здоровье», которое характеризуется высоким биологическим разнообразием, балансом между разными группами микроорганизмов («полезными» бактериями и условно-патогенными) и их стабильностью. Отсутствие этих характеристик связывают с дисбиозом [2, С.129-130].

В клинических исследования были выявлены значительные различия в составе микробиоты кишечника у пациентов с депрессией по сравнению со здоровыми людьми из контрольной группы. На уровне типа наблюдается повышенное содержание Bacteroidetes и Proteobacteria при сниженном Firmicutes. На уровне рода отмечалось увеличение Streptococcus, Prevotella, Parabacteroides, Eggerthella и Klebsiella, наряду со снижением числа Faecalibactreium, Lactobacillus и Bifidobacterium [3, С.3].

Таким образом подтверждается наличие дисбиотических сдвигов у пациентов с депрессивным расстройством. Трансплантация фекальной микробиоты от пациентов с депрессией здоровым животным воспроизводит

депрессивноподобное поведение, что подтверждает причинно-следственную роль дисбиоза [4, С.2].

Имеющиеся данные свидетельствуют о том, что из-за дисбиотических изменений микробиоты кишечника развивается низкоинтенсивное хроническое воспаление (НИХВ), которое вносит существенный вклад в патогенез депрессии. Будучи системным, оно способно индуцировать нейровоспаление, что впоследствии сопровождается развитием депрессивных и тревожных симптомов [2, С.130].

Слизистая оболочка кишечника постоянно подвергается воздействию пищевых антигенов и микроорганизмов, проживающих в просвете органа. Для разделения внешней среды от внутренней эпителиальные клетки формируют плотные контакты с помощью белков окклюдина, клаудина-1 и зонулина [5, С.1]. Дисбиоз приводит к снижению белков плотных контактов, что увеличивает проницаемость кишечной стенки. Повышенная проницаемость позволяет липополисахариду (ЛПС), компоненту клеточной стенки грамотрицательных бактерий, транслоцироваться в системный кровоток. Циркулирующий ЛПС активирует Toll-подобные рецепторы 4 (TLR4) на иммунных клетках и эндотелии, запуская продукцию провоспалительных цитокинов — фактора некроза опухоли α (TNF-α), интерлейкина-1β (IL-1β) и интерлейкина-6 (IL-6), которые инициируют экспрессию криопирина NLRP3. Этот мультибелковый комплекс активирует каспазу-1, которая расщепляет про-IL-1β и про-IL-18 до их активных форм, вызывая пироптоз и усиление воспалительного ответа [6, С.3].

Под влияние провоспалительных сигналов активируется микроглия – иммунные клетки нервной системы. Она переходит в провоспалительный М1-фенотип, характеризующийся интенсивной продукцией цитокинов. М1-микроглия создает в очаге концентрации воспалительных медиаторов,

достаточных для повреждения нейронов – нарушается нейропластичность, страдает нейрогенез [6, С.4].

НИХВ является триггером для гиперактивности гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой (ГГН) оси. Гипоталамус секретирует кортиколиберин, стимулирующий выработку адренокортикотропного гормона (АКТГ) в гипофизе. Под действием АКТГ пучковая зона коры надпочечников вырабатывает кортизол. Кортиколиберин, АКТГ и кортизол влияют на функции кишечника, состав и разнообразие микробиоты. Со своей стороны, кишечная микрофлора также воздействует на ГГН-ось посредством бактериальных продуктов [7, С.59]. Для больных депрессией характерен феномен глюкокортикоидной резистентности – на фоне хронического стресса снижается чувствительность иммунных клеток к противовоспалительному эффекту глюкокортикоидов (ГК), избыток провоспалительных медиаторов нарушает механизм обратной связи – ГК больше не тормозят АКТГ [2, С.130]. Таким образом, замыкается порочный круг: дисбиоз провоцирует хроническое воспаление, которое приводит к патологической активности ГГН-оси, а она, в свою очередь, изменяет состав микробиоты, усугубляя ее биологическое разнообразие.

Значительную роль во влиянии на деятельность центральной нервной системы оказывают микробные метаболиты. Короткоцепочечные жирные кислоты (КЦЖК), к которым относятся ацетат, пропионат и бутират, продуцируются кишечными бактериями при ферментации пищевых волокон. Бутират увеличивает экспрессию белков плотных контактов непосредственно в эпителиальных клетках кишечника, тем самым поддерживая барьерную функцию. Вместе с пропионатом он инигбирует гистоновую деацетилазу (HDAC), что приводит к повышению ацетилирования гистонов, снижая экспрессию провоспалительных цитокинов и подавляя активацию микроглии [8,

С.10]. В префронтальной коре бутират способствует повышению уровня нейротрофического фактора мозга BDNF (brain-derived neurotrophic factor) [9, С. 42], тесно связанного с антидепрессивными эффектами и когнитивной устойчивостью путем регулирования синаптической пластичности, нейрогенеза и стресс-резистентности [6, С.5].

Под воздействием КЦЖК из триптофана синтезируется серотонин (5-НТ). При психических заболеваниях 5-НТ изучен шире других нейромедиаторов. Он важен для множества функций организма — от иммунных реакций и поведения до настроения, аппетита, гемодинамики и роста. При дисбиозе наблюдается патологический сдвиг метаболизма триптофана в сторону нейротоксичного кинуренинового пути. Кинуренин, в свою очередь, метаболизируется в нейротоксичные соединения — хинолиновую кислоту и 3-гидроксикинуренин, повреждающие нейроны [10, С.20].

Таким образом, влияя на состав кишечной микрофлоры, можно воздействовать на звенья патогенеза депрессивных состояний. Микроорганизмы, которые при употреблении в достаточном количестве человеком приносят ему пользу, называются пробиотиками. Бактерии, улучшающие психическое состояние, вынесли в отдельную группу и назвали психобиотиками. Ожидается, что такие препараты имеют большой терапевтический потенциал и вскоре должны занять достойное место среди методов лечения многих психических расстройств и состояний [9, С.42].

Канадская сеть по лечению расстройств настроения и тревоги (CANMAT) на основании систематического обзора 23 рандомизированных исследований и 8 метаанализов пришла к выводу, что пробиотики могут рассматриваться как вспомогательная терапия третьей линии при большом депрессивном расстройстве. Продемонстрировано умеренное улучшение депрессивных симптомов, особенно при адъювантном применении [11, С.355].

На разнообразие кишечных микроорганизмов также влияют пребиотики - пищевые компоненты, при неполном расщеплении ЖКТ становящиеся субстратом для микробиома. В большинстве своем они представляют собой олигосахариды – фруктоолигосахариды, инулин, ксилоолигосахариды, галактоолигосахариды. Пребиотические добавки снижают уровень провоспалительных медиаторов, способствуют росту полезных бактерий, укрепляющих кишечный барьер и регулирующих уровень цитокинов [2, С.132].

Особое влияние на разнообразие кишечных бактерий имеет диета. Доказано, что высокобелковое питание снижает уровень микроорганизмов, отвечающих за метаболизм растительных олигосахаридов и увеличивает численность таких популяций как Alistipes, ассоциированных с тревогой и воспалением при депрессии. Потребление сложных, медленно расщепляемых углеводов усиливает рост Bifidobacteria, а избыточное поступление в организм легкоусвояемых сахаров провоцирует размножение патогенных бактерий [2, С.132].

Трансплантация фекальной микрофлоры (ТФМ) – это инновационный метод лечения, основанный на извлечении, очистке и выделении полезных микроорганизмов из фекалий здоровых доноров с последующей их трансплантацией в желудочно-кишечный тракт реципиентов. Данное вмешательство обладает большими терапевтическими перспективами: ТФМ модулирует кишечную микробиоту и стимулирует синтез нейротрансмиттеров или их предшественников, таких как серотонин, дофамин и ГАМК, что потенциально облегчает симптомы, связанные с депрессией [12, С.8].

Заключение

Кишечная микробиота оказывает многофакторное влияние на развитие депрессии через метаболические, иммунные и нейроэндокринные механизмы. Метаболиты микробного происхождения - короткоцепочечные жирные кислоты,

производные триптофана - непосредственно модулируют нейротрансмиссию, нейровоспаление и функцию ГГН-оси. Дисбиоз кишечного микробиома формирует порочный круг, поддерживающий депрессивное состояние через нарушение кишечного барьера и хроническую иммунную активацию.

Понимание этих механизмов открывает новые перспективы для диагностики и терапии депрессии. Микробные биомаркеры могут способствовать стратификации пациентов, а микробиот-направленные вмешательства представляют собой многообещающее дополнение к существующим антидепрессантам. Дальнейшие исследования должны быть направлены на выяснение причинно-следственных связей, идентификацию конкретных микробных таксонов и их метаболитов, а также на проведение крупномасштабных испытаний для подтверждения эффективности воздействия на кишечную микрофлору в клинической практике.

Практика применения микробиот-направленных методов лечения депрессии не ведется в России и рассматривается как направление в зарубежной медицине, но с накоплением достаточного количества данных о положительном эффекте терапии они имеют большой потенциал быть включенными в клинические рекомендации.

Источники и литература / Sources and references:

1. Medina-Rodriguez, E. M. Intestinal barrier, immunity and microbiome: partners in the depression crime / E. M. Medina-Rodriguez, J. Martinez-Raga, Y. Sanz // Pharmacological reviews. 2024. Vol. 76, No. 5. P. 956–969.

2. Катасонов, А. Б. Кишечный микробиом как терапевтическая мишень при лечении депрессии и тревоги / А. Б. Катасонов // Журнал неврологии и психиатрии имени С. С. Корсакова. 2021. Т. 121, № 11. С. 129.

3. Zhang, J. Exploring the role of gut microbiota in depression: pathogenesis and therapeutic insights / J. Zhang [et al.] // Asian Journal of Psychiatry. 2025. Vol. 105. P. 104411.

4. Zhu, Z. The microbiota-gut-brain axis in depression: unraveling the relationships and therapeutic opportunities / Z. Zhu [et al.] // Frontiers in Immunology. 2025. Vol. 16. — P. 1644160.

5. Kinashi, Y. Partners in leaky gut syndrome: intestinal dysbiosis and autoimmunity / Y. Kinashi, K. Hase // Frontiers in immunology. 2021. Vol. 12. P. 673708.

6. Бугаков, А. С. Роль воспаления в патогенезе депрессии и тревожных расстройств / А. С. Бугаков, Д. С. Изюрова, О. Б. Долгова [и др.] // Международный научно-исследовательский журнал. 2026. № 7 (169).

7. Епишина, И. В. Роль микробиоты человека в развитии нейродегенеративных заболеваний / И. В. Епишина, Е. В. Буданова // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 2022. Т. 122, № 10. С. 57–65.

8. Le Do, Q. Circulating Short-Chain Fatty Acid (SCFA) profiles as a biomarker of gut-brain axis dysfunction: A meta-analysis for the SCFA signature in major depression / Q. Le Do [et al.] // Biomedical Journal. 2026. Vol. 49, No. 3. P. 100968.

9. Ардатская, М. Д. Коррекция нарушений микробиоты кишечника при тревожно-депрессивных расстройствах / М. Д. Ардатская // Лечащий врач. 2023. № 10. С. 38–48.

10. Комарова, О. Н. Взаимосвязь стресса, иммунитета и кишечной микробиоты / О. Н. Комарова, А. И. Хавкин // Педиатрическая фармакология. 2020. Т. 17, № 1. С. 18–24.

11. Bahji, A. The Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments Task Force Recommendations for the Use of Probiotics, Prebiotics, Synbiotics, and Fecal

Microbiota Transplants in Adults With Major Depressive Disorder / A. Bahji [et al.] // The Canadian Journal of Psychiatry. 2026. Vol. 71, No. 5. P. 346–358.

12. Zhang, Q. Current landscape of fecal microbiota transplantation in treating depression / Q. Zhang [et al.] // Frontiers in Immunology. 2024. Vol. 15. P. 1416961.

ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ В РАБОТЕ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ С ПАЦИЕНТАМИ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА В ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ

Бледная С. В.
Кафедра клинической психологии
ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово
Научный руководитель – канд. психол. наук, доцент Е. В. Валиуллина

Аннотация. В статье рассматриваются психологические особенности пациентов пожилого возраста, находящихся в геронтологическом отделении, а также педагогические стратегии, которые может применять медицинская сестра для эффективного взаимодействия, обучения и психологической поддержки данной категории пациентов. Проанализированы основные психологические изменения в старческом возрасте (тревога, страх одиночества, когнитивные нарушения), а также методы обучения (андрагогика), адаптированные для работы с пожилыми людьми. Сделан вывод о необходимости интеграции психолого-педагогических компетенций в профессиональный портрет медицинской сестры геронтологического профиля.

Ключевые слова: геронтологическое отделение, медицинская сестра, пациенты пожилого возраста, психологические особенности, педагогические подходы, андрагогика, сестринский уход, психологическая поддержка.

PSYCHOLOGICAL AND PEDAGOGICAL APPROACHES IN NURSING CARE FOR ELDERLY PATIENTS IN A GERONTOLOGICAL WARD

Blednaya S. V.
Department of Clinical Psychology
Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo
Scientific supervisor –Valiullina E. V.

Abstract. The article examines the psychological characteristics of elderly patients in a gerontological department, as well as pedagogical strategies that a nurse can use for effective interaction, training and psychological support of this category of patients. The main psychological changes in old age (anxiety, fear of loneliness, cognitive impairment) are analyzed, as well as teaching methods (andragogy) adapted for working with elderly people. The conclusion is made about the need to integrate psychological and pedagogical competencies into the professional profile of a gerontological nurse.

Keywords: gerontological department, nurse, elderly patients, psychological features, pedagogical approaches, andragogy, nursing care, psychological support.

Введение

Россия, как и большинство стран мира, переживает процесс демографического старения [10]. По данным Росстата, доля граждан старше 65 лет в нашей стране приближается к четверти населения, а средний возраст жителей за последние десять лет увеличился почти на три года [6]. В 2026 году численность пенсионеров уже превысила 42 миллиона человек — это почти 29% от общего числа россиян [7]. Демографические прогнозы указывают на сохранение этой тенденции: к 2030 году доля людей старше 65 лет может составить 27–28% [6].

Такая ситуация напрямую отражается на системе здравоохранения. Пожилые пациенты занимают значительную часть коечного фонда стационаров, и их лечение и уход требуют особого подхода. В геронтологических отделениях врачи и медицинские сестры работают с пациентами, у которых на фоне множества хронических заболеваний нередко наблюдаются серьёзные психологические изменения: снижение памяти и внимания, эмоциональная неустойчивость, тревога, страх одиночества и смерти, ощущение собственной ненужности [4]. Все это существенно осложняет взаимодействие и требует от персонала не только профессиональных медицинских знаний, но и особых человеческих качеств.

Именно медицинская сестра оказывается тем специалистом, который находится рядом с пациентом постоянно. В отличие от врача, который видит больного во время обходов, сестра сопровождает его круглосуточно. Поэтому ее роль в геронтологическом отделении не ограничивается выполнением врачебных назначений и гигиенических процедур [3]. Сегодня сестринское дело рассматривается как холистическая практика, где важно видеть человека целиком – с его страхами, привычками, прошлым опытом и надеждами. Медицинская сестра не только ухаживает, но и поддерживает психологически, а также обучает пациента и его родственников: как правильно передвигаться, как измерять давление, как избежать пролежней, как принимать лекарства по схеме [3]. Эта педагогическая функция становится все более значимой.

Именно поэтому в работе с пожилыми пациентами особенно востребованы психолого-педагогические компетенции. Принципы андрагогики – педагогики взрослых – дают медицинской сестре готовые инструменты: опора на жизненный опыт пациента, практическая направленность обучения, индивидуальный темп, многократное повторение, использование крупных наглядных материалов [5]. А психологическая поддержка – через эмпатию,

терпение, уважение и создание безопасной атмосферы – помогает сохранить у пожилого человека чувство собственного достоинства и снизить уровень тревоги [1, 2].

Цель настоящей работы – проанализировать, какие именно психолого-педагогические подходы может использовать медицинская сестра в геронтологическом отделении, и определить их вклад в качество сестринской помощи.

Для достижения цели были поставлены следующие задачи:

1. Описать психологические особенности пациентов пожилого возраста, которые наиболее значимы для сестринской практики.
2. Рассмотреть педагогические (андрагогические) методы взаимодействия с данной категорией пациентов.
3. Определить место и функции медицинской сестры в реализации психологической поддержки и обучения пожилых людей.
4. Сформулировать практические рекомендации для медицинских сестёр, работающих в геронтологических отделениях.

Объектом исследования выступают психолого-педагогические аспекты сестринской деятельности в условиях геронтологического стационара. Предмет исследования – конкретные подходы, методы и приемы, которые медицинская сестра может применять при взаимодействии с пациентами пожилого возраста.

Работа выполнена в форме обзорного теоретического исследования. В качестве основных методов использовались анализ и обобщение данных отечественной и зарубежной научной литературы, посвящённой геронтопсихологии, андрагогике и сестринскому делу [3, 4, 5]. Отбор источников проводился за период с 2016 по 2026 год с целью отражения современных научных взглядов и клинических рекомендаций. Дополнительно привлекались

классические работы по возрастной психологии и педагогике, сохраняющие теоретическую значимость.

Всего в работе проанализировано 10 источников, включая монографии, учебные пособия, статьи в рецензируемых журналах и материалы официальных статистических ведомств. Особое внимание уделялось публикациям, в которых рассматривается практический опыт сестринского ухода за пожилыми пациентами, а также работам, раскрывающим психологические механизмы старения и педагогические стратегии обучения взрослых [1, 2, 3, 4, 5].

Результаты и их обсуждение

Психологические особенности пожилых пациентов: с чем сталкивается сестра.

Пожилой возраст – это не просто набор болезней. Это еще и изменения в восприятии мира, в отношении к себе и к окружающим. В геронтологическом отделении медсестра видит это каждый день. Пациенты часто медленно соображают, забывают, что им только что сказали, путаются во времени суток. Кто-то подолгу молчит, кто-то, наоборот, постоянно жалуется или тревожится по пустякам. И за всем этим стоят не капризы, а реальные инволюционные процессы – снижение памяти, внимания, скорости мышления [4].

Особенно тяжело пожилые переживают разрыв с привычной жизнью. Дом, семья, прогулки, любимое кресло – все остается за дверями отделения. Вместо этого – палата, незнакомые люди, режим, шум. Многие чувствуют себя брошенными, ненужными [4]. Статистика показывает, что в стационарных учреждениях до 80% пожилых пациентов испытывают выраженное одиночество и социальную изоляцию [6]. Это не просто грустно – это ухудшает течение болезней, снижает мотивацию к лечению и даже влияет на физическое состояние.

Сниженная самооценка – еще одна частая проблема. Человек, который всю жизнь работал, принимал решения, заботился о других, вдруг оказывается в положении беспомощного. Ему нужна помощь, чтобы умыться или перевернуться на бок. Это унизительно, даже если персонал вежлив. И тогда пациент либо замыкается, либо начинает огрызаться, либо вообще отказывается от активного участия в лечении. Для медсестры это означает, что она должна видеть за симптомами живого человека. Важно не только измерить давление и сменить бельё, но и понять, почему пациент сегодня особенно хмур, что его пугает, почему он не слушается врача. Психологические знания здесь не роскошь, а необходимость [1, 2].

Как учить пожилого человека: андрагогика на практике.

Многие думают, что старики не способны учиться. Это миф. Способность к обучению сохраняется на протяжении всей жизни, просто она работает иначе, чем у молодых [5]. Медицинская сестра, которая пытается читать пожилому пациенту лекцию про диету или про то, как правильно ходить с ходунками, скорее всего, потерпит неудачу. Пожилой человек не схватывает информацию на лету, ему нужно время, чтобы ее осмыслить. И ему нужно видеть, что это знание пригодится ему прямо сейчас, а не «для общего развития» [5]. Вот простой пример. Если сестра говорит: «Вам надо ограничить соль, потому что она задерживает жидкость и повышает давление», – для многих пожилых это пустые слова. А если она скажет: «Давайте попробуем не солить еду за столом, а вместо этого добавим зелень – вы же любили петрушку?» – это уже другое дело. Опора на опыт, на привычки, на то, что человек любит и знает, даёт результат [5].

Андрагогика – это наука о том, как учатся взрослые – предлагает простые правила: объяснять на понятных примерах, не торопить, повторять одно и то же несколько раз разными словами, использовать картинки, памятки с крупным шрифтом. Не давать готовые инструкции свысока, а разговаривать как с равным,

привлекать к принятию решений [5]. Даже простая фраза «Как вам удобнее: утром принять лекарство или вечером?» уже дает пациенту ощущение, что его спрашивают, что он еще что-то решает. А значит, он будет стараться выполнять рекомендации.

И еще важный момент. Пожилые люди боятся ошибиться, выглядеть глупыми. Поэтому они часто кивают, хотя ничего не поняли. Сестра должна проверять: «Покажите, как вы будете делать?» или «Расскажите своими словами, что мы решили». И обязательно хвалить, даже за маленькие успехи. Для пожилого пациента похвала – это не просто приятные слова, это доказательство того, что он ещё чего-то стоит [1].

Что может и должна делать медсестра.

В геронтологическом отделении сестра – главное действующее лицо. Врач приходит на обход, назначает лечение, а сестра остаётся с пациентом на всё время. Она кормит, перестилает, слушает, успокаивает. Ее голос, интонация, взгляд – это те вещи, которые создают атмосферу [3]. Психологическая поддержка в таком отделении – это не «проведение бесед по плану». Это умение вовремя заметить, что пациент сегодня особенно подавлен, и просто посидеть рядом. Или вспомнить, что он рассказывал о своей работе, и переспросить: «А вы говорили, что были учителем, – и что, ученики слушались?» Человек оживает, когда его воспринимают как личность, а не как «больного из пятой палаты» [1, 2].

Исследования подтверждают, что структурированные программы психосоциальной поддержки, которые проводят медицинские сёстры, реально работают. Они снижают одиночество, повышают самооценку и улучшают качество жизни пожилых людей [1]. Обучение навыкам решения проблем, мягкое развитие коммуникативных способностей – все это помогает пациентам легче пережить госпитализацию и вернуться к более активной жизни. Что

касается обучения, здесь у сестры тоже огромное поле деятельности. Она учит пациента измерять давление, записывать показатели, вовремя принимать таблетки. Она показывает родственникам, как переворачивать больного, как кормить его с ложечки, как распознать первые признаки пролежней [3]. Без этого обучения уход на дому становится небезопасным, и пациент снова попадает в больницу. Важно, чтобы сестра не просто давала инструкции, а объясняла, для чего это нужно. «Если мы не будем поворачивать вас каждые два часа, появится пролежень, и он будет болеть и плохо заживать. Давайте попробуем вместе – я помогу» – это звучит иначе, чем сухое распоряжение [3].

Что можно рекомендовать медсестрам на практике.

Из всего сказанного вытекает несколько простых, но работающих советов для медицинских сестёр геронтологических отделений. Общаясь с пациентом, не демонстрируйте спешки. Пожилой человек чувствует, когда от него отмахиваются, и это больно ранит. Пусть он говорит медленно, пусть ищет слова – это его право [1]. Старайтесь поддерживать самостоятельность. Даже если проще сделать что-то самой, дайте пациенту возможность сделать самому. Это помогает сохранить чувство контроля над собственной жизнью [3]. Вовлекайте родственников. Объясняйте им, что их внимание и регулярные посещения – часть лечения. Пожилой человек, которому звонят, которого ждут, выздоравливает быстрее [4]. В обучении – разбивайте информацию на маленькие кусочки. Не давайте сразу много. Повторите несколько раз, но каждый раз чуть иначе. Используйте то, что пациент любит и помнит: его профессию, хобби, старые истории – это якоря, за которые цепляется его внимание [5]. И обязательно хвалите. «У вас сегодня отлично получилось пройти до стула», «Вы правильно запомнили время приёма таблеток» – это работает лучше любого строгого внушения [1].

Заключение

Геронтологическое отделение – это не просто место, где лечат болезни. Это место, где к человеку возвращают чувство собственного достоинства. Или, к сожалению, не возвращают. Пожилой пациент поступает в стационар не только с букетом хронических патологий. Он приносит с собой свои страхи, усталость, обиды на возраст, на близких, на себя самого. Он боится, что его бросят. Боится боли. Боится стать обузой. И, наверное, самое страшное для него – перестать быть нужным. Врач назначит лечение. Психолог проведет консультацию. Но именно медицинская сестра останется с ним на все время пребывания. Она будет рядом ночью, когда страх становится особенно острым. Она услышит его жалобы, когда другие заняты. Она заметит, как он украдкой смотрит на телефон в надежде, что позвонят дети. Она – главное действующее лицо в его больничной жизни. И вот тут возникает вопрос: достаточно ли для этого просто уметь делать уколы и ставить капельницы? Нет. Недостаточно.

Настоящий сестринский уход – это когда ты не просто «обслуживаешь» пациента, а видишь в нем личность. Когда ты знаешь, что он был учителем и гордился этим. Что он терпеть не мог больницы и теперь особенно нуждается в добром слове. Что он еще способен научиться пользоваться ходунками, если ему объяснить спокойно и терпеливо. Пожилые люди могут и хотят учиться. Это важно помнить. Многие убеждены, что старость – это конец развития. Нет. Старость – это просто другой темп. Медленнее, но не остановка. Методика взрослого обучения – андрагогика – дает нам ключи: опираться на опыт, объяснять на конкретных примерах, повторять и не торопить. И когда пациент вдруг понимает, как правильно измерять давление, или запоминает режим приёма лекарств – это маленькая победа. Для него она огромная. А еще очень важно хвалить. Мы привыкли, что хвалят детей. Но пожилые люди нуждаются в этом не меньше. Когда ты говоришь пациенту: «У вас сегодня хорошо

получилось пройти до туалета», – он выпрямляется, улыбается, становится другим. Потому что ты признала его усилия. Потому что он всё ещё что-то может. Потому что он существует и важен.

Геронтологическая сестра – это особый тип специалиста. Это человек, который выбрал непростой путь. Ежедневно она видит угасание, боль, иногда – смерть. Но она же видит и возвращение к жизни, и редкие, но такие теплые моменты благодарности. Ей нужно иметь крепкие нервы, доброе сердце и голову, которая умеет анализировать, запоминать, искать подходы.

И, честно говоря, в учебных программах этому учат недостаточно. Много анатомии, много фармакологии, много манипуляций. А навыков общения, понимания психологии, умения учить – мало. Но мы можем это менять. Хотя бы для себя. Изучать, пробовать, ошибаться, пробовать снова. Потому что пациенты – не кейсы. Не истории болезни. Не койко-места. Это чьи-то мамы и папы, бабушки и дедушки, соседи, учителя. Они заслуживают того, чтобы их воспринимали серьёзно. Они заслуживают достойной старости.

И в этой достойной старости медицинская сестра – не просто исполнитель, а главный помощник. Тот, кто протягивает руку, когда силы кончаются. Тот, кто верит, что пациенту еще есть ради чего просыпаться по утрам. Потому что, если честно, никакое лекарство не заменит человеческого участия. А медицинская сестра, которая это понимает, – бесценна. Она не просто лечит. Она возвращает человеку его человеческое лицо. И это, наверное, самое важное, что можно сделать в этой профессии.

Источники и литература / Sources and references:

1. Валиуллина, Е. В. Самооценка личности в молодом возрасте // Научный вестник Крыма. 2021. №1 (30).

2. Валиуллина, Е. В. Особенности восприятия социальной поддержки людьми с полярными типами локуса контроля // Концепт". 2026. № 2. С. 486-492.

3. Замглавы Минздрава РФ Ваньков: доля россиян старше 65 лет достигла почти 25%. Газета.ру, 2026. URL: https://www.gazeta.ru/ (дата обращения: 01.09.2026).

4. Змеев, С. И. Андрагогика: основы теории и технологии обучения взрослых. М.: Наука, 2020. 320 с.

5. Козлова, Т. В. Психология пожилого человека: учебное пособие. М.: Академия, 2021. 256 с.

6. Федеральная служба государственной статистики (Росстат). Демографический прогноз до 2036 года. URL: https://rosstat.gov.ru/ (дата обращения: 01.09.2026).

7. Филатова, С. А. Сестринский уход в гериатрии: учебное пособие. 2-е изд. Ростов н/Д : Феникс, 2020. 494 с.

РАЗВИТИЕ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ПСИХИАТРИИ: ОСНОВНЫЕ ЭТАПЫ СТАНОВЛЕНИЯ И ВЕДУЩИЕ НАУЧНЫЕ ШКОЛЫ

Богина У. А.
Кафедра психиатрии и наркологии
ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Россия, г. Кемерово
Научный руководитель –А. А. Яковлева

Аннотация. В статье представлен историко-научный обзор основных этапов становления отечественной психиатрии с середины XIX века до XXI века. Рассматриваются институциональное оформление дисциплины, развитие Московской и Санкт-Петербургской (Ленинградской) научных школ, вклад В. Х. Кандинского, С. С. Корсакова, В. М. Бехтерева, П. Б. Ганнушкина и А. В. Снежневского. Анализируются изменения клинических, диагностических и терапевтических подходов, а также значение исторического опыта для современной психиатрической практики. Показано, что преемственность

научных традиций должна сочетаться с критической оценкой исторических концепций, доказательностью и соблюдением прав пациентов.

Ключевые слова: отечественная психиатрия, история медицины, научные школы, психопатология, клиническая психиатрия, психофармакология, доказательная медицина.

DEVELOPMENT OF RUSSIAN PSYCHIATRY: MAIN STAGES OF FORMATION AND LEADING SCIENTIFIC SCHOOLS

Bogina U. A.
Department of Psychiatry and Narcology
Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo
Scientific supervisor – Yakovleva A. A.

Abstract. This historical and scientific review examines the main stages in the development of Russian psychiatry from the mid-nineteenth century to the twenty-first century. It outlines the institutional formation of psychiatry, the development of the Moscow and Saint Petersburg (Leningrad) scientific schools, and the contributions of V. Kh. Kandinsky, S. S. Korsakov, V. M. Bekhterev, P. B. Gannushkin, and A. V. Snezhnevsky. Changes in clinical, diagnostic, and therapeutic approaches are discussed alongside the relevance of historical experience to contemporary psychiatric practice. The review argues that continuity of scientific traditions must be combined with critical appraisal of historical concepts, evidence-based practice, and respect for patients' rights.

Keywords: Russian psychiatry, history of medicine, scientific schools, psychopathology, clinical psychiatry, psychopharmacology, evidence-based medicine.

История отечественной психиатрии отражает развитие медицинской науки, изменение общественных представлений о психических расстройствах и постепенное формирование специализированной системы помощи. В XIX веке психиатрия в России оформлялась как самостоятельная клиническая

дисциплина: расширялась подготовка врачей, создавались кафедры и клиники, развивались профессиональные общества и научная периодика. В последующем отечественные исследователи внесли значительный вклад в описательную психопатологию, клиническую диагностику, изучение памяти, личности и динамики психических заболеваний.

Особенностью отечественной традиции стало формирование нескольких крупных научных центров, прежде всего Московской и Санкт-Петербургской школ. Их развитие было связано с конкретными клиническими учреждениями, преемственностью преподавания и исследовательскими программами. В то же время история психиатрии не может рассматриваться только как последовательность достижений: она включает спорные диагностические концепции, зависимость науки от общественно-политических условий и случаи нарушения профессиональной этики. Поэтому исторический анализ требует одновременно уважения к научному наследию и критической оценки его ограничений [5, с. 216–228; 7, с. 133–140].

Цель исследования: охарактеризовать основные этапы развития отечественной психиатрии и определить вклад ведущих научных школ в становление клинических и исследовательских подходов.

Задачи исследования: проследить институциональное становление психиатрии; рассмотреть вклад ключевых отечественных психиатров; сопоставить особенности Московской и Санкт-Петербургской (Ленинградской) школ; проанализировать развитие психиатрии в советский и постсоветский периоды; определить значение исторического опыта для современной практики.

Объекты и методы исследования

Работа выполнена в формате историко-научного обзора. Материалом послужили публикации по истории российской психиатрии, исследования биографий и научного наследия ведущих психиатров, обзорные статьи о

развитии психиатрии в СССР, а также документы Всемирной организации здравоохранения, отражающие современные диагностические подходы. Использованы историко-сравнительный метод, анализ научных публикаций и обобщение сведений о развитии клинических учреждений и научных школ. Работа не содержит собственных экспериментальных данных; её результаты представляют собой аналитическое обобщение опубликованных источников.

Результаты и их обсуждение

1. Институциональное становление отечественной психиатрии в XIX веке

В первой половине XIX века помощь людям с психическими расстройствами в Российской империи была преимущественно связана с учреждениями, выполнявшими функции призрения и надзора. Постепенно усиливалось понимание необходимости специализированного медицинского наблюдения и клинического изучения психических состояний. Важную роль сыграли развитие университетской медицины, учреждение кафедр и клиник, а также формирование профессионального сообщества психиатров.

Одной из ключевых фигур раннего этапа стал Иван Михайлович Балинский, с именем которого связано преподавание психиатрии в Медико-хирургической академии в Санкт-Петербурге и становление академической психиатрии во второй половине XIX века. Развитие специализированных учреждений сопровождалось расширением клинического наблюдения, систематизацией симптомов и поиском более гуманных принципов обращения с пациентами. Эти процессы заложили основу для возникновения научных школ, в которых клиническая работа соединялась с обучением врачей и исследовательской деятельностью [5, с. 216–220; 4].

К концу XIX века психиатрия уже представляла собой профессиональную область с собственными клиническими методами, научными дискуссиями и

организационными задачами. Российские специалисты взаимодействовали с европейскими направлениями, но одновременно разрабатывали собственные подходы к классификации психических расстройств и оценке их течения.

2. Московская научная школа: клинический подход и систематизация психопатологии

Московская психиатрическая школа складывалась вокруг клиники Московского университета и деятельности Сергея Сергеевича Корсакова. Её отличали внимание к подробному клиническому описанию, стремление систематизировать психические заболевания и гуманистическая установка в отношении пациентов. Корсаков выступал за отказ от неоправданных ограничительных мер и рассматривал организацию помощи как важную часть профессиональной ответственности врача [6, с. 58–64].

С. С. Корсаков (1854–1900) получил международную известность благодаря описанию амнестического синдрома, который впоследствии стал носить его имя. Для данного состояния характерны выраженные нарушения запоминания текущих событий, дезориентация и конфабуляции. Его исследования показали значение систематического анализа памяти и других когнитивных функций в клинической оценке пациента. Корсаков также внёс вклад в изучение алкоголь-ассоциированных психических и неврологических нарушений, развитие преподавания и организацию психиатрической помощи.

Преемственность Московской школы связывают с деятельностью В. П. Сербского, П. Б. Ганнушкина и других клиницистов. Владимир Петрович Сербский сыграл важную роль в развитии судебной психиатрии, в частности в вопросах клинической оценки психического состояния и экспертного заключения. Его работа способствовала укреплению связи психиатрии с правом и формированию профессиональных стандартов судебно-психиатрической экспертизы.

Пётр Борисович Ганнушкин (1875–1933) развивал клиническое учение о патологических вариантах личности. В книге «Клиника психопатий, их статика, динамика, систематика» он рассматривал устойчивые особенности личности в связи с их проявлениями в разных жизненных обстоятельствах, динамикой и влиянием на социальную адаптацию [1]. Исторические термины и классификации Ганнушкина не следует автоматически отождествлять с современными диагностическими категориями, однако его стремление оценивать личностные особенности в динамике остаётся значимым для истории клинического мышления.

Таким образом, Московская школа внесла вклад в клиническую систематизацию психических расстройств, изучение когнитивных нарушений, судебную психиатрию и развитие представлений о личности. Её традиция подчёркивала необходимость длительного наблюдения, внимательного анализа симптомов и связи клинической картины с жизненным функционированием человека.

3. Санкт-Петербургская (Ленинградская) школа: интеграция психиатрии, неврологии и физиологии

Санкт-Петербургская психиатрическая школа формировалась под влиянием И. М. Балинского, В. М. Бехтерева и других исследователей, развивавших клинические и естественно-научные подходы к изучению психики. В отличие от преимущественно клинико-описательных акцентов, характерных для отдельных представителей Московской школы, в Санкт-Петербурге значительное внимание уделялось взаимосвязи психических явлений с деятельностью нервной системы, физиологическими механизмами и экспериментальными методами.

Владимир Михайлович Бехтерев (1857–1927) был психиатром, неврологом и исследователем нервной системы. В 1907 году он основал в Санкт-Петербурге

Психоневрологический институт, объединявший научную работу, клиническую практику и подготовку специалистов. Институт стал важным центром исследований психиатрии, неврологии, психологии и смежных дисциплин [2].

Бехтерев стремился рассматривать человека целостно, объединяя наблюдение за поведением и психическими проявлениями с изучением нервной системы. Его научная школа поддерживала междисциплинарное взаимодействие и развитие объективных методов исследования. Такое направление способствовало укреплению связей психиатрии с физиологией, неврологией и психологией, а позднее создало предпосылки для развития медицинской психологии и психотерапии.

В последующем ленинградская традиция сохранялась в работе психиатрических и психоневрологических учреждений, где развивались клиническая психопатология, патопсихология и психотерапия. Исторические обзоры подчёркивают, что Московская и Санкт-Петербургская школы не были полностью противоположными: их методы и теоретические акценты менялись со временем, а научное развитие определялось как личными школами, так и общими преобразованиями медицины [3].

4. В. Х. Кандинский и развитие описательной психопатологии

Виктор Хрисанфович Кандинский (1849–1889) внёс значительный вклад в описание психопатологических феноменов и развитие судебной психиатрии. Его работы были направлены на точное исследование субъективных переживаний пациентов, включая нарушения восприятия, переживание отчуждения собственных психических процессов и феномены психического автоматизма. Описание таких проявлений стало важной частью клинического языка психиатрии.

Кандинский уделял внимание не только выявлению симптомов, но и их дифференциации, систематизации и значению для экспертной оценки.

Историческое исследование его работ показывает, что он был одним из пионеров отечественной судебной психиатрии и предлагал аргументированные клинические подходы к вопросам вменяемости и симуляции психических нарушений [5, с. 216–228].

Значение наследия Кандинского сохраняется прежде всего в методологическом отношении. Подробное описание психических феноменов, анализ того, как пациент переживает собственные мысли и ощущения, и различение внешне сходных проявлений остаются важными компонентами психиатрического интервью. Вместе с тем исторические описания должны интерпретироваться в рамках современных диагностических систем, а не переноситься в практику без критической проверки.

5. Советский период: развитие научных учреждений, клинических концепций и психофармакологии

После 1917 года психиатрия развивалась в условиях реорганизации системы здравоохранения и научных учреждений. Расширялись государственные формы медицинской помощи, продолжалась подготовка специалистов, создавались исследовательские институты. Советская психиатрия включала несколько направлений, которые различались теоретическими основаниями и подходами к классификации психических заболеваний.

Важное место занимала школа А. В. Снежневского, связанная с изучением клинической динамики психических расстройств, прежде всего шизофрении. В центре внимания находились закономерности течения болезни, соотношение симптомов и синдромов, а также разграничение различных клинических форм. Данный подход оказал существенное влияние на отечественную психиатрическую нозологию и подготовку клиницистов. Исторический анализ, однако, требует учитывать, что отдельные расширительные трактовки диагностических категорий, особенно в отношении шизофрении, вызывали

серьёзные международные разногласия и имели этические последствия [3, с. 133–140; 6].

В середине XX века существенным событием стало внедрение психотропных препаратов. Развитие психофармакологии изменило возможности лечения психотических, аффективных и тревожных расстройств, повлияло на длительность госпитализации и подходы к поддерживающей терапии. Российские исследователи участвовали в освоении новых препаратов и изучении их клинического применения. При этом фармакотерапия не устранила необходимости психотерапевтической, социальной и реабилитационной помощи.

История советской психиатрии включает и проблемные страницы. В 1960–1980-е годы психиатрические диагнозы в отдельных случаях применялись для преследования политических диссидентов. Такие практики нарушали принцип независимости клинического решения и противоречили медицинской этике. Их анализ важен не для отрицания всего научного наследия периода, а для разграничения клинических достижений и злоупотреблений, а также для понимания необходимости гарантий прав пациента и профессиональной автономии врача [4].

Следовательно, советский период характеризовался развитием клинических учреждений, исследовательских программ и психофармакологии, но одновременно показал уязвимость психиатрии перед идеологическим давлением. Историческая оценка должна учитывать обе стороны этого опыта.

6. От постсоветского этапа к современной психиатрии

В конце XX — начале XXI века отечественная психиатрия развивалась в условиях пересмотра организационных моделей медицинской помощи, расширения международного научного обмена и постепенного усиления роли доказательной медицины. Повышенное значение получили сопоставимость

диагностических критериев, оценка эффективности и безопасности лечения, развитие амбулаторной помощи и реабилитационных программ.

Современная психиатрия опирается на многофакторное понимание психических расстройств. Биологические механизмы рассматриваются во взаимодействии с психологическими особенностями и социальными условиями. Биопсихосоциальная модель не отрицает значения нейробиологии или фармакотерапии, а предполагает оценку разных факторов, которые могут влиять на возникновение, течение и исход заболевания.

Важным инструментом международной стандартизации является Международная классификация болезней одиннадцатого пересмотра (МКБ-11). Клинические описания и диагностические требования Всемирной организации здравоохранения предназначены для повышения точности и согласованности диагностики психических, поведенческих расстройств и нарушений нейропсихического развития [8]. Использование классификаций облегчает профессиональную коммуникацию и проведение исследований, однако диагноз по-прежнему требует клинической оценки, дифференциальной диагностики и анализа состояния конкретного пациента.

К актуальным направлениям относятся развитие психофармакологии, совершенствование психотерапевтических методов, изучение нейробиологических механизмов психических расстройств, повышение качества раннего выявления и профилактики, а также исследование возможностей цифровых технологий. При этом биомаркеры и нейровизуализация пока не заменяют клиническую диагностику большинства психических расстройств. Цифровые инструменты могут поддерживать принятие решений, но должны проходить проверку на точность, воспроизводимость и безопасность.

Для современной отечественной психиатрии особенно значимо соединение исторически сложившейся клинической школы с международными

стандартами доказательности, междисциплинарностью и уважением прав человека. Наследие Корсакова, Кандинского, Бехтерева и Ганнушкина сохраняет ценность как пример систематического клинического наблюдения, анализа психопатологических феноменов и стремления к развитию научно обоснованной помощи. Наследие Снежневского требует одновременно изучения его влияния на клиническую нозологию и критического анализа исторических споров вокруг диагностических подходов.

Заключение

Развитие отечественной психиатрии прошло путь от институционального становления во второй половине XIX века до современной междисциплинарной медицинской науки. Важнейшими предпосылками этого процесса стали создание кафедр и клиник, формирование профессиональных сообществ, развитие специализированной помощи и появление научных школ, объединявших клиническую практику, преподавание и исследования.

Московская школа, связанная прежде всего с С. С. Корсаковым, В. П. Сербским и П. Б. Ганнушкиным, внесла вклад в клиническую систематизацию психических расстройств, изучение когнитивных нарушений, судебную психиатрию и учение о личности. Санкт-Петербургская школа, представленная И. М. Балинским, В. М. Бехтеревым и их последователями, развивала интеграцию психиатрии с неврологией, физиологией и психологией. Работы В. Х. Кандинского способствовали развитию описательной психопатологии, а исследования школы А. В. Снежневского оказали существенное влияние на отечественные представления о клинической динамике психических заболеваний.

Исторический опыт демонстрирует, что научная преемственность должна сочетаться с критическим пересмотром устаревших концепций и осознанием этических рисков. Современная психиатрия ориентируется на доказательные

подходы, стандартизированную диагностику, комплексную оценку биологических, психологических и социальных факторов и соблюдение прав пациентов. Таким образом, изучение отечественных научных школ важно не только для понимания истории медицины, но и для формирования профессионального мышления будущих психиатров.

Источники и литература / Sources and references:

1. Ганнушкин, П. Б. Клиника психопатий, их статика, динамика, систематика / П. Б. Ганнушкин. Москва : Север, 1933. 128 с.

2. Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В. М. Бехтерева. История центра [Электронный ресурс]. URL: https://bekhterev.ru/about/history (дата обращения: 19.10.2026).

3. Пятницкий, Н. Ю. История развития отечественной психиатрии: период 1940–1980 гг. / Н. Ю. Пятницкий, В. Г. Каледа // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 2023. Т. 123, № 12. С. 133–140.

4. Bloch, S. Soviet Psychiatric Abuse: The Shadow Over World Psychiatry / S. Bloch, P. Reddaway. Boulder, CO : Westview Press, 1984.

5. Lerner, V. Victor Kandinsky (1849–89): a pioneer of modern Russian forensic psychiatry / V. Lerner, J. Margolin, E. Witztum // History of Psychiatry. — 2012. Vol. 23, No. 2. P. 216–228.

6. Ovsyannikov, S. A. Sergey S. Korsakov and the beginning of Russian psychiatry / S. A. Ovsyannikov, A. S. Ovsyannikov // Journal of the History of the Neurosciences. 2007. Vol. 16, No. 1–2. P. 58–64.

7. Pogorelov, M. «The best representative of Russian psychiatry»: Remembering Sergey Korsakov in Russian and Soviet psychiatry, 1900–1954 / M. Pogorelov // History of Psychiatry. 2026. Vol. 37, No. 2. P. 174–192.

ВКЛАД ПРОФЕССОРА Н. П. КОКОРИНОЙ В РАЗВИТИЕ КУЗБАССКОЙ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

Богубаева К. Р., Дергачева А.Е., Савинцева А. Е.
Кафедра клинической психологии
ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Россия, г. Кемерово
Научный руководитель – канд. ист. наук, доцент Г. В. Акименко

Аннотация. Цель исследования – систематизировать и оценить вклад профессора Н. П. Кокориной в становление и развитие наркологической службы Кузбасса, а также определить, как её научные и организационные идеи реализуются в современной практике. Актуальность работы обусловлена необходимостью сохранения преемственности традиций региональной наркологии, понимания современных вызовов в сфере профилактики зависимостей и суицидального поведения, а также оценки долгосрочных результатов организационных инноваций, заложенных Н. П. Кокориной.

Ключевые слова: Н. П. Кокорина, наркологическая служба, Кузбасс, суицидологический центр, программа «Фламинго», профилактика зависимостей, история медицины, организация здравоохранения, подготовка кадров.

THE CONTRIBUTION OF PROFESSOR N. P. KOKORINA TO THE DEVELOPMENT OF THE KUZBASS NARCOLOGICAL SERVICE

Bogubaeva K. R., Dergacheva A. E., Savintseva A. E.
Department of Clinical Psychology
Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo
Scientific supervisor – G. V. Akimenko

Abstract. Objective: To systematize and evaluate the contribution of Professor N. P. Kokorina to the formation and development of the narcological service in Kuzbass, as well as to determine how her scientific and organizational ideas are

implemented in modern practice. Rationale: The relevance of this research is determined by the need to preserve the continuity of regional narcology traditions, to understand current challenges in the prevention of addictions and suicidal behavior, and to evaluate the long-term results of organizational innovations introduced by N. P. Kokorina.

Keywords: N. P. Kokorina, narcological service, Kuzbass, suicidological center, «Flamingo» program, addiction prevention, history of medicine, healthcare organization, personnel training.

Введение

Изучение истории региональной наркологии является важнейшим условием для понимания современных вызовов, стоящих перед системой здравоохранения. Опыт прошлых поколений врачей позволяет не только сохранить преемственность традиций, но и найти эффективные пути решения проблем распространения зависимостей и суицидального поведения. В этом контексте фигура доктора медицинских наук, профессора Натальи Петровны Кокориной является уникальной [1, 2].

Её деятельность охватывала широкий спектр: от практической психиатрии и науки до организации здравоохранения и педагогики. Анализ её наследия позволяет выявить психолого-педагогические и организационные механизмы, которые легли в основу кузбасской модели наркологической помощи, признанной одной из лучших в России [3].

Особую значимость теме придаёт тот факт, что созданные Н. П. Кокориной службы и программы продолжают функционировать и сегодня, а заложенные ею принципы сохраняют актуальность в условиях новых вызовов — распространения полинаркомании, немедицинского потребления лекарственных препаратов и утяжеления контингента пациентов. Это делает необходимым не

только описание исторических фактов, но и комплексный анализ научного наследия, библиографических характеристик её трудов и сопоставление её идей с современным состоянием наркологической службы [4, 5].

Цель: систематизировать и оценить вклад Н. П. Кокориной в становление и развитие наркологической службы Кузбасса, а также определить, как её научные и организационные идеи реализуются в современной практике.

Материалы и методы исследования

В работе использованы историко-медицинский анализ, биографический метод, библиографический анализ и системный подход, позволяющие рассмотреть деятельность Н. П. Кокориной в контексте развития системы здравоохранения региона и оценить преемственность её идей в современной наркологической практике. Материалами исследования послужили научные публикации, архивные документы, нормативно-правовые акты Минздрава России и официальные данные Кузбасского клинического наркологического диспансера имени профессора Н. П. Кокориной [6, 7].

Результаты и обсуждение

Биография Н. П. Кокориной. Наталья Петровна Кокорина родилась 26 июня 1941 года в городе Прокопьевске Кемеровской области. После окончания школы она поступила на лечебный факультет Кемеровского государственного медицинского института, а на третьем курсе перевелась в Томский государственный медицинский институт. Поворотным моментом в выборе профессии стали лекции по психиатрии доцента С. Запускалова, которые она услышала на третьем курсе — после этого Наталья Петровна твёрдо решила стать врачом [3].

Трудовую деятельность начала в ноябре 1965 года врачом-психиатром Кемеровской областной психиатрической больницы. С 1968 по 1970 год проходила последипломную подготовку в ординатуре при кафедре психиатрии

Кемеровского медицинского института. С 1970 по 2014 год работала на кафедре психиатрии, наркологии и медицинской психологии Кемеровского государственного медицинского университета.

В 1973 году защитила кандидатскую диссертацию, а в 1994 году — докторскую, посвящённую психическому здоровью шахтёров. Н. П. Кокорина — доктор медицинских наук, профессор. Опубликовала более 150 научных работ, среди которых монографии, методические рекомендации и руководства для студентов медицинских вузов, психиатров, наркологов и психологов. Под её руководством были защищены семь кандидатских диссертаций по проблемам наркологии [3].

Научная, педагогическая и организационная деятельность. Научное наследие Н. П. Кокориной формировалось в русле актуальных проблем регионального здравоохранения. В 1973 году ею была защищена кандидатская диссертация, а в 1994 году — докторская, посвящённая психическому здоровью шахтёров. Данное исследование не утратило своей значимости и в настоящее время, сохраняя теоретическую и практическую ценность для Кузбасского региона.

Н. П. Кокорина является автором более 150 научных работ, среди которых монографии, методические рекомендации и руководства, адресованные студентам медицинских вузов, психиатрам, наркологам и психологам. Наиболее значимыми её трудами являются «Гигиенические аспекты сохранения здоровья и работоспособности шахтёров» и «Проблемы реабилитации и качества жизни ветеранов локальных войн».

Педагогическая работа Н. П. Кокориной была неразрывно связана с кафедрой психиатрии, наркологии и медицинской психологии Кемеровского государственного медицинского университета, где она трудилась с 1970 по 2014 год. Под её научным руководством были защищены семь кандидатских

диссертаций по проблемам наркологии, а также подготовлено значительное число врачей-психиатров и наркологов, осуществляющих профессиональную деятельность в различных городах России и за рубежом. Как отмечается в современных исследованиях, формирование профессиональной идентичности студентов-медиков невозможно без опоры на опыт и личность наставника [4].

Наряду с научной и преподавательской работой, Н. П. Кокорина внесла существенный вклад в развитие практической медицины. В 1993 году по её инициативе и при непосредственном участии в Кемерове был создан первый в России суицидологический центр, в структуру которого вошли Телефон доверия, кабинеты социально-психологической помощи и кризисный стационар.

Ею была организована муниципальная наркологическая служба города Кемерова, в том числе ориентированная на несовершеннолетних. К 1998 году в каждом районе города были открыты амбулаторные кабинеты для детей и подростков, детско-подростковый наркологический стационар, а также отделение медицинской и социальной реабилитации.

В 2002 году Н. П. Кокорина совместно с коллегами открыла первый в Российской Федерации реабилитационный центр для несовершеннолетних с наркологическими расстройствами, где дети и подростки наряду со специализированной помощью получали среднее образование и профессиональную подготовку.

В 2010 году ею была разработана и внедрена в работу медицинских организаций Кузбасса лечебно-реабилитационная программа для наркозависимых «Фламинго», которая в 2013 году была признана лучшей в Российской Федерации [3].

Организационные достижения. Организационные достижения Н. П. Кокориной имеют масштабный характер: ею были заложены системные подходы

к оказанию помощи лицам с зависимостями и суицидальным поведением в России. Рассмотрим ключевые из них через призму психологии и педагогики.

Первый в России суицидологический центр (1993 г.). В структуру центра вошли Телефон доверия, кабинеты социально-психологической помощи и кризисный стационар. Это позволило сформировать комплексный механизм экстренной поддержки людей в кризисных состояниях. С психологической точки зрения, данная модель реализует принцип многоуровневой помощи: от анонимного консультирования до интенсивной терапии в стационаре, что соответствует современным представлениям о биопсихосоциальной модели психических расстройств.

Создание муниципальной наркологической службы для несовершеннолетних. Уже к 1998 году были открыты амбулаторные наркологические кабинеты для детей и подростков в каждом районе города, созданы детско-подростковый наркологический стационар и отделение медицинской и социальной реабилитации. Этот шаг является ярким примером реализации принципа превентивности и раннего вмешательства, что особенно важно в подростковом возрасте, когда риск формирования аддиктивного поведения наиболее высок [5].

Первый в РФ реабилитационный центр для несовершеннолетних с наркологическими расстройствами (2002 г.). Данное учреждение сочетало специализированную наркологическую помощь с получением среднего образования и профессиональной подготовки. Это педагогически значимый прорыв, так как возвращение подростка к нормальной жизни невозможно без восстановления его социального статуса и образовательного уровня.

Программа «Фламинго» (2010 г.). Разработанная и внедрённая под руководством Н. П. Кокориной, эта лечебно-реабилитационная программа в 2013 году была признана лучшей в Российской Федерации. Её успех подтверждает

эффективность интегративного подхода, сочетающего медицинские, психологические и социальные методы воздействия.

Подготовка кадров и научное руководство. Под руководством Н. П. Кокориной были защищены семь кандидатских диссертаций по проблемам наркологии. Ею также было подготовлено большое число врачей-психиатров и наркологов, работающих в настоящее время в разных городах России и за рубежом. Это прямое доказательство её вклада в педагогику высшей медицинской школы.

Память и признание. Безупречная многолетняя работа Натальи Петровны Кокориной получила высокую оценку. Она награждена медалями Администрации Кемеровской области — «За особый вклад в развитие Кузбасса» III степени, «За служение Кузбассу», «За веру и добро» и «60 лет Кемеровской области». Её труд отмечали Почётными грамотами губернатор области, глава города Кемерово, департамент охраны здоровья населения и управление здравоохранения. Особое признание — бронзовый знак «За заслуги перед городом Кемерово» и знак «Отличник здравоохранения».

Имя Натальи Петровны не ушло вместе с ней — оно продолжает работать. 18 ноября 2020 года её имя было присвоено Кузбасскому клиническому наркологическому диспансеру. Годом позже, в 2021-м, на фасаде здания диспансера на улице Карболитовской, 15 появилась мемориальная доска.

Но главное — дело. Ученики и последователи продолжают развивать созданные ею службы и методики. Лечебно-реабилитационная программа «Фламинго», разработанная при её участии, в 2013 году была признана лучшей в Российской Федерации. Научное наследие Натальи Петровны — более 150 публикаций, включая монографии и методические рекомендации. Под её руководством защищены кандидатские диссертации, а подготовленные ею врачи работают по всей России и за её пределами.

Анализ научных трудов Н. П. Кокориной. Научное наследие Н. П. Кокориной включает более 150 публикаций — монографий, методических рекомендаций и руководств, адресованных студентам медицинских вузов, психиатрам, наркологам и психологам. Её ключевые научные работы сосредоточены в области промышленной психиатрии и наркологии.

Докторская диссертация (1994) была посвящена психическому здоровью шахтёров — теме, сохраняющей актуальность для Кузбасса и сегодня. В рамках диссертационного исследования Н. П. Кокорина провела клинико-эпидемиологическое обследование 3400 трудоспособных шахтёров Кузнецкого угольного бассейна. Было установлено, что распространённость пограничных экзогенно-органических расстройств значительно превышает официально регистрируемые показатели. Эти данные легли в основу рекомендаций по профессиональному отбору и формированию групп риска, нуждающихся в профилактических и лечебных мероприятиях для продления периода подземной трудоспособности [6].

Библиографический анализ. Количество работ: более 150 публикаций, включая монографии, методические рекомендации и руководства. Основные публикации представлены в «Журнале неврологии и психиатрии имени С. С. Корсакова» (центральное профильное издание) и «Сибирском вестнике психиатрии и наркологии». Цитируемость: количественные показатели цитирования в доступных источниках не приводятся. Работа «The prevalence of neuropsychic pathology among underground coal mine workers» (1993) индексируется в PubMed (PMID: 8160515), Semantic Scholar и Mendeley, что подтверждает её присутствие в международном научном обороте [6].

Сопоставление идей Н. П. Кокориной с современным состоянием наркологической службы. Программа «Фламинго», разработанная при участии Н. П. Кокориной в 2010 году, продолжает активно использоваться в Кузбасском

клиническом наркологическом диспансере. В отделении медицинской реабилитации развёрнуто 25 круглосуточных коек, где реализуется данная программа. В июне 2013 года реабилитационное отделение заняло первое место в конкурсе Минздрава России на лучшую реабилитационную программу для больных наркологического профиля [7]. Суицидологический центр, созданный в 1993 году, стал первой в России подобной структурой, организованной вне психиатрической больницы.

Современная наркологическая служба Кузбасса значительно расширила инфраструктуру. Детско-подростковая наркологическая служба сегодня включает 21 кабинет врача-психиатра-нарколога, два дневных наркологических стационара на 10 пациенто-мест и 15 круглосуточных коек. Оказание плановой наркологической помощи включает три этапа: догоспитальный (46 кабинетов), полустационарный (9 дневных стационаров на 179 пациенто-мест) и стационарный (317 наркологических коек) [7].

Вместе с тем анализ выявляет ряд системных проблем: преждевременное прерывание лечения пациентами; утяжеление состояния пациентов вследствие употребления некачественной алкогольной продукции; низкая обращаемость несовершеннолетних; недостаточное межведомственное взаимодействие [5, 8]. Заложенные Н. П. Кокориной принципы системной профилактики, раннего вмешательства и мультидисциплинарного подхода сохраняют свою ценность, однако новые вызовы требуют дальнейшего развития и адаптации созданной ею модели.

Заключение

1. Жизнь и деятельность Натальи Петровны Кокориной — целая эпоха в истории кузбасской медицины, пример подвижнического служения профессии. Начав свой путь врачом-психиатром, она прошла его до профессора, доктора медицинских наук, наставника многих поколений врачей.

2. Проведённый анализ научных трудов показал, что исследования Н. П. Кокориной носили прикладной характер. Докторская диссертация, основанная на обследовании 3400 шахтёров, выявила истинную распространённость пограничных расстройств и легла в основу системы профессионального отбора и профилактики.

3. Основные организационные достижения: первый в России суицидологический центр (1993), муниципальная наркологическая служба для детей и подростков (к 1998), первый в РФ реабилитационный центр для несовершеннолетних с наркологическими расстройствами (2002), программа «Фламинго» (2010), признанная лучшей в России (2013).

4. Сопоставление идей Н. П. Кокориной с современным состоянием службы показывает, что заложенные ею принципы сохраняют актуальность. Программа «Фламинго» продолжает применяться и тиражируется в других регионах. Детско-подростковая служба включает 21 кабинет, дневные стационары и круглосуточные койки.

5. Вместе с тем анализ выявляет новые вызовы: преждевременное прерывание лечения, утяжеление состояния пациентов, низкая обращаемость несовершеннолетних, недостаточное межведомственное взаимодействие. Это указывает на необходимость адаптации модели к современным реалиям — распространению полинаркомании и немедицинского потребления лекарственных препаратов.

6. Изучение наследия Н. П. Кокориной — это осмысление того, как самоотверженность, научная честность и организационная воля одного человека способны изменить систему здравоохранения целого региона и задать ориентиры для всей страны.

Источники и литература / Sources and references:

1. Акименко, Г. В. Психология неопределённости в условиях пандемии: причины, эмоции и последствия / Г. В. Акименко, А. М. Селедцов, Ю. Ю. Кирина // Дневник науки. 2020. № 11 (47). С. 13.

2. Современные проблемы психического здоровья личности: клинические, психологические и социальные реалии / Г. В. Акименко, С. А. Асанов, О. В. Головко [и др.]. Москва : Альпен-принт, 2024. 257 с.

3. Вачаева, А. М. Супружеская вина и родительские установки как факторы аутодеструктивного поведения подростков с акцентуациями характера / А. М. Вачаева, А. Н. Гиндуллина // Психология, психиатрия, наркология XXI века: первые шаги в науку и практику : сборник материалов IV Международной междисциплинарной научно-практической конференции молодых ученых и студентов (Кемерово, 14 мая 2026 г.). Ч. 1. Кемерово : КемГМУ, 2026. С. 113–121.

4. Кирина, Ю. Ю. Формирование коммуникативной креативности как результат взаимодействия преподавателя и студента в образовательном процессе медицинского вуза / Ю. Ю. Кирина, Г. В. Акименко, А. М. Селедцов // Педагогика и медицина в воспитательном пространстве: проблемы, возможности и перспективы. 2023. С. 215–221.

5. Кокорина, Н. П. Психическое здоровье шахтёров : дис. ... д-ра мед. наук / Н. П. Кокорина. Кемерово, 1994.

6. Кокорина, Н. П. The prevalence of neuropsychic pathology among underground coal mine workers / Н. П. Кокорина // PubMed. 1993. PMID: 8160515.

7. Кузбасский клинический наркологический диспансер имени профессора Н. П. Кокориной : официальный сайт [Электронный ресурс]. URL: https://kuzbassnark.ru (дата обращения: 05.10.2026).

8. Новочук, С. В. Эволюция наркологической помощи в отечественной практике / С. В. Новочук // Психология, психиатрия, наркология XXI века: первые шаги в науку и практику : сборник материалов IV Международной междисциплинарной научно-практической конференции молодых ученых и студентов (Кемерово, 14 мая 2026 г.). Ч. 1. Кемерово : КемГМУ, 2026. С. 519–525.

9. Окунев, М. Е. Сложности дифференциальной диагностики первичных и индуцированных психоактивными веществами психических расстройств / М. Е. Окунев // Психология, психиатрия, наркология XXI века: первые шаги в науку и практику : сборник материалов IV Международной междисциплинарной научно-практической конференции молодых ученых и студентов (Кемерово, 14 мая 2026 г.). Ч. 1. Кемерово : КемГМУ, 2026. С. 526–533.

10. Стратегия государственной антинаркотической политики Российской Федерации на период до 2030 года : Указ Президента РФ от 23 ноября 2020 г. № 733 // КонсультантПлюс : справочная правовая система. Москва, 2020.

11. Федеральный закон № 3-ФЗ от 08.01.1998 «О наркотических средствах и психотропных веществах» : принят Государственной Думой 10.12.1997 : (с изменениями и дополнениями) // КонсультантПлюс : справочная правовая система. Москва, 1998.

12. Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «психиатрия-наркология» : Приказ Минздрава РФ от 30.12.2015 № 1034н : (ред. от 07.06.2022) // КонсультантПлюс : справочная правовая система. Москва, 2015.

13. Пятницкая, И. Н. Клиническая наркология / И. Н. Пятницкая. Москва: Медицина, 1975. 334 с.

14. Сравнительный обзор принципов и методов лечения наркомании, применяемых в Европе и в Российской Федерации // Журнал «Медицина». 2018. № 4. С. 112–118.

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ НЕПРОИЗВОДСТВЕННОГО ТРАВМАТИЗМА ТРУДЯЩИХСЯ УГЛЕДОБЫВАЮЩЕЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ

Богулко К. А., Шварц И. С.
Кафедра информационных технологий
ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Россия, г. Кемерово
Научный руководитель - В. М. Ивойлов

Аннотация. В статье рассматривается непроизводственный травматизм трудящихся основной социально-трудовой группы угледобывающей промышленности Кузбасса. Приводятся виды непроизводственного травматизма, анализируются его уровни и структура, влияние социально-психологических факторов на его возникновение и распространенность. Предлагаются мероприятия, направленные на профилактику непроизводственного травматизма.

Ключевые слова: трудящиеся угледобывающей промышленности, травматизм шахтеров, непроизводственный травматизм, социально-психологические факторы, профилактика непроизводственного травматизма.

SOCIO-PSYCHOLOGICAL FACTORS OF NON-OCCUPATIONAL INJURIES OF WORKERS IN THE COAL MINING INDUSTRY

Bogulko K. A., Schwartz I. S.
Department of Information Technology
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
The scientific supervisor is V. M. Ivoilov.

Abstract. The article examines the non-occupational injuries of workers of the main social and labor group of the Kuzbass coal mining industry. The types of non-occupational injuries are given, their levels and structure are analyzed, the influence of socio-psychological factors on their occurrence and prevalence. Measures aimed at preventing non-occupational injuries are proposed.

Keywords: workers in the coal mining industry, miners' injuries, non-occupational injuries, socio-psychological factors, prevention of non-occupational injuries.

Введение

Травматизм населения является актуальнейшей проблемой для государств имеющих общественное здравоохранение, в которых ведется его учет и анализ. Травматизм наряду с медицинской значимостью, несет в себе социально-экономическую составляющую, связанную с дорогостоящим лечением, тяжелыми последствиями в виде инвалидности и смертности, утратой трудоспособности и как результат, экономическими потерями для государства. По данным Всемирной организации здравоохранения, в результате травм, отравлений и некоторых других последствий воздействия внешних причин в мире ежегодно погибает более 5 миллионов человек. В структуре смертности населения этот класс болезней составляет более 10%. Около 70% погибших принадлежат к трудоспособному возрасту.

За последнее пятилетие уровень травматизма в России находится в пределах 16,3 – 18,4 случая в расчете на 1000 населения и имеет некоторую тенденция к снижению [8, 354]. В Кемеровской области – Кузбассе эти показатели значительно выше и составляют 107,3 – 119,2 случая на 1000 населения [2, 92].

Многочисленными исследованиями установлено влияние на травматизм производственных и социально-психологических факторов, в большей степени ему подвержены мужчин в возрасте 20-49 лет и женщины в возрасте 30-59 лет. Наиболее часто травмы возникают у мужского населения, практически во всех возрастных группах [3, 358]. Травматизм наряду с другими заболеваниями оказывает существенное негативное влияние на качество жизни населения [4, 74].

В соответствии с принятой классификацией травматизм бывает производственным и непроизводственным. Под производственным травматизмом понимается травмирование человека при выполнении производственных задач. Непроизводственный травматизм не связан с трудовой деятельностью человека. Общепринятой классификации непроизводственного травматизма не существует. Большую долю в нем занимает бытовой травматизм на долю которого приходится более 50% из всех видов непроизводственного травматизма. Под бытовым травматизмом понимаются несчастные случаи, происходящие в быту и не связанные с производственной деятельностью. К нему относят несчастные случаи, произошедшие в квартире, во дворе, гараже, на даче, при отдыхе на природе т.д. Наиболее часто бытовой травматизм наблюдается в возрастной группе 18-25 лет. Повышенному риску бытового травматизма наиболее подвержены пожилые люди и дети. У мужчин бытовой травматизм встречаются в 2-3 раза чаще, чем у женщин [10, 357]..

Основными причинами бытового травматизма являются падения, порезы и другие ранения, ожоги, ушибы, отравления, травмы от электричества, утопления. Возникновению бытовых травм способствует невнимательность, психическое возбуждение, стресс и переутомление, спешка, злоупотребление алкоголем, неисправность используемой техники, захламленность, ветхое состояние помещений и другое.

Различают несколько групп бытовых травм. К первой группе относятся травмы, связанные с выполнением домашней работы. Вторую группу составляют травмы, возникшие при передвижении. В третью группу входят травмы, полученные при нарушении правил общественного порядка.

Некоторые исследователи в составе непроизводственного травматизма выделяют уличный, дорожно-транспортный, спортивный, детский, криминальный травматизм и другие.

Увеличение непроизводственного травматизма в последнее десятилетие происходит за счет роста транспортного, детского и спортивного травматизма.

Важное значение в профилактике непроизводственного травматизма принадлежит администрации территорий, коммунальным службам и медицинским организациям. Уже на этапе обучения медицинского персонала следует уделять внимание проблемам данного вида травматизма, использовать деонтологические подходы [1, 162].

Объекты и методы исследования

Объектом исследования являются угледобывающие предприятия Прокопьевск-Киселевского угольного района Кемеровской области-Кузбасса. Единицей наблюдения выступает трудящийся угольных предприятий. Предметом исследования служит непроизводственный травматизм работающих на угольных производствах. При проведении исследования использовались следующие методы: анализ литературных источников, метод опроса, выкопировки показателей из отчетов медицинских организаций, статистическая обработка, интерпретация полученных данных.

Результаты и их обсуждение

Материалы исследования свидетельствуют, что непроизводственный травматизм среди трудящихся угледобывающей промышленности составляет 57,0% случаев от числа всех травм, включая производственные.

Непроизводственный травматизм по частоте возникновения превышает производственный. Частота непроизводственных травм составляет 129,6 случая в расчете на 1000 работающих. Число дней нетрудоспособности достигает 2473,7 на 1000 работающих при средней продолжительности одного случая 19,1 дня. Отмечается увеличение числа случаев непроизводственных травм с числом дней нетрудоспособности 1-2 дня. При характеристике непроизводственного травматизма в зависимости от возраста установлено, что чаще всего его возникновение отмечается в возрастной группе 55 лет и старше, а также в возрастной группе 20-29 лет. Несколько реже данный вид травматизма встречается в возрастной группе 30-39 лет.

Установлена зависимость частоты возникновения несчастных случаев в зависимости от места проживания населения. Лица, проживающие на территориях с угледобывающей промышленностью, имеют более высокие уровни травм, отравлений и некоторых других последствий воздействия внешних причин [6, 220].

Определенный интерес представляют данные характеризующие непроизводственный травматизм в зависимости от времени года. Установлено, что чаще этот вид травматизма встречается в четвертом квартале (30,0%) и октябре месяце. На наш взгляд это объясняется природными климатическими условиями этого периода, когда наблюдаются низкие температуры, гололедные явления, метели и прочее.

Анализ непроизводственных травм в зависимости от времени суток показывает, что максимальное их число приходится на период с 16.00 до 24.00 часов. Наименьший – с 0.00 часов до 9.00.

Характеристика типов непроизводственных травм показывает, что наиболее часто встречаются открытые раны (44,0 случая на 1000 работающих), поверхностные травмы (32,4 случая) и переломы (19,4 случая на 1000

работающих). На эти три типа травм приходится 74% всех непроизводственных несчастных случаев. Поверхностные травмы сопровождаются наименьшей длительностью нетрудоспособности – 8,2 дня.

Наиболее частой локализацией непроизводственных травм являются дистальные отделы верхних и нижних конечностей. Повреждения запястья и кисти составляют 30,4 случая на 1000 работающих, области голеностопного сустава и стопы – 19,4 случая.

В ходе исследования устанавливалось место возникновения каждого непроизводственного несчастного случая. Наибольший удельный вес приходится на травмы, полученные в домашних условиях – 48,7%. К ним относятся травмы, полученные при выполнении домашней работы, на приусадебном участке, во дворе дома и т.д. Значительное место в структуре непроизводственных травм занимают уличные и дорожные травмы – 35,8%. Большинство из них составляют падения на улице или дороге. Чаще всего они происходят в осенний и зимний периоды в результате обледенения и неудовлетворительной очистке тротуаров от снега и льда.

Анализ причин непроизводственных травм показывает, что наибольший удельный вес среди них имеют падения, на долю которых приходится 32,5 % и воздействия неживых механических сил – 24,9%. Среди падений наиболее часто встречаются поскальзывания, спотыкания и падения. В числе неживых механических сил наиболее часто встречаются удары предметами или о предметы и различные режущие инструменты. Также среди причин травм встречаются нападения со стороны других лиц с применением физической силы, холодного и другого оружия. Они составляют 10,3% случаев. На долю соприкосновений с горячими и раскаленными веществами (предметами) приходится 7,3% всех причин непроизводственных травм; на долю

транспортных несчастных случаев – 6,1%; случайные отравления и воздействия ядовитых веществ – 5,1%.

Выявленным причинам непроизводственного травматизма способствует плохое благоустройство жилья, пренебрежение правилами техники безопасности при пользовании бытовыми приборами, техникой и инструментами, употребление алкоголя, неуровновешенное психологическое состояние и наличие заболеваний [5, 584].

Метод главных компанент факторного анализа определены факторы оказывающие наибольшее влияние на уровни непроизводственных травм. К ним относятся: возраст 20 – 29 лет, 55 лет и старше; время суток с 19.00 часов до 24.00 часов; выполнение домашней работы; осенне-зимний период года; падения.

На основании материалов исследования разработаны мероприятия, по профилактике непроизводственного травма направленные на улучшение бытовых условий, расширение коммунальных услуг, пропаганду здорового образа жизни, повышение роли медицинских работников в предупреждении и лечении данного вида травм.

Заключение

Уровень непроизводственного травматизма среди трудящихся угледобывающей промышленности является значительной социально-экономической проблемой, требующей своего решения. На промышленных предприятиях большое внимание уделяется производственному травматизму и практически не учитывается непроизводственный травматизм.

Для снижения непроизводственного травматизма необходимо повышение безопасности жизнедеятельности и качества жизни граждан. Профилактика непроизводственного травматизма должна быть направлена на обучение людей безопасному поведению, улучшение бытовых условий.

При разработке профилактических мероприятий необходимо учитывать, что наибольшее влияние на уровни непроизводственных травм оказывает возраст 20 – 29 лет, 55 лет и старше, время суток с 19.00 часов до 24.00 часов, выполнение домашней работы, осенне-зимний период года, падения.

Важная роль в профилактике заболеваемости и непроизводственного населения принадлежит медицинским работникам [9, 1148]. Более эффективная профилактическая работа отмечается в тех организациях, где используются новые, современные информационные технологии и элементы бережливого производства [7, 118].

Источники и литература / Sources and references:

1. Актуальные вопросы педагогики и деонтологии в медицинском образовании / Г. В. Акименко, Е. В. Аршинова, С. А. Асанов [и др.]. Москва : ООО «Альпен-Принт», 2026. 293 с. ISBN 978-5-605-58383-7.

2. Государственный доклад «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Кемеровской области Кузбассе в 2025 году». Кемерово, 2026. 265 с.

3. Ивойлов, В. М. Влияние производственных и социально-психологических факторов на травматизм шахтеров / В. М. Ивойлов, О. М. Колесников, П. С. Руднев // Вызовы современной эпохи: человек в экстремальных условиях и кризисных ситуациях жизнедеятельности : сб. материалов Междунар. междисциплин. науч.-практ. конф., Кемерово, 10 апр. 2026 г. Кемерово : Кемеровский государственный медицинский университет, 2026. С. 145–154.

4. Ивойлов, В. М. Медико-социальные аспекты качества жизни, связанного со здоровьем трудящихся угледобывающих предприятий / В. М. Ивойлов, Т. А. Штернис // Медицина в Кузбассе. 2012. Т. 11, № 4. С. 72–74.

5. Ивойлов, В. М. Медико-социальные проблемы безопасности жизнедеятельности шахтеров / В. М. Ивойлов, Н. В. Копытина, Т. А. Штернис // Современный мир, природа и человек. Технологии стран БРИКС для развития медицины : сб. материалов XXIV Международ. науч.-практ. конф., Кемерово, 10 окт. 2025 г. Кемерово : Кемеровский государственный медицинский университет, 2025. С. 569–585.

6. Копытина, Н. В. Окружающая среда и здоровье населения, проживающего на территориях с угледобывающей промышленностью / Н. В. Копытина, О. В. Ивойлова, П. С. Руднев // Организм и среда жизни: к 100-летию доктора биологических наук, профессора Е. Д. Логачёва и 70-летию кафедры биологии с основами генетики и паразитологии КемГМУ : сб. материалов VI Всерос. науч.-практ. конф. с международ. участием, Кемерово, 19–20 марта 2026 г. Кемерово : Кемеровский государственный медицинский университет, 2026. С. 216–221.

7. Основы бережливого производства для медицинских специальностей. С практикумом : учебное пособие / Т. А. Штернис, Н. С. Давыдова, Н. В. Копытина [и др.]. Москва : КноРус, 2026. 432 с. ISBN 978-5-406-15902-6.

8. Пуртов, Е. Е. Анализ уровня бытового травматизма у населения старшего трудоспособного возраста в Российской Федерации / Е. Е. Пуртов, В. В. Люцко // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. 2024. № 4. С. 351–363.

9. Штернис, Т. А. Медико-профилактическая помощь трудящимся угольной промышленности и ее влияние на безопасность жизнедеятельности / Т. А. Штернис, И. В. Самусь, О. М. Колесников // Современный мир, природа и человек. Технологии стран БРИКС для развития медицины : сб. материалов

XXIV Международ. науч.-практ. конф., Кемерово, 10 октября 2025 г. Кемерово : Кемеровский государственный медицинский университет, 2025. С. 1147–1156.

10. Штернис, Т. А. Социально-гигиеническая и психологическая характеристика семей шахтеров, получивших травмы / Т. А. Штернис // Вызовы современной эпохи: человек в экстремальных условиях и кризисных ситуациях жизнедеятельности : сб. материалов Международ. междисциплин. науч.-практ. конф., Кемерово, 20 мая 2025 года. Кемерово : Кемеровский государственный медицинский университет, 2025. С. 350–358.

ПСИХИЧЕСКИЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТА, ВЫЗВАННЫЕ УПОТРЕБЛЕНИЕМ ОПИОИДОВ

Болдышева В. Д.
Кафедра психиатрии и наркологии
ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово
Научный руководитель - А. С. Яковлев

Аннотация. В данной статье рассматриваются психические и поведенческие расстройства, возникающие на фоне употребления опиоидов — группы психоактивных веществ природного и синтетического генеза. Проведен анализ клинических проявлений, нейробиологических механизмов формирования аддикции, а также социальных и когнитивных последствий хронической опиоидной зависимости. Отдельное протоколам фармакотерапии (включая заместительную терапию) и профилактическим стратегиям.

Ключевые слова: опиоиды, опиоидная зависимость, психоактивные вещества, психические расстройства, абстинентный синдром, заместительная терапия.

PSYCHOLOGICAL AND BEHAVIORAL DISORDERS CAUSED BY OPIOID USE

Boldysheva V.D.
Department of Psychiatry and Narcology
Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo
Scientific supervisor - Yakovlev A.S.

Abstract. This article examines mental and behavioral disorders that arise from the use of opioids, a group of psychoactive substances of natural and synthetic origin. The analysis covers clinical manifestations, neurobiological mechanisms of addiction formation, as well as the social and cognitive consequences of chronic opioid dependence. Special attention is paid to diagnostic criteria in accordance with ICD-10, modern pharmacotherapy protocols (including substitution therapy), and prevention strategies.

Keywords: opioids, opioid dependence, psychoactive substances, mental disorders, withdrawal syndrome, substitution therapy.

Введение

Опиоиды представляют собой гетерогенную группу психоактивных веществ природного, полусинтетического и синтетического происхождения, реализующих свой эффект через взаимодействие с μ-опиоидными рецепторами центральной нервной системы.

Современная картина характеризуется неуклонным ростом потребления высокопотентных синтетических опиоидов, что обусловлено их высокой доступностью на нелегальном рынке и мощным эйфоризирующим эффектом, а также способностью индуцировать гиперстимуляцию системы вознаграждения. Клиническая практика и многочисленные исследования наглядно демонстрируют, что опиоидная зависимость неизбежно влечет за собой тяжелые психические, поведенческие и соматические расстройства. В связи с этим

изучение данной проблемы сохраняет высокую актуальность для современной наркологии.

Цель исследования: Комплексное изучение психических и поведенческих расстройств, вызванных употреблением опиоидов; анализ их клинических проявлений, патогенетических механизмов, диагностических критериев, а также современных подходов к терапии и профилактике.

Объект исследования: психические и поведенческие расстройства, формирующиеся у лиц, употребляющих наркотические средства группы «опиоиды».

Методы исследования: теоретический анализ научной литературы.

Результаты и обсуждение

Психоактивное действие опиоидов опосредовано их связыванием с **μ**-опиоидными рецепторами, которые в большом количестве присутствуют в головном мозге. При связывании молекулы опиоида с рецепторами диссоциируется G-белок и ингибируется аденилатциклаза, что снижает уровень цАМФ и активность протеинкиназы А; открываются калиевые каналы, что снижает возбудимость нейрона. Эти рецепторы отвечают за болевую чувствительность, эмоциональный фон, мотивацию и работу дыхательного центра. Длительная и регулярная стимуляция рецепторов экзогенными опиоидами приводит к нейроадаптации: снижается выработка эндогенных опиоидов, изменяется синаптическая пластичность, формируется толерантность, а при прекращении приема — тяжелый абстинентный синдром.

Синтетические опиоиды (особенно фентанил) способны вызывать молниеносное угнетение дыхательного центра, что является основной причиной смерти при передозировках. При хроническом употреблении опиоидов развивается гипоксия, снижается толерантность к физическим нагрузкам, а также повышается риск развития пневмоний и бронхитов. Для острой

интоксикации опиоидами характерны выраженный миоз, брадикардия, снижение моторной активности и угнетение сознания вплоть до комы.

Хроническое употребление опиоидов ассоциировано с развитием стойкого астено-депрессивного синдрома, выраженным снижением когнитивных функций (память, внимание, критическое мышление), социальной деградацией, сужением круга интересов, асоциальным поведением, высоким риском коморбидных расстройств (тревожно-депрессивные состояния, расстройства личности, ПТСР).

При прекращении снижении дозы у зависимых лиц развивается абстинентный сидром, включающий в себя дисфорию, бессонницу, мидриаз, слезотечение, диарею, мышечные и суставные боли. Именно абстиненция становится причиной повторного употребления и формирования зависимости.

В ряде случаев на фоне острой интоксикации или в период абстиненции развивается психотическое расстройство, вызванное употреблением опиоидов, проявляющееся помрачением сознания, зрительными и слуховыми галлюцинациями, а также бредовыми идеями преследования, что требует неотложной психиатрической помощи.

Лечение и реабилитация пациентов с опиоидной зависимостью включают в себя:

1. Медикаментозную терапию:

a) Купирование острой интоксикации и передозировки (применение антагониста опиоидных рецепторов — налоксона);

b) Заместительная поддерживающая терапия (агонисты опиоидных рецепторов — метадон, бупренорфин), направленная на снижение влечения, купирование абстиненции и снижение риска передозировок;

c) Симптоматическая коррекция (антидепрессанты, анксиолитики, нейролептики при психотических нарушениях).

2. Методы психотерапии:

a) Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ);

b) Мотивационное интервьюирование;

c) Групповая терапия и терапевтические сообщества;

d) Программы длительной реабилитации («12 шагов» и др.).

3. Профилактику:

a) Просветительская работа среди молодежи о рисках синтетических опиоидов;

b) Своевременное выявление лиц с аддиктивным поведением и когнитивными нарушениями;

c) Формирование навыков здорового образа жизни и отказа от наркотических средств.

Заключение

Употребление опиоидов, несмотря на их мощный анальгетический потенциал в медицине, при неконтролируемом приеме представляет колоссальную угрозу для психического и физического здоровья. Опиоидная зависимость способна спровоцировать широкий спектр расстройств: от стойких аффективных и когнитивных нарушений до острых психозов и фатальных передозировок. Современная наркология рассматривает проблему опиоидной зависимости как требующую комплексного медикаментозного (включая заместительную терапию), психологического и социального подхода, а также активной профилактики.

Источники и литература / Sources and references:

1. Гофман, А. Г. Клиническая наркология / А. Г. Гофман. URL: https://www.spbnarcolog.ru/info_docs/Gofman_Klinicheskaya-narkologiya (дата обращения: 28.10.2026).

2. Шайдукова, Л. К. Наркомании: этиопатогенез, клиника, лечение, реабилитация / Л. К. Шайдукова. URL: https://shaidukova.ru/wp-content/uploads/2023/06/narkomanii-umo.pdf (дата обращения: 28.10.2026).

3. Клинические рекомендации «Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением опиоидов» (F11). URL: https://cr.minzdrav.gov.ru (дата обращения: 28.10.2026).

4. Тиганов, А. С. Экзогенные психические расстройства / А. С. Тиганов. URL: https://psychiatry.ru/lib/54/book/32/chapter/50 (дата обращения: 28.10.2026).

АРТ-ТЕРАПИЯ КАК МЕТОД ПОМОЩИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ

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

Аннотация. Арт-терапия в данной статье рассматривается с разных позиций как инструмент с высокой эффективностью при влиянии в процесс психотерапии. Акцент был сделан на описании влияния арт-терапии на лечение различных психических расстройств. Также изучена безопасность использования данного метода и его применимость в современных условиях.

Ключевые слова: арт-терапия, метод, помощь, психические расстройства, эффективность

ART THERAPY AS A METHOD OF ASSISTANCE FOR VARIOUS MENTAL DISORDERS

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

Abstract. In this article, art therapy is examined from various perspectives as a highly effective tool for influencing the psychotherapy process. The focus was on describing the impact of art therapy on the treatment of various mental disorders. The safety of using this method and its applicability in modern conditions have also been studied.

Keywords: art therapy, method, assistance, mental disorders, effectiveness

Введение

Арт-терапия впервые появилась в работах М. Наумбург, Э. Крамер, Х. Квятковской (середина прошлого века) и в дальнейшем была разработана в самостоятельную дисциплину с собственным понятийным аппаратом, методами оценки и системами подготовки специалистов [1, 7]. В отличие от широкой трактовки «занятия творчеством» арт-терапия подразумевает наличие отношений терапевтического спектра с грамотно разработанным сеттингом, механизмом действия и регулярной рефлексии. Главная особенность — фундамент данного метода основан на невербальных каналах выражения, что безусловно повышает востребованность использования арт-терапии в таких ситуациях, как например: выраженная алекситимия, травматический опыт, дефицит рефлексивных способностей у пациента с расстройством шизофренического спектра [3, 9].

Российское психиатрическое общество заинтересованность арт-терапией в 1970–1980-е годы, в первую очередь благодаря психосоциальной реабилитации. Работы А.И. Копытина, А.Н. Еричева и их коллег перевели метод из плоскости «трудотерапии с художественным уклоном» в область клинически осмысленных интервенций с измеримыми задачами и четко очерченными показаниями [1, 5]. Именно реабилитационный контекст — восстановление социального функционирования, снижение стигмы, повышение комплаенса — остаётся

наиболее обоснованным и наименее спорным полем применения арт-терапии в психиатрии.

Теоретические модели арт-терапии неоднородны. Любой предмет искусства позиционируется как результат проекции внутренних конфликтов и материал для интерпретации в рамках аналитического процесса. Гуманистические модели акцентируют самоактуализацию, безоценочное принятие и создание безопасной среды. Когнитивно-поведенческие модификации встраивают арт-технику в структурированный протокол: от поведенческой активации и планирования деятельности до работы с дисфункциональными убеждениями через визуализацию и «переписывание» образов [7, 10]. Изобразительная деятельность активизирует сенсомоторные, зрительно-пространственные и лимбические системы в рамках нейробиологии, по сути трансформируя «сырой» аффект в символическую форму. Есть данные о снижении уровня кортизола после сессии изобразительной активности даже у людей без клинических расстройств [9].

Между тем доказательная база арт-терапии остаётся проблемной. Рандомизированные контролируемые исследования малоэффективны, использование «слепого метода» осложнено практически невозможным исключением осведомленности о проведении арт-терапии у пациента или медицинского сотрудника. Результаты систематических обзоров неоднородны. Для непсихотических расстройств систематический обзор с элементами экономического моделирования подтвердил умеренную эффективность в отношении тревоги и депрессивной симптоматики, однако указал на невысокое методологическое качество большинства включённых работ [11]. Подобная картина, скорее, отражает сложность предмета, чем бесполезность метода, но требует осторожности в выводах и отказа от завышенных ожиданий.

Целью статьи является обобщение имеющихся актуальных данных об эффективности и особенностях применения арт-терапии при основных психических расстройствах в разных слоях населения (критерии сравнения: возраст, гендер, а также такая специфическая группа как участники боевых действий). Также в статье рассматривается практическое ограничение данного метода и перечислением действий для минимизации риска ущерба.

Объекты и методы исследования

Работа выполнена как аналитический обзор литературы с элементами собственного клинического обобщения.

Объекты исследования:

Научные работы, посвященные арт-терапии при психических расстройствах, индексируемые в PubMed/Medline, Scopus, Cochrane Library, а также в российской базе eLibrary.ru. Клинические рекомендации и национальные руководства РФ по психиатрии [4, 6]. Учебные и научно-практические руководства по арт-терапии [1, 2].

Поиск литературы выполнялся по ключевым словам: «арт-терапия», «метод», «психические расстройства», «эффективность», «art therapy», «randomized controlled trial», «systematic review». Всего проанализировано 14 источников.

Методы исследования: анализ публикаций, систематизация данных по нозологическим группам и возрастным категориям, сравнительный анализ результатов РКИ и систематических обзоров, содержательный анализ отечественных рекомендаций, обобщение практических наблюдений.

Обсуждение

Именно при этих расстройствах арт-терапия используется дольше и шире, чем для любой другой, результатом чего стали методические наработки отечественной школы [1, 5]. Классическое Cochrane-исследование R. Ruddy и D.

Milnes не подтвердило влияния арт-терапии на ядерную психотическую симптоматику, однако отметило потенциальную пользу в отношении социального функционирования, вовлечённости в лечение и субъективного благополучия [3]. Дальнейшие обзоры пришли к схожим выводам: адъювантная арт-терапия у пациентов с шизофренией мало влияет на галлюцинаторно-бредовые переживания, но улучшает контакт, снижает эмоциональную отгороженность, способствует более активному участию в реабилитационных программах [11].

На практике стало возможно подтвердить расположение основного эффекта арт-терапии в плоскости терапевтического контакта. Пациенты с негативной симптоматикой, которым трудно поддерживать вербальный диалог, нередко начинают взаимодействовать через совместные изобразительные действия: обсуждение рисунка проще, чем прямой вопрос о состоянии.

Чрезвычайно важны ограничения сеттинга. Содержание рисунков не следует интерпретировать в терминах психотических переживаний — попытки «расшифровать» бред через образ обычно усиливают тревогу и ведут к разрыву. Работа с продуктивной симптоматикой требует осторожности и приоритета стабилизации. Арт-терапевт в работе с этой группой пациентов не выступает в роли интерпретатора, а скорее обеспечивает структуру, предсказуемость и безопасность. Наиболее эффективны длительные программы (6 и более месяцев), с организацией 60–90 минутных занятий 1–2 раза в неделю. При этом группы следует организовывать не более 8 человек и с участием двух специалистов.

Эффективность арт-терапии в сфере терапии депрессивных состояниях (особенно при непсихотической униполярной депрессии) изучена несколько лучше. У пациентов с БДР (большим депрессивным расстройством) при глинотерапии было доказано снижение выраженной депрессивной

симптоматики по шкале самооценки и повышению показателей субъективного благополучия по сравнению с контрольной группой ожидания в контролируемом исследовании J.K.M. Nan (Joshua K.M. Nan) и R.T.H. Ho (Rainbow T.H. Ho) [10]. В систематическом обзоре C. Blomdahl и соавторов арт-терапия рассматривается как дополнение к стандартной терапии, способное улучшать эмоциональное состояние, но подчёркивается разнородность выборок и вмешательств [8].

В программе арт-терапии имеются разнообразные механизмы, совместимые с современными представлениями о терапии аффективных расстройств, посредством которых возможно оказывать воздействие на депрессию. Это поведенческая активация: вовлечённость в деятельность с осязаемым результатом, опыт мастерства и самоэффективности, возможность выразить аффект, не сводя его к словесному описанию, что особенно значимо при алекситимии и эмоциональной диссоциации, а также восстановление чувства смысла, часто утрачиваемое при депрессивном эпизоде.

При биполярном аффективном расстройстве картина сложнее. В депрессивной фазе арт-терапия может быть полезна, но маниакальная фаза – прямое противопоказание к арт-терапии из-за высокого риска увеличения степени активности пациента. Поэтому в работе с биполярным расстройством ключевым становится мониторинг фазового состояния и коррекция интенсивности вмешательства.

При пограничном расстройстве личности арт-терапия встраивается в структурированные протоколы, чаще всего — в диалектико-поведенческую терапию и её производные. Здесь метод решает несколько специфических задач:

Во-первых, происходит регуляция интенсивных эмоций через отчётливо ограниченный по времени изобразительный процесс. Параллельно с этим развиваются навыки стрессоустойчивости. Во-вторых, происходит работа с расщеплением и сменой идентификации через создание нескольких визуальных

«Я-состояний», а также формирование способности выдерживать неопределённость и несовершенство результата [7].

В групповом формате совместная работа с общим материалом (например, коллективное создание крупноформатной композиции) позволяет обсуждать темы конфликта, близости, разочарования и принадлежности в метафорической плоскости, снижая риск немедленного отреагирования.

Однако именно в этой группе пациентов арт-терапия несёт наибольшие риски. Возможны интенсивные трансферентные реакции, идеализация и обесценивание терапевта, самоповреждения при работе с «опасными» материалами, нарушение границ при амбивалентном отношении к группе. Практика показывает, что здесь особенно важно: чёткое и повторяемое проговаривание правил, предсказуемость времени и места, заранее обозначенный план действий в случае обострения, отсутствие интерпретаций, способных спровоцировать кризис [7]. Особенно важно, чтобы специалист обладал подготовкой не только в области арт-терапии, но и в области клинической психологии и/или психиатрии.

При невротических расстройствах, тревожных состояниях и соматоформной симптоматике арт-терапия используется в краткосрочных и структурированных форматах. Систематический обзор с элементами экономического анализа, посвящённый пациентам с непсихотическими расстройствами, показал умеренный эффект в отношении тревоги и депрессии, сопоставимый с эффектом некоторых психотерапевтических вмешательств в режиме «слабого лица», однако при небольших размерах выборок и размытых протоколах [11]. Механизмы действия основываются на снижении напряжения через катарсическое отреагирование, смещении фокуса на сенсорный опыт с когнитивной «жвачки», повышении телесной осознанности.

На практике весьма значимыми факторами являются низкий порог включения и минимальные риски нежелательных эффектов. Арт-терапию легко интегрировать в программы санаторно-курортного лечения, реабилитации после соматических заболеваний, в работу центров психологического консультирования. Ограничение — необходимость сохранять терапевтические рамки, чтобы занятие не превращалось в развлекательное мероприятие без психотерапевтического содержания.

Травматический опыт в памяти зачастую откладывается в невербальной форме и существует возможность ретравматизации из-за чего арт-терапия занимает особое место при ПТСР. Это демонстрирует единичные исследования и систематический обзор K.A. Schouten и соавторов, где изобразительное искусство преимущественно используется на этапе стабилизации и интеграции, однако стоит учитывать, что методологическое качество работ остаётся низким [12].

Трёхэтапная модель (стабилизация — переработка — интеграция), принятая в травма-ориентированной терапии, диктует свои правила. На этапе стабилизации арт-терапия применяется для восстановления чувства безопасности: работа с образом «безопасного места», создание ресурсных карт, упражнения с телесным контуром, изготовление «якорных» объектов. На этапе переработки возможно осторожное обращение к травматическому материалу, но лишь при достаточной внешней и внутренней стабильности пациента, желательно — в связке с методами десенсибилизации и переработки через движения глаз (EMDR) или другими доказанными протоколами. На этапе интеграции изобразительная работа помогает выстроить связный нарратив и включить травматический опыт в историю жизни.

Велика роль «мягких» техник: мандалы, метафорические карты, работа с глиной, коллажи. Все они позволяют оперировать частью материала, сохраняя

дистанцию, а это важное условие для пациента с ПТСР. Осторожность необходима с материалами, оставляющими след (краска, глина), и с темами, связанными с утратой, насилием, ужасом. В качестве практического правила можно рекомендовать: любое обращение к травматическому материалу должно сопровождаться возможностью «закрыть» процесс, вернуться к ресурсному образу и получить поддержку к моменту окончания сессии.

Своей спецификой обладает работа с военнослужащими и/или ветеранами [13]. Им характерна повышенная настороженность и мнительность в отношении психологической помощи, отсылки на «мужские» формы взаимодействия, склонность к избеганию прямого разговора о пережитом. Арт-терапия в таких случаях нередко оказывается «входной точкой»: занятие не требует вербального самораскрытия, структурировано и допускает контроль над степенью включённости. Лишь небольшая часть научных публикаций отражает эффективность программ арт-терапии у военнослужащих [13], но существуют данные о снижении эмоциональной изоляции, риска алкогенных форм совладания, уровня тревоги и раздражительности, а также улучшении сна.

Крайне важен учёт сочетанной патологии: лёгких черепно-мозговых травм, хронической боли, расстройств сна, сведениями об злоупотреблении психоактивными веществами. Также не стоит забывать и о таком феномене как «моральная травма». Существует метод «двух карт», с помощью которого возможно обращение к этим аспектам в символической форме. При создании в виде карт или изображений того, что было невозможно сделать и того, что было сделано, требуется исключительная деликатность и устойчивость медицинского сотрудника к контртрансферентным реакциям.

В России арт-терапия всё чаще включается в программы медицинской и социальной реабилитации участникам боевых действий. Практический опыт указывает на целесообразность сочетания арт-терапевтических групп с телесно-

ориентированными техниками, дыхательными упражнениями и психообразовательными блоками. Использование арт-терапии у этой категории пациентов оправдано, как компонент комплексной программы, нежели как самостоятельный метод.

У детей арт-терапия занимает положение, близкое к базовому инструменту психотерапии: игра и рисунок — естественные способы самовыражения, а вербальные ресурсы у детей ограничены [2]. Особенно востребован метод при переживании насилия, развода родителей, госпитализации, при тревожных и психосоматических расстройствах. У подростков работа с изобразительным материалом помогает справиться с задачами идентичности, снизить эмоциональное напряжение, ослабить риск самоповреждающего поведения. При этом подростковая группа требует особой чувствительности к темам контроля, автономии и приватности: попытки взрослого «расшифровать» рисунок подростка часто приводят к утрате контакта.

У пожилых пациентов арт-терапия используется преимущественно в контексте нейрокогнитивных расстройств и последствий сосудистых заболеваний. Многочисленные исследования указывают на улучшение эмоционального состояния, снижение поведенческих нарушений при деменции, повышение вовлечённости в социальные взаимодействия, хотя влияние на собственно когнитивные функции остаётся спорным [14]. Важны адаптация техник к возможностям моторики и восприятия: отказ от мелких деталей, использование крупных кистей и мягких материалов, повторяющиеся простые формы, короткие сессии.

Гендерные аспекты арт-терапии изучены недостаточно хорошо, однако их невозможно игнорировать. Женщины в среднем чаще и легче соглашаются на арт-терапевтические программы, что частично связано с социализацией и большей привычностью к «выразительным» практикам. Мужчины, особенно в

ситуации боевого стресса или профессиональной стигмы, чаще проявляют настороженность, но при включении в структурированную программу охотно используют изобразительные формы как «легальный» способ непрямого самовыражения. В работе с расстройствами пищевого поведения изобразительная активность и последующее обсуждение образа тела становятся отдельной значимой задачей, требующей специальной подготовки специалиста.

Отдельного внимания заслуживают культурные и миграционные факторы, когда русский язык не является родным или пациент является представителем культур с ограничением вербального самораскрытия, арт-терапия может оказаться более доступным способом традиционного интервью. Здесь важно учитывать символические системы, в которых существует пациент и не навязывать свою собственную интерпретацию.

Заключение

В системе помощи при психических расстройствах арт-терапия зарекомендовала себя с положительной стороны, однако такой метод не должен заменять другие доказанные. Наиболее убедительные данные накапливаются в отношении социального функционирования при расстройствах шизофренического спектра, снижения тревоги и депрессивной симптоматики при непсихотических расстройствах, улучшения эмоционального состояния и поведения у пожилых пациентов с нейрокогнитивными нарушениями. Для ПТСР, пограничного расстройства личности и работы с военнослужащими арт-терапия имеет высокий практический потенциал, но её доказательная база пока остаётся предварительной: преобладают качественные и квазиэкспериментальные исследования, а РКИ малочисленны и методологически разнородны.

Существенно, что арт-терапия не является безопасным вмешательством «по умолчанию». При работе с травматическим материалом, психотическими

переживаниями, самоповреждающим поведением существует риск ухудшения состояния, поэтому метод требует подготовленного специалиста, продуманного сеттинга, регулярной супервизии и включённости в общий план лечения.

Эффективность основывается на четкие и грамотные постановки целей терапии (не устранение симптомов болезни, а помощь в эмоциональной регуляции и реабилитации), образовании программ с необходимой по времени продолжительностью, без интерпретативного давления и индивидуальном подходе с внимательным отношением и учитыванием культурного контекста

Перспективность дальнейших исследований направлено на разработку единых шкал оценки, стандартизацию протоколов и изучению механизмов действия (на психологическом, социальном и нейробиологическом уровнях). Желательно также проведение многоцентровых исследований в российских условиях, где практический опыт арт-терапии накоплен достаточно широко, но редко переводится в форму публикуемых клинических результатов.

Источники и литература / Sources and references:

1. Копытин, А. И. Современная клиническая арт-терапия / А. И. Копытин. М. : Когито-Центр, 2015. 526 с.

2. Копытин, А. И. Арт-терапия детей и подростков / А. И. Копытин, Е. Е. Свистовская. 2-е изд., стер. М. : Когито-Центр, 2017. 262 с.

3. Ruddy, R. Art therapy for schizophrenia or schizophrenia-like illnesses / R. Ruddy, D. Milnes // Cochrane Database of Systematic Reviews. 2005. Issue 4. Art. CD003728.

4. Психиатрия : национальное руководство / под ред. Н. Г. Незнанова, Ю. А. Александровского, И. Я. Гуровича [и др.]. 2-е изд., перераб. и доп. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2022. 1008 с.

5. Еричев, А. Н. Арт-терапия в системе психосоциальной реабилитации пациентов с расстройствами шизофренического спектра / А. Н. Еричев. СПб. : Изд-во НМИЦ ПН им. В. М. Бехтерева, 2019. 168 с.

6. Шизофрения : клинические рекомендации / Минздрав России, Российское общество психиатров. М., 2021. 106 с.

7. The Wiley Handbook of Art Therapy / eds. D. E. Gussak, M. L. Rosal. Chichester : Wiley-Blackwell, 2016. 648 p.

8. Blomdahl, C. Art therapy for patients with depression: expert opinions on its main aspects for clinical practice / C. Blomdahl, S. Guregård, M. Rusner, H. Wijk // Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing. 2016. Vol. 23, № 9–10. P. 527–535.

9. Kaimal, G. Reduction of cortisol levels and participants' responses following art making / G. Kaimal, K. Ray, J. Muniz // Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association. 2016. Vol. 33, № 2. P. 74–80.

10. Nan, J. K. Effects of clay art therapy on adults outpatients with major depressive disorder: a randomized controlled trial / J. K. Nan, R. T. H. Ho // Journal of Affective Disorders. 2017. Vol. 217. P. 237–245.

11. Uttley, L. Systematic review and economic modelling of the clinical effectiveness and cost-effectiveness of art therapy among people with non-psychotic mental health disorders / L. Uttley, A. Scope, M. Stevenson [et al.] // Health Technology Assessment. 2015. Vol. 19, № 18. P. 1–120.

12. Schouten, K. A. The effectiveness of art therapy in the treatment of traumatized adults: a systematic review on art therapy and trauma / K. A. Schouten, G. J. de Niet, J. W. Knipscheer, R. J. Kleber, G. J. M. Hutschemaekers // Trauma, Violence & Abuse. 2015. Vol. 16, № 2. P. 220–228.

13. Art Therapy with Military Populations: History, Innovation, and Applications / ed. P. Howie. New York : Routledge, 2017. 216 p.

14. Handbook of Art Therapy / ed. C. A. Malchiodi. 2nd ed. New York : Guilford Press, 2012. 496 p.

КОММУНИКАЦИЯ С ПАЦИЕНТАМИ РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТОВ

Гамидова Н. С.
Кафедра клинической психологии
ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово
Научный руководитель – канд. психол. наук, доцент Е. В. Валиуллина

Аннотация. Статья посвящена особенностям коммуникации медицинских работников с пациентами различных возрастных групп. Рассматриваются психологические и когнитивные характеристики детей, подростков, взрослых и пожилых пациентов, влияющих на построение эффективного диалога. Приводятся практические рекомендации по адаптации стиля общения с учетом возраста: использование игровых методов в работе с детьми, уважительное отношение к автономии подростков, полное информирование взрослых, учет сенсорных и когнитивных ограничений у пожилых. Подчеркивается, что возрастно-ориентированный подход повышает доверие пациента, приверженность лечению и качество медицинской помощи.

Ключевые слова: коммуникация, пациент, возрастные особенности, дети, подростки, пожилые, сестринское дело, эмпатия, приверженность лечению.

COMMUNICATION WITH PATIENTS OF DIFFERENT AGES

Gamidova N. S.
Department of Clinical Psychology
Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo
Scientific supervisor –Valiullina E. V.

Abstract. The article is devonted to the peculiarities of communications between medical workers and patients of different age groups. The psychological and cognitive characteristics of children, adolescents, adults, and elderly patients that influence the contruction of effective dialogue are considered. Practical recommendations are given for adapting communication style taking into account age: the use of play methods when working with children, respect for the autonomy of adolescents, full information for adults, and consideration of sensory and cognitive limitations in the elderly. It Is emphasized that an age-oriented approach increases pation trust, adherence to treatment, and the quality of medical care.

Keywords: communication, patient, age-related characteristics, children, adolescents, elderly, nursing, empathy, adherence to treatment.

Введение

Эффективная коммуникация является неотъемлемой частью профессиональной деятельности медицинского работника и фундаментом качественной медицинской помощи. В современной системе здравоохранения коммуникативные навыки рассматриваются не как дополнительная опция, а как базовая клиническая компетенция, напрямую влияющая на точность диагностики, приверженность пациента лечению, удовлетворенность оказанной помощи и, в конечном счете, на исход заболевания. Исследования показывают, что пациенты, находящиеся в доверительных отношениях с медицинским персоналом, чаще соблюдают рекомендации, раньше обращаются за помощью и реже испытывают тревогу и депрессию. Таким образом, коммуникация – это не просто обмен информацией, а лечебный фактор [2].

Однако универсального подхода к общению не существует. Каждый возрастной период-детство, подростковый возраст, взрослость, пожилой возраст-характеризуется особыми психологическими, когнитивными,

эмоциональными социальными особенностями, которые необходимо учитывать при построении диалога [7]. Дети раннего возраста не владеют речью и сигнализируют о своем состоянии невербально; дошкольники воспринимают мир через игру; подростки стремятся к автономии и требуют уважения к своей личности; взрослые пациенты нуждаются в полной и понятной информации для принятия решений; пожилые люди часто имеют сенсорные и когнитивные ограничения, требующие особого терпения, и адаптация речи. Игнорирование этих различий может привести к недопониманию, страху, отказу от лечения и конфликтам.

Целью настоящей статьи является систематизация особенностей коммуникации с пациентами различных возрастных групп и разработка практических рекомендаций для медицинских работников. В работе рассматриваются ключевые стратегии общения с детьми, подростками, взрослыми и пожилыми пациентами, анализируются типичные трудности и предлагаются пути их преодоления. Особое внимание уделяется роли эмпатии, активного слушания и невербальных средств общения. Статья адресована медицинским сестрам, врачам, студентам медицинских специальностей и всем, кто заинтересован в повышении качества коммуникации в сфере здравоохранения.

Объекты и методы исследования

Объектом исследования является процесс коммуникации между медицинскими работниками и пациентами различных возрастных групп. Предметом исследования выступают особенности, стратегии и трудности общения, обусловленные возрастом пациента, а также их влияние на качество медицинской помощи и удовлетворенность пациентов. Для достижения поставленных результатов использовались следующие методы: теоретический анализ научной литературы по проблемам медицинской коммуникации,

возрастной психологии, педагогики и сестринского дела; сравнительный анализ особенностей общения с детьми, подростками, взрослыми и пожилыми пациентами; обобщение и систематизация практического опыта медицинских работников, представленного в клинических рекомендациях и публикациях; классификация коммуникативных приемов и стратегий по возрастным группам [10]. В качестве дополнительных методов при проведении эмпирического исследования могут быть использованы: наблюдение за коммуникацией в клинической практике (в стационаре, в поликлинике, на дому).

Результаты и их обсуждение

В результате проведенного теоретико-аналитического исследования были систематизированы особенности коммуникации с пациентами различных возрастных групп и сформулированы практические рекомендации для медицинских работников [9].

1. Коммуникация с детьми. Анализ литературы показал, что эффективность общения с детьми напрямую зависит от учета возрастных и психологических особенностей. У детей раннего возраста (до 3лет) ведущую роль играют невербальные средства: тон голоса, прикосновения, мимика. Медицинская сестра должна уметь распознать сигналы дискомфорта и реагировать на них спокойно и уверенно. Для дошкольников (3-7лет) оптимальной формой взаимодействия является игровая деятельность. Использование игрушек, сказочных персонажей и игровых ситуаций позволяет снизить страх перед медицинскими манипуляциями и повысить доверие к персоналу. У детей младшего школьного возраста (7-11лет) появляется способность к логическому мышлению, поэтому им можно давать более развернутые объяснения, но при этом важно сохранять простоту и наглядность. Обсуждение: полученные данные согласуются с исследованиями, подчеркивающими необходимость адаптация речи и поведения медицинского

работника к уровню развития ребенка. Игнорирование этих особенностей может приводить к отказу от сотрудничества, проявлению агрессии у детей и/или повышению уровня их тревожности и возникновению страхов. В психологии под тревожностью понимают «психологическое свойство, склонность человека к переживанию тревоги, которая проявляется чувством беспокойства, напряжения, ожидания неблагополучного развития событий» [4].

2. Коммуникация с подростками. Подростковый возраст характеризуется стремлением к автономии, формированию самоидентичности и повышенной чувствительности к уважению. Результаты анализа показывают, что эффективная коммуникация с подростками строится на принципах партнерства: обращение напрямую к подростку, а не только к родителям; предоставления выбора в рамках допустимого; соблюдение конфиденциальности с четким обозначением ее границ. Подростки ценят честность, отсутствие снисходительного тона и готовность медицинского работника обсуждать деликатные темы [8]. Обсуждение: эти выводы подтверждаются данными о том, что доверительный диалог с подростком повышает приверженность лечению и снижает риск рискованного поведения. Важно также учитывать влияние сверстников и цифровой среды, что открывает возможности для использования мессенджеров и онлайн-консультаций.

3. Коммуникации со взрослыми пациентами. Взрослые пациенты, как правило, способны четко формулировать жалобы, понимать объяснения и участвовать в принятии решений. Однако их реакция на болезнь может быть различной-от рациональной до эмоциональной. Результаты показывают, что ключевыми факторами успешной коммуникации являются: полной информирование без избыточной терминологии, выяснения ожиданий и опасений пациента. Обсуждения: взрослые пациенты ценят уважение к своей автономии и готовность медицинского работника выслушать. В то же время

недостаток информации или ее непонятная подача могут привести к недоверию и отказу от рекомендаций. Таким образом, коммуникация с взрослыми должна быть двусторонней и ориентированной на потребности пациента [6].

4. Коммуникации с пожилыми пациентами. Пожилые пациенты часто имеют ограничения (снижение слуха, зрения), замедление когнитивных процессов, а иногда и дементные изменения. Анализ показал, что для эффективного общения необходимо: говорить медленнее и четче, использовать простые предложения, повторять ключевую информацию, убедиться в исправности слуховых аппаратов и очков. Важны невербальные средства: зрительный контакт, жесты, прикосновения. Обсуждение: пожилые пациенты особенно чувствительны к проявлению уважения и терпения. Спешка, раздражение или игнорирование их вопросов вызывают тревогу и чувство беспомощности. Полученные рекомендации согласуются с принципами геронтологической коммуникации, подчеркивающими необходимость создания безопасной и поддерживающей среды.

Сравнительный анализ возрастных групп показал, что, несмотря на различия, существуют универсальные принципы эффективной коммуникации: эмпатия, активное слушание, уважение к личности пациента, адаптация речи и поведения к его возможностям. Возрастно-ориентировочный подход позволяет медицинскому работнику выстроить доверительные отношения, повысить приверженность лечению и улучшить качество жизни пациента. В то же время недостаточная коммуникативная компетентность может стать барьером для оказания помощи, особенно в педиатрии, геронтологии и подростковой медицине. Таким образом, обучение навыкам возрастно-ориентированной коммуникации должно стать обязательным компонентом подготовки медицинских кадров.

Заключение

Приведенный анализ особенностей коммуникаций с пациентами различных возрастных групп позволяет сделать следующие выводы.

Во-первых, эффективное общение является не просто фоном медицинской помощи, а ее неотъемлемым компонентом, влияющим на диагностику, лечение и удовлетворенность пациента. Возраст пациента-одно из ключевых факторов, определяющий стиль, содержание средства коммуникации [1].

Во-вторых, каждая возрастная группа требует особого подхода: с детьми раннего возраста-невербального, основанного на тактильном контакте и спокойном голосе; с дошкольниками – игрового, с использованием наглядности и сказочных персонажей; с младшими школьниками-объяснительного, с поощрением вопросов и сотрудничества; с подростками-партнерского, уважающего автономию и конфиденциальность; с взрослыми – информативного и двустороннего, с совместным принятием решений; с пожилыми – терпеливого, учитывающего сенсорные и когнитивные ограничения [3].

В-третьих, несмотря на различия, существуют универсальные принципы, объединяющие все возрастные группы: эмпатия, активное слушание, уважение к личности, адаптация речи и поведения к возможностям пациента. Возрастно-ориентированная коммуникация способствует установлению доверия, повышению приверженности лечению и улучшению качества жизни.

Таким образом, коммуникация с пациентами различных возрастов представляет собой динамичный, многогранный процесс, требующий от медицинского работника не только знаний, но и чуткости, гибкости и постоянного совершенствования [5].

Практическая значимость работы состоит в том, что полученные данные могут быть использованы в обучении медицинских сестер и врачей, а также во внедрении в клиническую практику. Обучение навыкам возрастно-

ориентированного общения должно стать обязательным элементом профессиональной подготовки медицинских кадров.

Перспективными направлениями дальнейших исследований являются: эмпирические изучение эффективности конкретных коммуникативных стратегий в разных возрастных группах, разработка учебных программ и тренингов, а также анализ влияния цифровых технологий на коммуникацию с пациентами разного возраста.

Источники и литература / Sources and references:

1. Барсукова, М. И. Профессиональная коммуникация современного врача: этапы и перспективы формирования / М. И. Барсукова, Н. А. Клоктунова, И. В. Шешнева. Саратов : Изд-во Саратовского ГМУ, 2019. 142 с.

2. Белогурова, В. А. Культура речи медицинского работника : учебное пособие / В. А. Белогурова. Москва : [Б. и.], [б. г.]. 334 с.

3. Васильева, Е. Ю. Коммуникативные навыки (для медицинских вузов) : учебное пособие / Е. Ю. Васильева. Москва : КНОРУС, 2023. 123 с.

4. Валиуллина, Е. В. Психологический механизм вытеснения при ситуативной и личностной тревожности / Е. В. Валиуллина // Вестник северо-восточного федерального университета им. М. К. Аммосова. Серия: Педагогика. Психология. Философия. 2020. № 2 (18). С. 25–29.

5. Попов, В. В. Коммуникативная компетентность клинических ординаторов в рамках врачебной консультации / В. В. Попов, И. А. Новикова // Медицинская психология в России. 2019. Т. 11, № 6.

6. Сильверман, Дж. Навыки общения с пациентами / Дж. Сильверман, С. Керц, Дж. Дрейпер ; пер. с англ. А. А. Сонькина. Москва : Гранат, 2018. 303 с.

7. Сонькина, А. А. Навыки профессионального общения в мед. практике / А. А. Сонькина // Здравоохранение: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. 2015. № 1. С. 101–107.

8. Формирование коммуникативных навыков будущих врачей в общении с пациентами : учебное пособие. Красноярск : КрасГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого, 2020. 115 с.

9. Юсупова, Е. Ю. Основы профессиональной компетентности медицинского работника : учебное пособие / Е. Ю. Юсупова, Т. С. Калинкина, О. В. Шарашкина, Т. В. Раева. Тюмень : [Б. и.], 2018. 171 с.

10. Шеметова, Г. Н. Коммуникативные навыки в профессиональной деятельности врача общей практики и консультирование пациента / Г. Н. Шеметова, Е. А. Андриянова, Г. В. Губанова [и др.] ; под ред. Г. Н. Шеметовой. Саратов : Изд-во Саратовского ГМУ, 2017.

ПСИХИЧЕСКИЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ УПОТРЕБЛЕНИИ НОВЫХ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ: СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ И КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

Герасимова А. Н.
Кафедра психиатрии и наркологии
ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Россия, г. Кемерово
Научный руководитель – А. А. Яковлева

Аннотация. В статье представлен аналитический обзор современных отечественных и зарубежных исследований, посвященных проблеме психических и поведенческих расстройств, ассоциированных с употреблением новых психоактивных веществ (НПВ). Рассмотрены эпидемиологические тенденции и классификация «дизайнерских» наркотиков. Детально проанализированы клинические особенности психотических состояний, индуцированных синтетическими каннабиноидами и катинонами, а также ключевые аспекты дифференциальной диагностики с эндогенными расстройствами шизофренического спектра. Обоснована необходимость

разработки персонализированных протоколов диагностики и терапии с учетом высокой распространенности НПВ.

Ключевые слова: новые психоактивные вещества, дизайнерские наркотики, синтетические каннабиноиды, синтетические катиноны, психозы, дифференциальная диагностика, психические расстройства.

PSYCHIC AND BEHAVIORAL DISORDERS ASSOCIATED WITH THE USE OF NEW PSYCHOACTIVE SUBSTANCES: CURRENT TRENDS AND CLINICAL ASPECTS

Gerasimova A. N.
Department of Psychiatry and Narcology
Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo
Scientific supervisor – Yakovleva A. A.

Abstract. The article presents an analytical review of current Russian and foreign studies devoted to the problem of mental and behavioral disorders associated with the use of new psychoactive substances (NPS). Epidemiological trends and the classification of "designer" drugs are considered. The clinical features of psychotic states induced by synthetic cannabinoids and cathinones, as well as key aspects of differential diagnosis with endogenous schizophrenia spectrum disorders, are analyzed in detail. The necessity of developing personalized protocols for diagnosis and therapy, taking into account the high prevalence of NPS, is substantiated.

Keywords: new psychoactive substances, designer drugs, synthetic cannabinoids, synthetic cathinones, psychoses, differential diagnosis, mental disorders.

Настоящая работа посвящена одной из наиболее динамично развивающихся и социально значимых проблем современной психиатрии и наркологии — психическим и поведенческим расстройствам, возникающим при употреблении новых психоактивных веществ (НПВ).

За последние два десятилетия структура потребления психоактивных веществ претерпела значительные изменения. На смену классическим наркотикам пришли так называемые «дизайнерские» наркотики — синтетические соединения, целенаправленно модифицируемые для обхода существующего законодательного контроля. По данным Европейского мониторингового центра по наркотикам и наркомании, с 2005 года было зафиксировано более 950 различных соединений этой группы, причем ежегодно появляется от 50 до 100 новых веществ. В отечественной психиатрии проблема НПВ также стоит крайне остро: наиболее распространенными являются синтетические каннабиноиды («спайсы») и синтетические катиноны («соли»).

Актуальность исследования обусловлена тем, что НПВ обладают значительно более высокой аффинностью к рецепторам центральной нервной системы по сравнению с традиционными аналогами (в частности, синтетические каннабиноиды демонстрируют в 2–100 раз большее сродство к CB1-рецепторам, чем ТГК), что приводит к развитию тяжелых и затяжных психических нарушений [11, 12]. Клиническая картина таких состояний часто имитирует эндогенные психозы, создавая серьезные трудности для дифференциальной диагностики и выбора терапевтической тактики [3, 9].

Цель исследования: на основе анализа современных научных данных выявить и систематизировать ключевые клинические особенности психических и поведенческих расстройств, индуцированных употреблением НПВ, а также определить основные направления их дифференциальной диагностики.

Для достижения поставленной цели решались следующие задачи: рассмотреть современные тенденции распространения и классификацию НПВ; проанализировать клинические проявления психотических расстройств, ассоциированных с различными классами НПВ; систематизировать критерии

дифференциальной диагностики НПВ-индуцированных психозов и эндогенных расстройств.

Объекты и методы исследования: психические и поведенческие расстройства, возникающие на фоне употребления новых психоактивных веществ.

Методами исследования выступили теоретический анализ и обобщение современных научных публикаций (2021–2026 гг.) в области психиатрии и наркологии, а также сопоставление данных отечественных и зарубежных систематических обзоров и клинических рекомендаций.

Результаты и их обсуждение

1. Современные тенденции и классификация НПВ

НПВ представляют собой гетерогенную группу веществ, которые условно подразделяются на несколько основных классов: синтетические каннабиноиды, синтетические катиноны (стимуляторы), новые фенэтиламины, синтетические опиоиды и другие [13]. Их отличительной чертой является высокая скорость появления новых модификаций и сложность лабораторной идентификации: стандартные токсикологические скрининги мочи, как правило, не позволяют обнаружить большинство соединений этой группы.

Синтетические каннабиноиды, часто называемые «спайсами», являются наиболее распространенным классом НПВ, связанным с развитием острых и хронических психозов [6, 12]. Синтетические катиноны («соли») занимают второе место по частоте ассоциации с психотической симптоматикой и характеризуются выраженным психостимулирующим действием [4, 5].

2. Клинические особенности психотических расстройств

Анализ литературы демонстрирует, что клиническая картина психических нарушений при употреблении НПВ имеет ряд специфических черт, отличающих их от расстройств, вызванных традиционными веществами.

Для психозов, индуцированных синтетическими каннабиноидами, характерно развитие так называемой «spiceophrenia» (спайс-френии) [6]. Данное состояние проявляется выраженными зрительными галлюцинациями (частота встречаемости 73–84%), тяжелым психомоторным возбуждением (79–91%) и выраженной тревогой (62–76%) [11]. Кроме того, у пациентов часто отмечаются бредовые идеи персекуторного характера (преследования, воздействия). Важной особенностью является склонность к затяжному течению: сравнительные исследования показывают, что длительность госпитализации при психозах, вызванных синтетическими каннабиноидами, значительно превышает таковую при психозах на фоне натурального каннабиса (в среднем 43,45 дня против 22,91 дня) [12]. Примерно у 30% пациентов психотические эпизоды могут продолжаться более пяти месяцев [9].

Психозы, связанные с синтетическими катинонами, характеризуются экстремальным возбуждением (81–94%) и стереотипными поведенческими реакциями (47–63%) [4]. В отечественных исследованиях отмечается, что для данной группы расстройств специфично острое начало у лиц с «чистым» психиатрическим анамнезом и незавершенность психопродуктивной симптоматики [5]. Несмотря на бурную клиническую картину, психозы на фоне употребления стимуляторов имеют тенденцию к более быстрому разрешению по сравнению с каннабиноидными [1].

3. Дифференциальная диагностика с эндогенными расстройствами

Одной из наиболее сложных клинических задач является отграничение НПВ-индуцированных психозов от манифестных приступов шизофрении и шизоаффективных расстройств. В ряде случаев НПВ-психозы могут включать симптомы первого ранга (по Шнайдеру), что создает феноменологическое сходство с эндогенным процессом [6].

Ключевыми дифференциально-диагностическими критериями являются:

1. Наличие четкой временной связи с употреблением психоактивного вещества. Для экзогенных психозов характерно острое начало, часто коррелирующее с динамикой интоксикации [6].

2. Характер бредовых расстройств. При НПВ-психозах бред часто носит вторичный, неразвернутый характер, в то время как при шизофрении наблюдается постепенное расширение и усложнение психотических переживаний с формированием стойкой бредовой системы [6].

3. Структура когнитивных нарушений. Современные нейропсихологические исследования показывают, что при шизофрении преобладают нарушения в области семантической обработки, вербальной памяти и устойчивого внимания, отличающиеся стабильностью. В группе НПВ-психозов доминируют регуляторные и исполнительные дефициты, включая ослабление произвольного контроля, снижение объёма рабочей памяти и ситуативные ошибки мышления [2, 3]. Эти нарушения, в отличие от шизофренического профиля, характеризуются большей лабильностью [2].

Вместе с тем, современные данные указывают на возможность трансформации НПВ-психозов в хронические состояния. У некоторых пациентов, особенно при наличии предрасположенности (шизотипический диатез), употребление НПВ может выступать в роли триггера, «раскрывающего» латентное эндогенное заболевание [10]. Это диктует необходимость длительного катамнестического наблюдения за данной категорией пациентов.

Заключение

Проведенный анализ показывает, что новые психоактивные вещества представляют собой серьезный вызов для современной психиатрии. Они характеризуются высокой психогенной активностью и способностью вызывать

тяжелые, атипичные и затяжные психические расстройства, прежде всего психотического спектра.

Ключевыми клиническими особенностями НПВ-психозов являются: преобладание выраженного возбуждения и аффективных нарушений (тревоги), высокая частота зрительных галлюцинаций, склонность к затяжному течению (особенно при использовании синтетических каннабиноидов). Сложность дифференциальной диагностики с эндогенными расстройствами требует от врача тщательного анализа анамнеза, оценки динамики симптоматики и обязательного лабораторного подтверждения (при наличии возможности).

В связи с этим актуальной задачей является разработка и внедрение стандартизированных клинических протоколов, учитывающих специфику НПВ, а также дальнейшее изучение отдаленных последствий их употребления для своевременной профилактики и реабилитации пациентов.

Источники и литература / Sources and references:

1. Гуляева, Е. С. Клинические особенности психотических расстройств, связанных с употреблением синтетических психоактивных веществ / Е. С. Гуляева // Российский психиатрический журнал. 2024. № 3. С. 35–44.

2. Дубатова, И. В. Психотические состояния, связанные с приемом дизайнерских наркотиков (катиноны и «спайсы») / И. В. Дубатова, Н. А. Бохан, Г. М. Усов // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2022. № 3 (114). С. 21–30.

3. Кинкулькина, М. А. Психические расстройства при употреблении синтетических катинонов / М. А. Кинкулькина, М. А. Винникова, В. В. Северцев // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 2021. Т. 121, № 8. С. 108–115.

4. Усов, Г. М. Клинико-психопатологические особенности психозов, вызванных употреблением синтетических каннабиноидов / Г. М. Усов, С. А. Ракитин // Омский психиатрический журнал. 2020. № 2 (24). С. 15–20.

5. Федотов, И. А. Клинико-патогенетическая типология психических расстройств, вызванных воздействием синтетических катинонов : дис. ... д-ра мед. наук / И. А. Федотов. Рязань, 2024. 320 с.

6. Шишов, А. С. Дифференциальная диагностика психотических расстройств, связанных с употреблением «дизайнерских» наркотиков / А. С. Шишов // Психическое здоровье. — 2023. — № 5. — С. 42–49.

7. Chary, M. Cannabinoids, Synthetic / M. Chary // MSD Manual Professional Edition. 2025.

8. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. European Drug Report 2024: Trends and Developments. Luxembourg : Publications Office of the European Union, 2024. 112 p.

9. Hindley, G. Psychiatric, behavioural and social risk factors for NPS use and related harms: A systematic review / G. Hindley, K. Beck, F. Borgan [et al.] // Drug and Alcohol Dependence. 2021. Vol. 221. P. 108654.

10. Murray, R. M. Traditional marijuana, high-potency cannabis and synthetic cannabinoids: increasing risk for psychosis / R. M. Murray, H. Quigley, D. Quattrone [et al.] // World Psychiatry. 2016. Vol. 15, № 3. P. 195–204.

11. Ricci, V. Novel psychoactive substances and psychosis: A comprehensive systematic review / V. Ricci, G. Martinotti, G. Maina // Neuroscience & Biobehavioral Reviews. 2021. Vol. 128. P. 123–137.

12. Schifano, F. New/emerging psychoactive substances and associated psychopathological consequences / F. Schifano, F. Napoletano, S. Chiappini [et al.] // Psychological Medicine. 2021. Vol. 51, № 1. . 30–42.

13. Schifano, F. Stimulant and hallucinogenic novel psychoactive substances; an update / F. Schifano, A. Vento, N. Scherbaum, A. Guirguis // Expert Review of Clinical Pharmacology. 2023. Vol. 16, № 11. P. 1035–1050.

ПСИХОЛОГИЯ СТАРЕНИЯ И ДОЛГОЛЕТИЯ: ЭВОЛЮЦИЯ ПОНЯТИЯ ВОЗРАСТА, ПРИЗНАКИ МЕНТАЛЬНОГО УВЯДАНИЯ И МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ

Давлетиярова К. М., Аденов А., К. Скороходова В., Сержанова Э. Ш.
Кафедра психологии
Западно-Казахстанский медицинский университет Марата Оспанова,
Республика Казахстан, г. Актобе
Научный руководитель - А. А. Дуйсенова

Аннотация. В работе рассмотрено развитие представлений о возрасте человека в контексте современной психологии, а также ключевые механизмы и проявления ментального увядания в пожилом возрасте. Жизненный цикл человека представляет собой последовательную смену этапов — от младенчества и юности до зрелости и глубокого долголетия. Достижение преклонного возраста (90–100 лет) при сохранении физического и когнитивного здоровья является результатом воздействия комплекса биопсихосоциальных факторов. В статье анализируются основные симптомы когнитивных и эмоциональных изменений, возникающих в процессе старения, включая снижение пластичности мышления, ослабление оперативной памяти и эмоциональную ригидность. Особое внимание уделено методам профилактики ментального увядания, среди которых выделяются непрерывная когнитивная нагрузка, поддержание социальных связей и физическая активность.

Ключевые слова: возраст, психология старения, когнитивные функции, ментальное увядание, долголетие, профилактика, память, мышление, социальная адаптация.

PSYCHOLOGY OF AGING AND LONGEVITY: THE EVOLUTION OF THE CONCEPT OF AGE, SIGNS OF MENTAL DECLINE, AND PREVENTION METHODS

Davletiyarova K. M., Adenov A., K. Skorokhodova V., Serzhanova E. Sh.
Department of psychology
Marat Ospanov West Kazakhstan Medical University, Aktobe, Kazakhstan
Scientific Supervisor: A. A. Duissenova

Abstract. This paper examines the development of concepts of human age in the context of contemporary psychology, as well as the key mechanisms and manifestations of mental decline in older adults. The human life cycle consists of a succession of developmental stages, from infancy and adolescence to adulthood and advanced longevity. Reaching an advanced age (90–100 years) while maintaining physical and cognitive health results from the combined influence of various biopsychosocial factors. The article analyzes the main symptoms of cognitive and emotional changes associated with aging, including reduced cognitive flexibility, diminished working memory, and emotional rigidity. Particular attention is given to methods for preventing mental decline, including continuous cognitive engagement, maintaining social connections, and regular physical activity.

Keywords: age, psychology of aging, cognitive functions, mental decline, longevity, prevention, memory, thinking, social adaptation.

Введение

Возраст человека - это последовательность этапных изменений, через которые проходит любой живой организм. Жизненный цикл подчинен единому биологическому закону: рождение, рост и развитие, достижение определенного пика, постепенная остановка роста, увядание и уход. У каждого человека есть свое четкое начало и свой индивидуальный конец.

В социальной и медицинской практике принята хронологическая периодизация жизненного пути. Человек начинает свое существование в статусе младенца. Пройдя этот рубеж, он становится ребенком, затем вступает в подростковый период, переходит в категорию молодежи, достигает среднего возраста и, наконец, вступает в период старости.

Каждый из этих этапов проходит с высокой скоростью. Динамика человеческой жизни ощущается особенно остро, когда сменяются ключевые вехи: рождение, школьные годы, учеба в университете. Наступление глубокого пожилого возраста — 90 или 100 лет — без тяжелых заболеваний и серьезных травм представляет собой ценное и редкое событие. Сохранение здоровья и ясности ума на таком временном отрезке можно назвать объективной биологической удачей и особым состоянием организма.

Объекты и методы исследования

Поскольку непрерывная жизнь физически невозможна, ключевое значение приобретает понимание того, как меняется психика и мозг человека на каждом из этапов его развития, а также сохранение качества проживаемых лет.

2. Этапы возрастного развития и психологические изменения

Переход от одного возрастного периода к другому сопровождается не только внешней и физиологической перестройкой, но и глубокой трансформацией структуры личности, способов мышления и мировосприятия.

Стадия формирования и активного созревания (от рождения до 25 лет)

С момента рождения начинается интенсивное развитие высших психических функций: формируются восприятие мира, мышление, когнитивные процессы и собственная система взглядов.

С нейробиологической точки зрения активное анатомическое созревание головного мозга продолжается примерно до 25 лет. В этот период завершается формирование лобных долей (в частности, префронтальной коры), которые

отвечают за самоконтроль, долгосрочное планирование, анализ рисков и принятие взвешенных решений. До этого рубежа человека можно считать еще формирующимся и развивающимся, а его психику — гибкой и находящейся в процессе становления.

Стадия зрелости и фундаментальной активности (средний возраст)

После 25 лет физиологическое формирование мозга завершается, а сам человек входит в период зрелости. На этом этапе развитие переходит в качество, образуя устойчивый личностный фундамент:

Сформированное мировоззрение: у человека появляются четкие мысли, жизненные установки и выраженная позиция по отношению к внешним событиям или межличностным конфликтам;

Зрелость восприятия: оценка поступающей информации опирается на накопленную базу знаний, жизненный опыт и сформированные ценностные ориентиры;

Наличие фундамента: хотя человек среднего возраста продолжает воспринимать и усваивать новую информацию, он делает это не с нуля, а интегрирует ее в уже существующий когнитивный багаж.

Поздний этап и завершение жизненного цикла (пожилой возраст)

В старшем возрасте процессы масштабного роста и активного развития личности отходят на второй план. На этой стадии происходит постепенное исчерпание биологических ресурсов:

Замедление нейродинамики: прекращается интенсивное формирование новых мозговых клеток и массовое построение новых нейронных связей;

Перераспределение ресурсов: основной задачей психики становится сохранение накопленного опыта, адаптация к снижению физических возможностей и постепенное завершение индивидуального жизненного цикла.

3. Признаки ментального увядания и нейропсихологической усталости

Если в период зрелости мозг опирается на накопленный фундамент, то на завершающем этапе жизненного цикла при отсутствии должного внимания и профилактики естественное замедление нейродинамики может переходить в патологическую форму - ментальное увядание (или хроно-психологическую истощаемость).

Этот процесс затрагивает как когнитивную сферу, так и эмоционально-поведенческий профиль личности:

Когнитивные и неврологические нарушения: проблемы с памятью (потеря текущей информации), задержка обработки поступающих данных, снижение скорости реакции, а также нейродисфункции сна и аппетита.

Эмоциональные и личностные деформации: нарастание апатии, эмоциональная холодность, отстраненность, постоянное внутреннее напряжение и раздражительность. Без профилактики происходит утрата чувства счастья, и человек постепенно превращается в «истощенную» (остаточную) версию самого себя.

Результаты и их обсуждение

Согласно официальным данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ):

Около 14% взрослых в возрасте 60 лет и старше живут с различными психическими расстройствами.

В мире проживает более 57 миллионов человек с деменцией, и ежегодно регистрируется почти 10 миллионов новых случаев.

Хотя риски резко возрастают после 65 лет, эксперты ВОЗ подчеркивают: когнитивное увядание не является неизбежной частью старения, а выступает результатом накопленных патологических факторов, отсутствия нагрузок и образа жизни.

4. Методы профилактики и подходы к активному долголетию

Сохранение ясности ума и психологического благополучия в пожилом возрасте требует системного подхода, включающего три ключевых вектора:

Непрерывная когнитивная нагрузка: регулярное чтение сложной литературы, решение интеллектуальных задач, освоение новых навыков и языков для стимулирования нейропластичности и поддержания когнитивного резерва.

Социальная интеграция и поддержка: поддержание регулярного общения с близкими и участия в общественной жизни. Это снижает риск изоляции, избавляет от чувства ненужности и предотвращает эмоциональную отстраненность.

Умеренная физическая активность: ежедневные прогулки, легкая гимнастика и доступный спорт. Физическая активность стимулирует кровоснабжение головного мозга, улучшает оксигенацию тканей и способствует сохранению нейронных связей.

Заключение

Возраст — это не просто сумма прожитых лет или биохимический износ организма, а непрерывный путь психологической и нейробиологической трансформации. Проходя стадии от детского созревания до постепенного снижения ресурсов в старости, человек сталкивается с главным вызовом — сохранением собственной личности и качества жизни на финальных этапах этого пути.

Ментальное увядание не является неизбежным приговором. Современные нейронаучные данные подтверждают, что активная интеллектуальная нагрузка, социальная включенность и поддержание физического здоровья позволяют сформировать прочный когнитивный резерв. Достижение глубокого долголетия с сохранением ясности ума — это результат грамотного взаимодействия

биосоциальных факторов и осознанного отношения к своему психологическому здоровью на протяжении всей жизни.

Источники и литература / Sources and references:

1. Giedd, J. N. Brain development during childhood and adolescence: a longitudinal MRI study / J. N. Giedd [et al.] // Nature Neuroscience. 1999. Vol. 2, No. 10. P. 861–863.

2. Salthouse, T. A. Selective review of cognitive aging / T. A. Salthouse // Journal of the International Neuropsychological Society. 2010. Vol. 16, No. 5. P. 754–760.

3. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ). Деменция : информационный бюллетень URL: https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/dementia (дата обращения: 28.10.2026).

4. Stern, Y. Cognitive reserve in ageing and Alzheimer's disease / Y. Stern // The Lancet Neurology. 2012. Vol. 11, No. 11. P. 1006–1012.

РОЛЬ И ЗНАЧЕНИЕ СТРАХА В ЖИЗНИ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ

Звягина У. Р.

Кафедра клинической психологии

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

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

Аннотация. Статья посвящена анализу роли и значения страха в жизни студентов медиков. Актуальность темы обусловлена высокой эмоциональной нагрузкой медицинского образования, связанной со стрессом, освоением клинических навыков, а также столкновение с болезнью и смертью. Особое внимание уделено страху перед экзаменами и зачетами, так как некоторые студенты плохо справляются с этой тревожностью.

Ключевые слова: психология, здоровый образ жизни, сдержанность, спокойствие, мотивация в обучении, страх, клиническая практика, эмоциональная устойчивость.

THE ROLE AND IMPORTANCE OF FEAR IN THE LIVES OF MEDICAL-STUDENTS

Zvyagina U.R.
Department of Clinical Psychology
Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo
Scientific supervisor –Valiullina E. V.

Abstract. This article analyzes the role and significance of fear in the lives of medical students. The topic is particularly relevant given the high emotional demands of medical education—demands stemming from stress, the acquisition of clinical skills, and encounters with illness and death. Special attention is devoted to the fear of examinations and assessments, as some students struggle to cope with this type of anxiety.

Keywords: psychology, healthy image life, restraint, calmness, motivation in learning, fear, clinical practice, emotional stability.

Введение

Страх как отрицательно окрашенное эмоциональное состояние, возникает в ситуации угрозы биологическому или социальному существованию человека. В работах Е.П. Ильина страх – это «эмоциональное состояние, отражающее защитную биологическую реакцию человека или животного при переживании ими реальной или мнимой опасности для их здоровья и благополучия» [3]. Страх направлен на конкретный источник опасности – реальный или воображаемый. Все люди боятся чего-то и тут без исключения студенты-медики, которые на

первом курсе понимают, что за профессию они выбрали, погружаясь в учебный процесс, по статистике до 15% студентов не доучиваются и до последнего курса. В июне 2025 года замминистра науки и высшего образования РФ Д. Афанасьев сообщил, что от 15% до 40% студентов российских вузов не завершают обучение и покидают учебное заведение до получения диплома [5]. Целью работы является изучение того, как страх влияет на обучение в медицинском вузе, как студенты справляются с тревожностью и страхами в экзаменационный период.

А. И. Захаров отмечает, что страх – это «аффективное (эмоционально заостренное) состояние, возникающее при конкретной угрозе для жизни и благополучия человека» [8]. Страх сопровождается комплексом реакций:

- физиологические (учащенное сердцебиение и дыхание, повышение артериального давления, потливость, дрожь, иногда тошнота или головокружение. Организм мобилизуется по принципу «бей или беги»: кровь приливает к мышцам, чтобы подготовить тело к действию);

- эмоциональные (беспокойство, тревога, паника, ужас, иногда оцепенение или, наоборот, агрессивная реакция);

- когнитивные (может нарушаться концентрация внимания, возникать спутанность мыслей) [9].

Страх у медиков представляет собой профессионально обусловленное эмоциональное состояние, возникающее в ответ на реальную или предполагаемую угрозу, связанную с медицинской деятельностью. В отличие от бытового страха, он часто направлен не только на собственную безопасность, но и на пациента, коллег, репутацию и профессиональную состоятельность. Проще говоря, это страх, который рождается там, где цена решения – жизнь, здоровье, ответственность и неопределенность [6].

Цель исследования: разработать опросник для изучения страха у студентов-медиков и на его основе выявить, какую роль страх играет в их

учебной деятельности, психологическом состоянии и профессиональном становлении, в том числе в решении продолжить обучение или уйти из медицины.

Объекты и методы исследования

В работе использованы следующие методы – обзор литературы по вопросам тревожности и страхов, опрос студентов-медиков при помощи авторской анкеты, обобщение полученных данных. В опросе участвовали студенты КемГМУ различных курсов и факультетов. Задачи исследования: провести теоретический анализ литературы по проблеме страха; уточнить понятия страха и провести опрос среди студентов медицинского вуза.

Результаты и их обсуждение

К частным задачам исследования отнесены – выявление распространенности и интенсивности различных страхов: страх ошибки, крови, смерти, ответственности, экзаменов, заражения, первой практики и др. Е.П. Ильин дифференцирует понятия «тревоги» и «страха» и отмечает, что если для возникновения тревоги часто нет никаких объективных причин, то страх – это реакция человека на конкретную опасную для его здоровья и престижа ситуацию [2, с. 26].

Анализ ответов на вопрос «Почему вы пошли в медицину и поступили на эту специальность?» показал, что 30% студентов поступили в медицинский вуз «не по своей воле», 60 % поступили, так как они всегда хотели связать свою жизнь с медициной, а 10% пошли так как «больше не знали куда идти». Для многих студентов-медиков решающим фактором выбора профессии становится пример близких. Так, если в семье есть врачи или медсестры, ребенок с детства впитывает атмосферу заботы о здоровье, наблюдает за работой профессионалов и часто сам мечтает пойти по этому пути. Иногда на выбор влияет и окружение

вне семьи – например, близкий друг, который тоже планирует поступать в медицинский [7].

Второй вопрос звучал так: «У вас бывает тревожность на зачетах и экзаменах?». Анализ показал, что 81% студентов отметили наличие страха «не сдать предмет и пойти на пересдачу», 10% ответили, что страха нет, а 9% сказали: «иногда есть страх, а иногда его нет». Страхи перед зачетами и экзаменами возникают из-за риска академической неуспеваемости, сложностью дисциплины, высокой учебной нагрузкой и объемом материала, который необходимо освоить [1].

Следующий вопрос был: «Страшно или вам проходить практику и взаимодействовать с пациентами?». Отрицательно ответили 85% студентов, а 15% признали наличие такого страха. Страхи взаимодействия с пациентами у студентов-медиков могут быть обусловлены комплексом причин – недостатком практических навыков, страхом ошибки, боязнью публичного обсуждения их работы, сложностью в общении с «конфликтными» пациентами, а также наличием личного негативного опыта.

В четвертом вопросе «Как страх влияет на ваше поведение?» можно было выбрать несколько предложенных вариантов, ответы были такие: пропускаю занятия / практику - 20%, откладываю подготовку - 10%, избегаю сложных ситуаций - 70%, теряюсь - 13%. И наоборот, гиперконтролирую все - 80%, замыкаюсь, молчу - 40%. «Избегание сложных ситуаций часто воспринимается как способ борьбы со страхом, но на деле это стратегия, которая в долгосрочной перспективе лишь подпитывает тревогу и мешает личностному росту» [4]. Столкновение с вызовами – единственный способ развить устойчивость, научиться эффективным стратегиям совладания и по-настоящему узнать свои возможности.

На вопрос «Как вы справляетесь со страхом?», также можно было выбрать несколько вариантов ответов. Ответы распределились следующим образом:

готовлюсь больше - 80%, говорю с друзьями / семьей - 90%, занимаюсь спортом - 70%, слушаю музыку / занимаюсь творчеством - 20%, курю / принимаю алкоголь - 12%, ем больше обычного - 5%, никак не справляюсь, терплю - 1%.

В заключительном вопросе «Что помогло бы вам справляться со страхом?» (возможно выбрать несколько вариантов ответов), студенты-медики отметили: разговор с психологом - 40%, поддержка куратора / наставника -10%, обсуждение в группе -50%, постепенное погружение в практику - 40%, больше информации о том, как действовать - 96%.

Заключение

В ходе работы был апробирован опросник для изучения страха у студентов-медиков, а также выявлена роль и значение страха в их учебной деятельности и психологическом состоянии. Подавляющее большинство опрошенных студентов отметили необходимость наличия информации о способах совладания со страхами и тревожностью в период обучения, половина из числа студентов, участвовавших в опросе, ищут поддержку в группе, а третья часть опрошенных обсудила бы свои проблемы с психологом.

Тревожности и страхи часто сопровождают процесс высшего медицинского образования, как болезненные эмоциональные реакции на ситуации зачетов, экзаменов или практических занятий. Чаще всего студенты-медики стремятся сделать все, чтобы минимизировать свои страхи и преодолеть тревожность.

Источники и литература / Sources and references:

1. Валиуллина, Е. В. Исследование кризисов профессионального самоопределения у студентов медицинского вуза / Е. В. Валиуллина // Современные проблемы науки и образования. 2012. № 3. С. 377.

2. Валиуллина, Е. В. Психологический механизм вытеснения при ситуативной и личностной тревожности / Е. В. Валиуллина // Вестник северо-

восточного федерального университета им. М. К. Аммосова. Серия: Педагогика. Психология. Философия. 2020. № 2 (18). С. 25–29.

3. Ильин, Е. П. Психология страха / Е. П. Ильин. СПб. : Питер, 2017. 254 с.

4. Когда страх становится фоном: как контроль и избегание управляют жизнью.— URL: https://www.b17.ru/article/941842 (дата обращения: 15.10.2026).

5. Минобрнауки: от 15% до 40% студентов покидают вузы до получения диплома Коммерсантъ. URL:https://www.kommersant.ru/doc/7775591 (дата обращения: 12.10.2026).

6. Нардонэ, Д. Ипохондрия, или Страх болезней / Д. Нардонэ, А. Бартолетти. М. : Психология и жизнь, 2021. 256 с.

7. С любовью к профессии. Работники ГКБ №1 рассказали, почему выбрали медицину // БУ «Городская клиническая больница №1» Минздрава Чувашии. URL: https://cheb-gkb1.med.cap.ru/press/2022/6/19/s-lyubovjyu-k-professii-rabotniki-gkb-n1rasskazal?ysclid=mvc94izgd397903043 (дата обращения: 12.10.2026).

8. Страх // Википедия. URL: https://ru.wikipedia.org/wiki/Страх?ysclid= (дата обращения: 15.10.2026).

9. Страх: определение, виды, диагностика, лечение, эксперименты. URL: https://rosa.clinic/blog/simptomy/strakh (дата обращения: 12.10.2026).

ОСОБЕННОСТИ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДОШКОЛЬНИКОВ КЕМЕРОВА

Иваненко И. В., Неверова Е. А., Клюев Л. А.

Кафедра детских болезней

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

Научный руководитель – д-р. мед. наук, доцент О. Б. Анфиногенова

Аннотация. В статье представлены результаты исследования нервно-психического развития (НПР) 30 детей дошкольного возраста от 4 до 6 лет, находящихся на восстановительном лечении в санатории г. Кемерово. Оценивались мышление и речь, общая и мелкая моторика, внимание и память, социальные контакты, психическое здоровье. Установлено, что наиболее частым отклонением является снижение внимания и памяти (47%), особенно у детей 6 лет. Выявлено парадоксальное снижение коммуникативных навыков у старших дошкольников. Результаты могут быть использованы для коррекционных программ в санаториях и ДОУ.

Ключевые слова: нервно-психическое развитие, дошкольники, внимание, память, моторика, социальная адаптация, Кемерово.

FEATURES OF NERVO-PSYCHICAL DEVELOPMENT OF PRESCHOOLERS IN KEMEROVO

Ivanenko I.V., Neverova E. A., Klyuev L. A.
Department of Psychiatry and Narcology
Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo
Scientific supervisor: Anfinogenova O. B.

Abstract. The article presents the results of a study of neuropsychic development in 30 preschool children aged 4 to 6 years undergoing rehabilitation in a sanatorium in Kemerovo. The authors assessed thinking and speech, gross and fine motor skills, attention and memory, social contacts, and mental health. The most common deviation was attention and memory impairment (47%), especially in 6-year-olds. A paradoxical decline in communication skills was found in older preschoolers. The results can be used for correctional programs in sanatoriums and preschool institutions.

Keywords: neuropsychic development, preschoolers, attention, memory, motor skills, social adaptation, Kemerovo.

Введение

Нервно-психическое развитие ребёнка дошкольного возраста – сложный процесс созревания структур мозга, формирования психических функций и социально-эмоциональной сферы. Дошкольный период является сензитивным для становления личности и произвольной регуляции поведения. В г. Кемерово, как и в других промышленных центрах, отмечается рост числа детей с пограничными психическими расстройствами. Целенаправленных исследований, оценивающих все компоненты НПР у детей 4–6 лет в условиях санатория, недостаточно [1, С.15–25. 2, С. 256].

Цель исследования – комплексный анализ основных проявлений нервно-психического развития детей дошкольного возраста по городу Кемерово.

Объекты и методы исследования

Исследование выполнено на базе санатория «Журавлик» ДКБ № 2 г. Кемерово. Участвовали 30 детей 4–6 лет, находившихся на восстановительном лечении с респираторными заболеваниями. Критерии включения: отсутствие органического поражения ЦНС и тяжёлой психической патологии. Сформированы три группы по 10 человек: 4 года (4,2±0,3), 5 лет (5,1±0,2), 6 лет (6,0±0,3). Группы сопоставимы по полу и социально-экономическому статусу.

Методы: клиническая беседа, психологические пробы по схемам МЗ РФ [3, С.48] (мышление и речь, общая и мелкая моторика, внимание и память, социальные контакты, психическое здоровье). Статистический анализ – описательные статистики, критерий χ^2.

Результаты и их обсуждение

В ходе проведения исследования всем респондентам каждой возрастной группы было предложено прохождение нескольких психологических проб и опроса, направленных на выявление уровня развития мышления и речи, общей и ручной моторики, внимания и памяти, социальных контактов, а также оценку

психического здоровья. Полученные данные анализировались как в сравнении с возрастными нормативами, рекомендованными Министерством здравоохранения РФ, так и в межгрупповом сопоставлении (дети 4, 5 и 6 лет).

При оценке мышления и речи было выявлено, что дети 4 лет в 70% случаев умеют группировать предметы по классам (мебель, игрушки, одежда, посуда), однако остальные 30% либо не справляются с заданием, либо объединяют предметы по несущественным признакам (например, по цвету или размеру). Респонденты второй (5 лет) и третьей (6 лет) групп показали 100% успешное выполнение данной пробы, что свидетельствует о завершении формирования операции обобщения именно в интервале между 4 и 5 годами. При пересказе короткого текста (3–4 предложения) 4-летние дети часто нарушали последовательность событий (60% пересказывали фрагментарно), в то время как 5-летние справлялись полностью в 80% случаев, а 6-летние – в 90%.

Таким образом, речемыслительные функции прогрессируют с возрастом, однако у шестилетних ещё сохраняется определённая вариативность, связанная с индивидуальным темпом созревания. Анализ общей моторики показал, что прыжки на двух ногах на месте уверенно выполняли 60% четырёхлетних (остальные демонстрировали «притопы» или потерю равновесия), 90% пятилетних и 100% шестилетних. Однако при оценке прыжков в длину с места у детей 6 лет результаты распределились следующим образом: только 50% справились с прыжком на расстояние более 70 см (что считается хорошим показателем), остальные показали результат менее 70 см. Кроме того, у 30% шестилетних были отмечены трудности при ходьбе по начерченной линии, что указывает на недостаточную координацию.

Парадоксально, но наименее позитивное развитие общей моторики наблюдалось именно у детей 6 лет, а не у младших дошкольников. Причина этого, по нашему мнению, кроется не только в индивидуальных особенностях

каждого ребёнка (рост, вес, физическая сила), но и в возможном снижении двигательной активности на этапе восстановления после респираторных заболеваний, а также в эффекте утомления при выполнении заданий в санаторных условиях.

При исследовании ручной (мелкой) моторики выяснилось, что самостоятельно застёгивать пуговицы и шнурки умеют 70% детей 4 лет, 100% пятилетних, но только 70% шестилетних. Последние, несмотря на больший паспортный возраст, в ряде случаев нуждались в помощи, что может объясняться как недостаточной практикой самообслуживания (в санатории часть бытовых навыков берёт на себя персонал), так и утомлением. Аккуратно закрасить круг, не выходя за контур, смогли 70% шестилетних; у остальных наблюдалась либо мелкоразмашистая штриховка, либо тремор. Таким образом, пик развития мелкой моторики в нашей выборке пришёлся на 5 лет, а к 6 годам отмечается относительное снижение успешности, что требует дальнейшего уточнения на больших выборках.

Наиболее тревожные результаты были получены при оценке внимания и памяти. Заучивание стихотворения, соответствующего возрасту (4–6 строк), проходило успешно после 2–4 повторений у большинства детей, однако доли выполнивших задание без грубых ошибок составили: в 4 года – 60%, в 5 лет – 60%, в 6 лет – только 50%. При этом дети третьей группы чаще демонстрировали рассеянность, «отключение» от процесса чтения наизусть, им требовалось многократное напоминание. При тесте на произвольное запоминание пяти несвязанных слов средние результаты оказались следующими: 4 года – 2,8±0,7 слова (в пределах нижней границы нормы), 5 лет – 4,1±0,5 слова (норма), 6 лет – 3,2±0,8 слова (ниже возрастного норматива).

Глобально из всех обследованных 30 детей нарушения внимания и памяти были зафиксированы у 47%, что делает эту сферу наиболее проблемной.

Предположительно, это связано с несколькими факторами: высокой цифровой нагрузкой (по данным бесед с родителями, 80% шестилетних проводят за экранами более 1,5 часов в день), кумулятивным эффектом соматических заболеваний и психоэмоциональным стрессом, связанным с предстоящим поступлением в школу.

При анализе социальных контактов было установлено, что умение играть без конфликтов (делиться игрушками, соблюдать очерёдность, договариваться) присутствует у 70% четырёхлетних, у 100% пятилетних, но лишь у 60% шестилетних. Остальные 40% детей 6 лет либо часто ссорились со сверстниками, либо, напротив, избегали общения, предпочитая одиночные игры. Этот, на первый взгляд, парадоксальный результат может объясняться активным развитием социальной адаптации и одновременным переживанием возрастного кризиса 6–7 лет («кризис школьной зрелости»), когда дети становятся общительными, но ещё не умеют правильно и бесконфликтно коммуницировать, особенно в новой обстановке санатория. Общая доля детей с нарушением социальных отношений по всей выборке составила 23%.

Оценка психического здоровья показала, что грубых отклонений нет у 90% четырёхлетних, у 100% пятилетних и у 80% шестилетних. У остальных детей были отмечены эмоциональная лабильность (у одного ребёнка 4 лет) и лёгкие тики или психомоторная возбудимость к вечеру (двое детей 6 лет). Пятилетние оказались наиболее благополучными по всем параметрам психического здоровья, что, вероятно, соответствует относительно стабильному возрастному периоду.

Обобщая результаты по всей выборке (30 человек), можно заключить, что отклонения в различных сферах нервно-психического развития распределились следующим образом: мышление – 10% (только дети 4 лет), моторика – 30% (во всех группах, но чаще у 6 лет), внимание и память – 47% (абсолютное

большинство – дети 6 лет), социальные контакты – 23% (преимущественно 6 лет), психическое здоровье – 10%. Таким образом, дети 6 лет демонстрируют не абсолютно более высокий уровень развития, а, напротив, относительное снижение по ряду ключевых функций (память, внимание, мелкая моторика, социальные навыки) по сравнению с 5-летними. Это требует особого внимания со стороны педиатров, психологов и педагогов при подготовке к школьному обучению.

Заключение

Большинство обследованных дошкольников 4–6 лет демонстрируют возрастную норму нервно-психического развития по мышлению, речи и моторике. Однако выявлены значимые отклонения, имеющие неравномерную возрастную динамику. Наиболее частым нарушением является снижение произвольного внимания и памяти (47% от всех детей), причём у 6-летних эти трудности носят системный характер: половина детей не может полностью запомнить стихотворение, а объём кратковременной памяти ниже нормы. Зафиксировано парадоксальное ухудшение показателей моторики и социального поведения у 6-летних по сравнению с 5-летними: самостоятельное застёгивание пуговиц снижается с 100% до 70%, бесконфликтная игра – со 100% до 60%. Наиболее благополучной группой оказались дети 5 лет. Полученные результаты обосновывают необходимость внедрения скрининговых программ оценки НПР в санаториях и ДОУ г. Кемерово с акцентом на детей 6-летнего возраста, а также включения в распорядок дня занятий по развитию внимания, памяти, мелкой моторики и коммуникативных навыков.

Источники и литература / Sources and references:

1. Выготский, Л. С. Проблема возрастной периодизации детского развития / Л. С. Выготский // Вопросы психологии. 2019. № 2. С. 15–25.

2. Авдеева, Н. Н. Психология развития дошкольника / Н. Н. Авдеева, С. Ю. Мещерякова. М. : Академия, 2021. 256 с.

3. Казьмин, А. М. Скрининг нервно-психического развития детей от 3 до 7 лет / А. М. Казьмин, Е. В. Петрова. М., 2022. 48 с.

ПСИХОЛОГИЯ СТЕРЕОТИПОВ И ПРЕДУБЕЖДЕНИЙ У ПОДРОСТКОВ: ВЛИЯНИЕ НА ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ С ОБЩЕСТВОМ И СЕМЬЁЙ: ОБЗОР СОВРЕМЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Иванов И. И., Петрова А. А.
Кафедра клинической психологии
ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово
Научный руководитель - канд. ист. наук, доцент Г.В. Акименко

Аннотация. В данной статье анализируются психологические механизмы формирования и закрепления стереотипов и предубеждений у подростков 10–18 лет, а также их влияние на взаимодействие с обществом и семьёй. Установлены следующие закономерности: а) подростковый возраст является сенситивным периодом для усвоения стереотипных установок в силу становления социальной идентичности и особой значимости групповой принадлежности; б) склонность к интолерантным установкам в подростковом возрасте имеет преимущественно внешний, подражательный характер и не отражает глубокой внутренней убеждённости; в) предубеждённость не существует изолированно — она встроена в общий агрессивный паттерн поведения и отрицательно коррелирует с этнической толерантностью, эмпатией и сотрудничеством; г) семья утрачивает монополию на социализацию под напором цифровой среды, что порождает острое противоречие между традиционными и новыми идеями; д) реальная деятельностная активность, в частности командный спорт, выступает защитным фактором, развивающим социальную компетентность и помогающим

преодолевать ментальные шаблоны. Полученные данные подтверждают необходимость системной работы по преодолению предубеждений в семье и школе, а также развития у подростков навыков критического мышления и осознания собственных стереотипов.

Ключевые слова: стереотипы, предубеждения, подростки, социальная идентичность, интолерантность, этническая толерантность, гендерные стереотипы, микроагрессия, цифровая среда, семья, командный спорт, самооценка, критическое мышление.

PSYCHOLOGY OF STEREOTYPES AND PREJUDICES IN ADOLESCENTS: IMPACT ON INTERACTION WITH SOCIETY AND FAMILY. SCIENTIFIC REVIEW OF MODERN RESEARCH

Ivanov I. I., Petrova A. A.
Department of Clinical Psychology
Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo
Scientific supervisor- G.V. Akimenko

Abstract. This article analyzes the psychological mechanisms of formation and consolidation of stereotypes and prejudices in adolescents aged 10–18, as well as their impact on interaction with society and family. The following patterns were identified: a) adolescence is a sensitive period for the assimilation of stereotypical attitudes due to the formation of social identity and the particular importance of group belonging; b) the tendency toward intolerant attitudes in adolescence is predominantly external and imitative in nature and does not reflect deep internal conviction; c) prejudice does not exist in isolation — it is embedded in a general aggressive behavioral pattern and negatively correlates with ethnic tolerance, empathy, and cooperation; d) the family is losing its monopoly on socialization under the pressure of the digital environment, which generates an acute contradiction between traditional and new ideas; e) real activity, in particular team sports, acts as a protective factor that develops social

competence and helps overcome mental templates. The findings confirm the need for systemic work to overcome prejudices in the family and school, as well as the development of critical thinking skills and awareness of one's own stereotypes in adolescents.

Keywords: stereotypes, prejudices, adolescents, social identity, intolerance, ethnic tolerance, gender stereotypes, microaggression, digital environment, family, team sports, self-esteem, critical thinking.

Психология стереотипов и предубеждений у подростков: влияние на взаимодействие с обществом и семьёй

Подростковый возраст — это время, когда человек впервые по-настоящему задаётся вопросом: «Кто я и где моё место среди других?» В поиске ответа он опирается на семью, сверстников, школу и медиа. Именно на пересечении этих влияний формируются стереотипы и предубеждения — упрощённые, устойчивые представления о других людях и социальных группах. Для подростка они одновременно помогают упорядочить сложный социальный мир и создают серьёзные риски: искажают восприятие реальности, разрушают отношения и подрывают самооценку. Нам эта тема кажется особенно важной. Мы видим, как стереотипы проявляются среди наших ровесников, и хотим разобраться, откуда они берутся и как с ними работать.

Возрастной диапазон 10–18 лет — это период, когда социальная идентичность становится центральным элементом самосознания, а принадлежность к группе приобретает особую значимость [1]. Именно поэтому подростки оказываются особенно восприимчивы к стереотипным установкам, транслируемым извне, и одновременно — особенно уязвимы перед их последствиями.

Почему подростки сильнее подвержены стереотипам?

Исследования возрастной динамики этнических стереотипов показывают, что первые стереотипные представления формируются ещё в детстве — как через личный опыт, так и через социальное подкрепление от значимых взрослых и средств массовой информации. Но качественный перелом происходит именно в подростковом возрасте. Согласно концепции Ж. Пиаже, общая линия развития состоит в смещении детского эгоцентризма к социоцентризму — от «Я» к «Мы». Содержание этого чувства «Мы» наполняется сначала поверхностной информацией о чертах сходства (внешность, язык, обычаи), а затем — осознанием глубинного единства: общности исторической судьбы, религии, национальной культуры.

В. А. Тропникова и А. В. Матвейшина в исследовании возрастных особенностей этнической толерантности доказали: в подростковом возрасте ярко проявляется склонность к интолерантным установкам, но отношение к другим группам характеризуется недифференцированностью. Основа интолерантности — внешние факторы, а не внутренняя потребность в противостоянии. Подросток часто транслирует предубеждение не из-за глубокой внутренней убеждённости, а просто копируя поведение своей группы, значимых людей или медийные образы [2].

Зарубежные данные подтверждают эту тенденцию. Исследование итальянского Национального исследовательского совета (CNR), проведённое в 2025 году, охватило более 3000 четырнадцатилетних подростков. Около 62,3% из них продемонстрировали средний или высокий уровень приверженности гендерным стереотипам, причём этот показатель заметно вырос по сравнению с предыдущими годами [3]. Подобные цифры указывают на то, что стереотипы не исчезают сами по себе с возрастом, а требуют целенаправленной психологической работы.

Стереотипы и взаимодействие с обществом

Стереотипы выполняют в подростковом возрасте несколько функций: упрощают сложную социальную реальность, укрепляют границы группы и защищают собственные ценности. Проблема в том, что та же защитная функция оборачивается дискриминацией «непохожих».

Н. В. Мешкова, М. Н. Бочкова, С. Н. Ениколопов и соавторы в исследовании, опубликованном в «Национальном психологическом журнале», показали, что склонность к микроагрессии в форме «злых шуток» положительно коррелирует с физической агрессией и враждебностью. При этом обнаружилась отрицательная корреляция с этнической толерантностью и чертой «Согласие». Очевидно, что предубеждённость не существует изолированно. Она прочно встроена в общий агрессивный паттерн поведения, заметно снижая способность подростков к эмпатии и сотрудничеству [4].

А. Г. Тулегенова, исследуя гендерные стереотипы в молодёжной среде, отмечает: медиа активно продвигают жёсткие шаблоны как женской, так и мужской внешности. Следование им негативно влияет на психологическое состояние молодых людей и препятствует их полной самореализации. Девушки часто отказываются от амбиций в профессиональной сфере, а юноши испытывают колоссальное эмоциональное напряжение из-за навязанной «мужской ответственности за финансовое благополучие». Это мешает им гармонично развиваться как в карьере, так и в будущей семейной жизни [5].

Семья: противоречие между традиционными и новыми идеями

Семья традиционно остаётся первичным институтом социализации, закладывающим базовые установки о гендерных ролях, нормах поведения и отношении к окружающим. Однако сегодня подросток оказывается в точке острого противоречия. Усвоенные дома традиционные взгляды сталкиваются с новыми идеями, которые транслирует цифровая среда. С одной стороны, близкие

стремятся защитить подростка и направить его. С другой стороны, из-за массового распространения информационных технологий контент поступает к несовершеннолетним напрямую, минуя родительский контроль. Интернет становится реальным конкурентом семьи в вопросах воспитания, что неизбежно снижает уровень доверия между родителями и детьми.

При этом родительские стереотипы могут наносить и прямой ущерб. Исследования девиантных подростков показывают, что у «трудных» девочек часто нарушена гендерная идентичность. Они соотносят свой реальный и идеальный образ с маскулинными качествами: чем больше разрыв между этими образами, тем сильнее проявляется гнев. Учёные подчёркивают необходимость расширить представления о женской роли и не сводить её к жёстким рамкам [1].

Новые тенденции: медиа и спорт

Цифровая среда стала мощнейшим фактором социализации. По данным Mediascope, подростки 12–17 лет проводят в интернете в среднем около 7 часов ежедневно — почти треть суток. С. Б. Стебловская описывает ключевые параметры современной медиасферы: осетевление, принцип случайного потребления медиапродукта, визуализация, замещение эфирного ТВ и бумажных СМИ интернет-ресурсами. Все эти факторы меняют формат медиапотребления, к которому особенно восприимчивы современные тинейджеры [6].

Главное свойство виртуального пространства — анонимность и зашифрованность личности реального пользователя — даёт уникальную возможность конструировать любой желаемый образ. Подросток создаёт идеальное виртуальное воплощение, которое нередко вступает в конфликт с его реальным «Я» и лишь усиливает внутреннюю тревожность.

Спорт, напротив, способен выступать мощным защитным фактором. И. М. Джолиев, Э. Ю. Башмаков, Н. М. Каримов и соавторы в исследовании 2024 года

на материале изучения 412 подростков 12–16 лет установили: высокий уровень вовлечённости в спортивную деятельность положительно коррелирует со статусом в группе, коммуникативными навыками и адаптивностью. Выявлены значимые различия в уровне социальной компетентности между спортсменами, занимающимися командными и индивидуальными видами спорта. Спорт формирует ценностные установки на здоровый образ жизни и помогает преодолевать стереотипы за счёт многообразия живого социального взаимодействия [7].

Психологические защиты и самооценка

Стереотипы напрямую влияют на самооценку: веря в них, человек невольно начинает вести себя так, что в итоге подтверждает эти шаблоны. Исследование субъективного восприятия успешности у школьников-подростков показывает: чем выше притязания в области способностей и ума, тем более тревожными и раздражительными они становятся. Расхождение между уровнем притязаний и реальной самооценкой выступает основным фактором, дестабилизирующим мотивацию и эмоциональное состояние. Чем сильнее этот разрыв по качествам ума и авторитета у сверстников, тем ниже познавательная активность тинейджера.

Е. Г. Алимова в исследовании психологических механизмов трансформации гендерного сознания подростков в цифровой среде показала: подростки с высоким уровнем интернет-зависимости чаще прибегают к дезадаптивным защитам — регрессии и проекции. У девушек при этом превалирует стратегия «поиск социальной поддержки», а у юношей чаще фиксируется «избегание». Уровень личностной тревожности жёстко связан с интенсивностью использования цифровых медиа. Чем глубже подросток погружён в онлайн-среду, тем выше его внутреннее напряжение и тем менее

конструктивные способы психологической защиты он выбирает, уходя от реальности [8].

Заключение

Анализ теоретических и эмпирических исследований показывает, что подростковый возраст (10–18 лет) является наиболее чувствительным периодом для укоренения стереотипов и предубеждений. Сегодня их формирование происходит в условиях жёсткой конкуренции между традиционными институтами (семьёй, школой) и цифровой средой, которая постепенно перехватывает функции главного социализатора. Стереотипы больше не выполняют исключительно адаптивную функцию упрощения реальности — они всё чаще провоцируют социальную микроагрессию, дискриминацию и деформируют самооценку взрослеющей личности, порождая глубокий внутренний конфликт.

В этих условиях семья нередко теряет свой авторитет под напором персонализированных алгоритмов доставки контента, транслирующих деструктивные гендерные и социальные шаблоны. Противовесом этому негативному тренду может выступать реальная деятельностная активность, в частности — командный спорт. Он эффективно развивает социальную компетентность, повышает социометрический статус подростка и помогает преодолевать ментальные шаблоны благодаря опыту реального взаимодействия. Работа по преодолению предубеждений в подростковой среде не может быть точечной; она требует системного изменения подходов в семье и школе, а также развития у самих подростков навыков критического мышления и осознания собственных стереотипов.

Источники и литература / Sources and references:

1. Кон, И. С. Психология старшеклассника / И. С. Кон. М. : Просвещение, 1991. 192 с.

2. Тропникова, В. А. Возрастные особенности этнической толерантности и этнических стереотипов у молодёжи / В. А. Тропникова, А. В. Матвейшина // Вестник Омского университета. Серия «Психология». 2021. № 3. С. 47–56.

3. Gender stereotypes are increasing among adolescents // Consiglio Nazionale delle Ricerche. 2025.

4. Мешкова, Н. В. Диагностика склонности к микроагрессии и предубеждённости при исследовании асоциальной креативности / Н. В. Мешкова, М. Н. Бочкова, С. Н. Ениколопов [и др.] // Национальный психологический журнал. 2026. Т. 21, № 1. С. 107–116.

5. Тулегенова, А. Г. К вопросу о гендерных стереотипах в молодёжной среде / А. Г. Тулегенова // Учёные записки Крымского федерального университета им. В. И. Вернадского. 2015. Т. 1 (67), № 1. С. 116–122.

6. Стебловская, С. Б. Роль современной медиасферы в трансформации медиапотребления подростков / С. Б. Стебловская // Вестник Костромского государственного университета. 2019. Т. 25, № 1. С. 187–191.

7. Джолиев, И. М. О. Психологические аспекты вовлечения подростков в игровые виды спорта и их влияние на социальную адаптацию / И. М. О. Джолиев, Э. Ю. Башмаков, Н. М. Каримов [и др.] // Управление образованием. 2024. Т. 14, № 2-2. С. 41–50.

8. Алимова, Е. Г. Психологические механизмы трансформации гендерного сознания подростков в цифровой среде / Е. Г. Алимова // Oriens. 2026. № 1. . 45–58.

ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ, ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И СОЦИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПРОФЕССИОНАЛИЗАЦИИ

Исмайлова И. Ш., Исмайлова А. И.
Мингячевирский государственный университет
Республика Азербайджан, г. Мингячевир

Аннотация В статье рассматриваются основные педагогические, психологические и социологические аспекты индивидуальной профессионализации личности.

Анализируется процесс формирования профессиональной компетентности, профессиональной идентичности и готовности человека к эффективной деятельности в условиях современного общества. Раскрывается роль образования, личностных качеств и социальной среды в профессиональном становлении специалиста. Обосновывается необходимость комплексного подхода к изучению профессионального развития личности.

Ключевые слова: профессионализация, профессиональное развитие, компетентность, профессиональная идентичность, образование, мотивация, социальная адаптация.

PEDAGOGICAL, PSYCHOLOGICAL AND SOCIOLOGICAL ASPECTS OF INDIVIDUAL PROFESSIONALIZATION

Ismaylova I. Sh., Ismaylova A. I.
Mingachevir State University
Republic of Azerbaijan, Mingachevir

Abstract. The article examines the main pedagogical, psychological, and sociological aspects of individual professionalization of the personality. It analyzes the process of developing professional competence, professional identity, and an

individual's readiness for effective performance in the conditions of modern society. The role of education, personal qualities, and the social environment in the professional development of a specialist is revealed. The necessity of a comprehensive approach to the study of personal professional development is substantiated.

Keywords: professionalization, professional development, competence, professional identity, education, motivation, social adaptation.

Введение

В современных условиях социально-экономического развития общества проблема профессионального становления личности приобретает особую актуальность. Изменения в структуре рынка труда, развитие цифровых технологий и повышение требований к качеству профессиональной деятельности требуют от специалиста не только наличия профессиональных знаний, но и способности к постоянному развитию, адаптации и самообразованию. Индивидуальная профессионализация представляет собой сложный процесс формирования личности как субъекта профессиональной деятельности. Она включает освоение профессиональных знаний и умений, развитие профессионального сознания, формирование ценностного отношения к профессии и приобретение опыта практической деятельности. Э. Ф. Зеер рассматривает профессиональное развитие как процесс формирования профессиональной компетентности и профессионального самосознания личности, продолжающийся на протяжении всей жизни человека [5].

Профессионализация является междисциплинарным понятием, которое исследуется педагогикой, психологией и социологией. В педагогическом аспекте она связана с процессом подготовки специалиста и развитием профессиональных компетенций. В психологическом аспекте рассматривается как процесс формирования профессионально важных качеств личности.

Социологический подход раскрывает влияние общества и социальных институтов на профессиональное становление человека.

Е. А. Климов отмечает, что профессиональное самоопределение является важнейшим этапом развития личности, в ходе которого человек осознает свои способности, интересы и возможности профессиональной реализации [6].

Одним из центральных понятий профессионализации является профессиональная компетентность. Она включает совокупность знаний, навыков, опыта и личностных характеристик, необходимых для эффективного выполнения профессиональных задач. Компетентностный подход предполагает переход от простого усвоения знаний к способности применять их в реальных профессиональных ситуациях [2].

Педагогический аспект профессионализации связан с организацией образовательной среды, которая обеспечивает формирование профессиональной готовности личности. Современное образование должно быть направлено не только на передачу знаний, но и на развитие самостоятельности, творческого мышления и способности к профессиональному саморазвитию.

А. А. Вербицкий подчеркивает, что эффективность профессиональной подготовки повышается при использовании контекстного обучения, которое моделирует реальные условия будущей профессиональной деятельности [2].

Важными педагогическими условиями профессионализации являются:

- применение современных образовательных технологий;
- сочетание теоретической подготовки и практической деятельности;
- развитие исследовательских навыков;
- формирование способности к самообразованию;
- индивидуальный подход к обучающимся.

Особое значение имеет роль преподавателя в профессиональном становлении личности. Педагог выступает не только источником знаний, но и организатором образовательной среды, обеспечивающей развитие профессиональных интересов и мотивации. В. А. Сластёнин отмечает, что профессиональное образование должно обеспечивать развитие личности специалиста, его культуры, самостоятельности и готовности к творческой деятельности [10].

Психологический аспект профессионализации связан с развитием внутренних качеств личности, обеспечивающих успешное выполнение профессиональной деятельности. К таким качествам относятся профессиональная мотивация, ответственность, эмоциональная устойчивость, способность к самоанализу и саморегуляции.

В. А. Бодров подчеркивает, что профессиональная пригодность определяется не только уровнем знаний человека, но и системой его индивидуально-психологических особенностей, которые обеспечивают эффективность профессиональной деятельности [1].

Важным компонентом профессионального развития является профессиональная идентичность. Л. Б. Шнейдер рассматривает ее как процесс осознания человеком своей принадлежности к определенной профессиональной сфере и принятия профессиональных ценностей [8].

Формирование профессиональной идентичности включает:

- осознание профессиональных интересов;
- принятие норм профессионального поведения;
- развитие уверенности в профессиональных возможностях;
- формирование профессиональных целей.

Психологическая готовность специалиста к профессиональной деятельности также связана со способностью адаптироваться к изменениям. Л.

С. Выготский отмечал, что развитие личности происходит в процессе активного взаимодействия человека с социальной и культурной средой [3].

Профессионализация личности является не только индивидуальным, но и социальным процессом. Человек формируется как специалист в определенной общественной среде, под влиянием семьи, образовательных учреждений, профессиональных групп и социально-экономических условий.

Э. Дюркгейм подчеркивал роль профессиональных групп в обеспечении социальной интеграции и сохранении профессиональных норм и ценностей [4].

Профессиональная социализация предполагает освоение человеком:

- профессиональных ролей;
- норм поведения;
- профессиональной культуры;
- способов взаимодействия с коллегами.

Современное общество характеризуется высокой динамикой профессиональных изменений. Поэтому специалист должен обладать профессиональной мобильностью и способностью к освоению новых знаний.

А. Н. Леонтьев отмечал, что деятельность является основой формирования личности, поскольку именно в процессе деятельности человек развивается и приобретает социальный опыт [7].

Заключение

Индивидуальная профессионализация является комплексным процессом, в котором взаимосвязаны педагогические, психологические и социологические факторы. Педагогические условия обеспечивают получение профессиональных знаний и развитие компетенций, психологические механизмы определяют внутреннюю готовность личности к деятельности, а социальная среда создает условия для профессиональной реализации.

Таким образом, современный специалист должен обладать не только профессиональными знаниями, но и способностью к непрерывному развитию, социальной адаптации и профессиональному самоопределению.

Источники и литература / Sources and references:

1. Бодров В. А. Психология профессиональной пригодности. Москва: ПЕР СЭ, 2001.- 511 с.

2. Вербицкий А. А. Компетентностный подход и теория контекстного обучения. Москва: Исследовательский центр проблем качества подготовки специалистов, 2004. 84 с.

3. Выготский Л. С. Психология развития человека. Москва: Смысл; Эксмо, 2005. 1136 с.

4. Дюркгейм Э. Социология образования. Москва: Канон, 2006. 352 с.

5. Зеер Э. Ф. Психология профессионального развития личности. Москва: Академия, 2009. -240 с.

6. Климов Е. А. Психология профессионального самоопределения. Москва: Академия, 2004. -304 с.

7. Леонтьев А. Н. Деятельность. Сознание. Личность.- Москва: Смысл, 2005. -352 с.

8. Шнейдер Л. Б. Профессиональная идентичность: теория, эксперимент, тренинг.-Москва: Московский психолого-социальный институт, 2007. -272 с.

9. Маркова А. К. Психология профессионализма.-Москва: Международный гуманитарный фонд «Знание», 1996.- 308 с.

10. Сластёнин В. А., Исаев И. Ф., Шиянов Е. Н. Педагогика. Москва: Академия, 2013. 576 с.

ВЗАИМОСВЯЗЬ АЛЕКСИТИМИИ С КОМПОНЕНТАМИ АГРЕССИИ И СТИЛЯМИ ПОВЕДЕНИЯ В КОНФЛИКТЕ У СТУДЕНТОВ

Каганова Д. С.
Кафедра психологических наук
ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный университет»,
Россия, г. Кемерово
Научный руководитель – Я. В. Шемет

Аннотация. В статье представлены результаты эмпирического исследования взаимосвязи алекситимии с компонентами агрессии и стилями поведения в конфликте у студентов. Выборка составила 50 человек (38 женщин, 12 мужчин; средний возраст – 20,4 года). Использовались Торонтская алекситимическая шкала (TAS-26), опросник агрессивности Басса–Перри (BPAQ) и опросник Томаса–Килмана (TKI-R). Установлено, что алекситимия наиболее сильно связана с враждебностью ($\rho=0,62$; $p<0,01$) и гневом ($\rho=0,34$; $p<0,05$), тогда как связи с физической и вербальной агрессией, а также со стилями поведения в конфликте не достигли уровня значимости. Полученные данные позволяют предположить, что алекситимия связана преимущественно с когнитивным и аффективным компонентами агрессии, а её вклад в выбор поведенческих стратегий в конфликте опосредован другими переменными.

Ключевые слова: алекситимия, агрессия, враждебность, гнев, стили поведения в конфликте, студенты, эмоциональная регуляция.

THE RELATIONSHIP OF ALEXITHYMIA WITH AGGRESSION COMPONENTS AND CONFLICT-HANDLING STYLES IN STUDENTS

Kaganova D. S., Shemet Y. V.
Department of Psychological Sciences,
Kemerovo State University, Kemerovo, Russia

Abstract. The article presents the results of an empirical study of the relationship between alexithymia, aggression components, and conflict-handling styles in students. The sample consisted of 50 participants (38 women, 12 men; mean age – 20.4 years). The Toronto Alexithymia Scale (TAS-26), the Buss–Perry Aggression Questionnaire (BPAQ), and the Thomas–Kilmann Conflict Mode Instrument (TKI-R) were used. Alexithymia was most strongly associated with hostility ($\rho=0.62$; $p<0.01$) and anger ($\rho=0.34$; $p<0.05$), whereas correlations with physical and verbal aggression, as well as with conflict-handling styles, did not reach statistical significance. The findings suggest that alexithymia is primarily related to the cognitive and affective components of aggression, while its contribution to behavioral strategies in conflict may be mediated by other variables.

Keywords: alexithymia, aggression, hostility, anger, conflict-handling styles, students, emotional regulation.

Введение

Алекситимия определяется как «неспособность словесно определить и описать возникшее чувство» [7]. В этом контексте наибольшее внимание уделяется когнитивным и эмоциональным особенностям. Однако в литературе находят отражение и её связи с поведением в межличностных ситуациях. Это может быть связано с механизмом саморегуляции у людей с алекситимией.

А.М. Селедцов и соавторы описывают психосоматический механизм алекситимии следующим образом: «Из-за того, что сильная эмоция не подвергается вербальной символизации и, следовательно, остается недоступной сознанию, она начинает непосредственно воздействовать на организм, причиняя неблагоприятные последствия» [7]. Когда этот механизм работает, психологическая саморегуляция становится невозможной. В развитии аффекта выделяются два этапа: дифференциация аффекта (способность различать эмоции

между собой и отделять их от телесных ощущений) и его вербализация (способность описать переживание словами). Без дифференциации невозможна вербализация: неструктурированное переживание не может быть передано словами [6]. Именно слабое понимание собственного эмоционального опыта, а не трудности вербализации, выступает ключевой патогенной чертой алекситимии [4, 2].

Современное состояние проблемы алекситимии таково, что нет однозначных данных относительно того, на каком этапе возникает проблема у людей с алекситимией. Трудно ли им только вербализовать аффект или дифференцирование им также не доступно. Е.Ю. Брель в своей работе приходит к выводу о том, что испытуемые, получившие высокие баллы по шкале алекситимии, всё же обладают необходимым словарным запасом для описания чувств и эмоций и косвенно могут его реализовать. При этом преобладает лексика, отражающая негативно окрашенный эмоциональный фон [2]. Это позволяет предположить, что ключевым является не столько дефицит слов, сколько слабое понимание и дифференциация собственного эмоционального опыта.

В нашем понимании именно эта черта – слабое понимание эмоций – оказывается наиболее патогенной. В своём исследовании П.М. Ларионов убедительно показывает, что она является предиктором дистресса и опосредует связь враждебности с психоэмоциональными нарушениями [4]. Е.Ю. Брель описывает следующий механизм: «Если эмоциональный внутренний мир негативно окрашен и человек, вследствие повышенной тревожности, ожидает негативных событий, то он, соответственно, предвосхищает события собственной враждебно-агрессивной стратегией поведения» [2].

Таким образом речь идёт всё же не о сложностях вербализации, а о сложностях дифференцирования аффекта. Невозможность вовремя распознать

нарастающее эмоциональное напряжение в совокупности с негативной установкой (враждебностью) относительно других людей приводит либо к бурному отреагированию во вне, либо к психосоматическим заболеваниям.

В литературе находят отражение и некоторые поведенческие закономерности, свойственные людям с алекситимией. А.В. Нарышкин описывает у них более скудный репертуар способов саморегуляции, они предпочитают эмоционально-ориентированные стратегии совладания, сфокусированные на физическом самочувствии (физические нагрузки, еда), им присуща ригидность и стереотипность деятельности в ответ на жизненные вызовы. Также он описывает некоторые типичные для них стили поведения в ситуации напряжения: избегание и приспособление [6].

Обобщая вышесказанное, человек попадает в замкнутый цикл: он не может вовремя распознать возникающее эмоциональное напряжение, что приводит к чрезмерному, часто разрушительному проявлению аффекта. Эта аффективная вспышка закономерно пугает его и заставляет стремиться «держать эмоции под контролем». К сожалению, в обыденном понимании это часто означает подавлять и игнорировать эмоции, что неминуемо приведёт к накоплению аффективного давления и новой вспышке [8].

С этой точки зрения эмоции перестают быть союзниками человека и начинают восприниматься как источник опасности. Зная за собой, что ситуация столкновения интересов разрешается подобным образом, закономерно избегать конфликтов. Человек пугается своей вспышки и начинает опасаться проявления своих чувств, что усиливает потребность контролировать их [8]. Желание взять контроль над своей эмоциональностью естественным образом производит впечатление холодности и отстранённости [10].

Е.Ю. Брель отмечает, что враждебность и агрессивность у людей с алекситимией рефлексируются слабо и могут быть интерпретированы как

недифференцированный аффект. Отсутствие в семейной среде ориентации на чувства, игнорирование эмоционального состояния ребёнка обусловливают его действия в рамках примитивных и доступных стратегий поведения [2].

Ситуация конфликта предъявляет повышенные требования к эмоциональной компетентности: необходимо распознать свои эмоции, справиться с возбуждением и выбрать стратегию поведения. Алекситимия создаёт дефицит на первых двух этапах, что сужает репертуар поведенческих стратегий. А.В. Нарышкин прямо описывает типичные для алекситимичных людей стили поведения в ситуации напряжения – избегание и приспособление. Это позволяет предположить, что уровень алекситимии будет связан с предпочтением этих стратегий в конфликте [6].

Возникает вопрос о том, как связаны алекситимия, агрессия и стили поведения в конфликте. Возможны два концептуальных пути. Первый – прямой: алекситимия как личностная черта сама по себе определяет предпочтение тех или иных стратегий (например, через неассертивность и социальное избегание). Второй – опосредованный: алекситимия связана с повышенной враждебностью и гневом, а эти аффективно-когнитивные компоненты агрессии, в свою очередь, определяют поведение в конфликте. В модели А. Басса и М. Перри агрессия включает четыре компонента: физическую агрессию (использование физической силы), вербальную агрессию (выражение негативных чувств через слова), гнев (эмоциональный компонент, характеризующийся физиологическим возбуждением) и враждебность (когнитивный компонент, включающий устойчивые негативные установки) [9]. Именно враждебность и гнев, будучи когнитивным и аффективным компонентами, могут выступать промежуточным звеном между алекситимией и поведением в конфликте: враждебная установка и накопленное возбуждение требуют разрядки, но при дефиците навыков

дифференциации эмоций разрядка принимает либо импульсивно-агрессивную, либо избегающую форму.

Таким образом, алекситимия связана как с внутренними (враждебность, гнев), так и с поведенческими (неассертивность, социальное избегание) характеристиками. В ситуации конфликта это может проявляться в предпочтении наименее требовательных стратегий – избегания или приспособления. Именно эта связь – между алекситимией, компонентами агрессии и стилями поведения в конфликте – и является предметом настоящего исследования.

Поскольку алекситимия связана с избеганием и приспособлением в ситуации напряжения [6], а также с неассертивностью и холодностью в межличностных отношениях [10], можно предположить, что она будет связана и со стилями поведения в конфликте.

Гипотеза исследования состоит в том, что существует взаимосвязь между уровнем алекситимии и показателями агрессивного реагирования, а также предпочитаемыми стилями поведения в конфликте у студентов.

Объекты и методы исследования

В исследовании приняли участие 50 человек в возрасте от 17 до 32 лет (средний возраст – 20,4 года; SD=2,91). Выборка включала 38 женщин (76%) и 12 мужчин (24%). Все респонденты являются студентами вузов г. Кемерово различных направлений подготовки. Участие в исследовании осуществлялось на добровольной основе.

Сбор данных проводился на протяжении 2025 года. Основной метод психометрическое тестирование с использованием стандартизированных опросников.

Диагностический инструментарий включал:

1. Торонтская алекситимическая шкала (TAS-26) в адаптации НИПНИ для оценки уровня алекситимии. Выбор данной методики обусловлен ее широкой распространенностью в исследованиях эмоционально-личностной сферы, что позволяет сопоставлять полученные результаты с данными других авторов [1]. Использование TAS-26 позволяет сопоставить полученные результаты с данными предшествующих отечественных исследований, выполненных с применением данной версии шкалы.

2. Опросник уровня агрессивности Басса-Перри (BPAQ) в адаптации М.Н. Лобасковой и соавторов. Данная методика выбрана в связи с ее теоретической обоснованностью и возможностью дифференцированной оценки аффективных, когнитивных и поведенческих компонентов агрессии [5].

3. Опросник Томаса-Килмана (TKI-R) в адаптации Н.В. Шаньгиной для оценки стилей поведения в конфликте (соперничество, сотрудничество, компромисс, избегание, приспособление). Выбор методики продиктован ее соответствием двухмерной модели регулирования конфликтов К. Томаса и Р. Килмана [3].

Статистическая обработка включала расчет коэффициента ранговой корреляции Спирмена (ρ). Проверка распределения переменных на нормальность с использованием критерия Шапиро-Уилка показала, что для переменных «Сотрудничество» ($W=0,927$; $p=0,004$), «Избегание» ($W=0,946$; $p=0,024$), «Физическая агрессия» ($W=0,939$; $p=0,013$) и некоторых других распределение значимо отличалось от нормального ($p<0,05$). В связи с этим для выявления взаимосвязей был выбран непараметрический коэффициент ранговой корреляции Спирмена (ρ).

Результаты и обсуждение

Средний уровень алекситимии в выборке составил 63,4 балла (SD=12,27), что соответствует средней степени выраженности. 26% респондентов (13 человек) продемонстрировали высокий уровень алекситимии (≥72 балла). В Таблице 1 представлены значения коэффициента ранговой корреляции Спирмена (ρ) между уровнем алекситимии и выраженностью компонентов агрессии, а также алекситимии и приверженностью стилям поведения в конфликте.

Таблица 1

Корреляции уровня алекситимии (TAS-26) с показателями агрессии и стилями поведения в конфликте (ρ-Спирмена, N=50**)**

Шкалы опросников	**ρ**
BPAQ (показатели агрессии)	
Враждебность	0,62**
Общий балл агрессии	0,52**
Гнев	0,34*
Физическая агрессия	0,24
Вербальная агрессия	0,01
TKI-R (стили поведения в конфликте)	
Компромисс	-0,27
Избегание	0,23
Сотрудничество	0,22
Соперничество	-0,09
Приспособление	-0,09

*Примечание: * – p <0,05; ** – p <0,01.*

Наиболее сильная связь выявлена между алекситимией и враждебностью (ρ=0,62; p <0,01). Враждебность, согласно модели Басса-Перри, представляет собой когнитивный компонент агрессии, включающий чувства недоброжелательности и несправедливости [9]. Более сильная связь может объясняться тем, что враждебность – это устойчивая когнитивная установка, которая формируется постепенно под влиянием неспособности понимать эмоции. В то время как гнев – это реакция на ситуацию, которая может быть ситуативной.

Избыточная тревожность, сопровождающая алекситимию, блокирует позитивное эмоциональное восприятие действительности и формирует пессимистическую оценку ситуации и ожидание негативных последствий, что создаёт основу для устойчивого негативного отношения к окружающим. Можно предположить, что неспособность к идентификации и вербализации эмоций способствует с одной стороны генерализации негативного аффекта и с другой – формированию устойчивых враждебных установок. Это согласуется с данными Е.Ю. Брель о связи алекситимии с агрессивными и враждебными реакциями [2] и с результатами П.М. Ларионова о том, что слабое понимание эмоций опосредует связь враждебности с психоэмоциональными нарушениями [4].

Значимая положительная корреляция алекситимии с общим баллом агрессии (ρ=0,52; p <0,01) и гневом (ρ=0,34; p <0,05) указывает на наличие связи между неспособностью к вербализации эмоций и накоплением психоэмоционального напряжения. Это соответствует данным А.В. Нарышкина о том, что у алекситимичных людей неосознанные переживания усиливают внутреннюю конфликтность, а на её фоне возникают «аффективные бури» и «вспышки деструктивной ярости», причины которых плохо осознаются [6]. О.А. Шейнина и О.А. Третьякова описывают этот механизм более развёрнуто: сдерживание эмоций приводит к их накоплению и последующим аффективным

«срывам», причём каждая вспышка усиливает страх собственных эмоций и запускает новый виток накопления, что ведёт к нарастанию алекситимии [8].

Отсутствие значимых корреляций с физической (ρ=0,24; p>0,05) и вербальной агрессией (ρ=0,01; p>0,05) может свидетельствовать о том, что алекситимия обнаруживает более тесную связь с когнитивным и эмоциональным компонентами агрессивного реагирования, тогда как поведенческие проявления в большей степени опосредованы ситуационными факторами и социальными нормами. Это соответствует данным S. Vanheule с соавторами, которые показали, что алекситимия значимо и устойчиво связана с холодностью/дистанцированностью и неассертивностью, но не связана с враждебной доминантностью и склонностью к борьбе с другими. Отмечается склонность людей с алекситимией к социальному конформизму и избеганию конфликтов [10]. Кроме того, необходимо учитывать, что выборка на 76% состоит из женщин, что может вносить вклад в специфику поведенческих проявлений агрессии.

Отсутствие статистически значимых связей может быть обусловлено ограниченным объёмом выборки ($N = 50$), а также тем, что декларируемые стратегии поведения в конфликте не всегда отражают реальное поведение. Кроме того, алекситимия не является единственным предиктором выбора стратегии, и её вклад может быть опосредован другими переменными.

Заключение

Гипотеза исследования подтвердилась лишь частично: **н**аиболее сильная связь обнаружена между алекситимией и враждебностью ($\rho = 0,62$; $p < 0,01$), что превышает силу связи с гневом ($\rho = 0,34$; $p < 0,05$). Это указывает на то, что алекситимия в большей степени сопряжена с когнитивным компонентом агрессии, чем с аффективным.

В то время как связь алекситимии с поведенческими компонентами агрессии не обнаружена. Значимых корреляций с физической (ρ=0,24; p>0,05) и вербальной агрессией (ρ=0,01; p>0,05) выявлено не было. Это соответствует данным S. Vanheule [10] о склонности алекситимичных лиц к социальному конформизму и избеганию открытых конфликтов.

Гипотеза о взаимосвязи алекситимии со стилями поведения в конфликте не подтвердилась. Ни одна из корреляций со шкалами TKI-R не достигла уровня статистической значимости.

При этом важно учитывать ограничения исследования. Объём и состав выборки N = 50 является нижней границей достаточности для корреляционного анализа сильных связей, но не позволяет говорить об однозначном результате. Кроме того, выборка характеризуется значительным гендерным дисбалансом (76% женщин), что не позволяет обобщить результаты на мужскую популяцию.

Для оценки алекситимии использовалась методика TAS-26, которая в настоящее время считается менее совершенной, чем TAS-20. Это ограничивает сопоставимость результатов с данными современных исследований.

Все инструменты являются самоотчётными, что сопряжено с риском действия факторов социальной желательности. Это особенно актуально при оценке агрессивных тенденций и поведения в конфликте.

Исследование носит корреляционный характер и не позволяет делать выводы о направленности причинно-следственных связей.

Источники и литература / Sources and references:

1. Алекситимия и методы её определения при пограничных психосоматических расстройствах : пособие для психологов и врачей / Д. Б. Ереско, Г. Л. Исурина, Е. В. Кайдановская [и др.]. Санкт-Петербург : Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева, 2005. 25 с.

2. Брель, Е. Ю. Алекситимия в норме и патологии: психологическая структура и возможности превенции : автореф. дис. ... д-ра психол. наук / Е. Ю. Брель. Томск, 2018. 40 с.

3. Кардашина, С. В. Психометрические характеристики русскоязычной версии опросника К. Томаса – Р. Килманна («Thomas-Kilmann Conflict Mode Instrument – TKI-R») / С. В. Кардашина, Н. В. Шаньгина // Педагогическое образование в России. 2016. № 11. С. 216–228.

4. Ларионов, П. М. Ключевые проблемы исследования алекситимии и её взаимосвязь с когнитивными стратегиями регуляции эмоций, эластичностью копинга и эмоциональными нарушениями / П. М. Ларионов // Консультативная психология и психотерапия. 2021. Т. 29, № 1. С. 44–65.

5. Лобаскова, М. М. Психометрический анализ опросника агрессивности Басса–Перри / М. М. Лобаскова, Т. В. Адамович, В. И. Исматуллина [и др.] // Теоретическая и экспериментальная психология. 2021. Т. 14, № 4. С. 28–38.

6. Нарышкин, А. В. Онтогенетические корни конституционально конформного типа характера и связь этого типа с алекситимией : монография / А. В. Нарышкин. Москва : ФЛИНТА, 2020. 160 с.

7. Селедцов, А. М. Психогенные заболевания : учебное пособие / А. М. Селедцов, Ю. Ю. Кирина, Г. В. Акименко. Кемерово : [б. и.], 2022. 174 с.

8. Шейнина, О. А. Алекситимия как психологическая проблема современного общества / О. А. Шейнина, О. А. Третьякова // Психолог и вызовы современного общества : труды VIII Международ. семинара молод. ученых и аспирантов. Тамбов : [б. и.], 2016. С. 135–140.

9. Buss, A. H. The Aggression Questionnaire / A. H. Buss, M. Perry // Journal of Personality and Social Psychology. 1992. Vol. 63, № 3. P. 452–459.

10. Vanheule, S. Alexithymia and interpersonal problems / S. Vanheule, M. Desmet, R. Meganck, S. Bogaerts // Journal of Clinical Psychology. 2007. Vol. 63, № 1. P. 109–117.

КОМПУЛЬСИВНЫЙ ПРОСМОТР КОРОТКИХ ВИДЕО: ВЛИЯНИЕ НА ТРЕВОЖНОСТЬ, СОН И КОГНИТИВНЫЙ КОНТРОЛЬ У ПОДРОСТКОВ И МОЛОДЁЖИ: ОБЗОР СОВРЕМЕННЫХ ДОКАЗАТЕЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Карел Е. В., Паршина Д. А.
Кафедра клинической психологии
ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово
Научный руководитель- канд. ист. наук, доцент Г.В. Акименко

Аннотация. В данной статье анализируются статистические показатели связи компульсивного просмотра коротких видео с тревожностью, нарушениями сна и снижением когнитивного контроля у подростков и молодёжи. Установлены следующие закономерности: а) интенсивность использования коротких видео сама по себе менее показательна, чем маркеры компульсивности (потеря контроля, озабоченность, конфликт с повседневной жизнью); б) связь между компульсивным просмотром и тревожностью является двунаправленной и опосредована копинг-стратегиями; в) нарушение сна выступает связующим звеном между зависимостью от коротких видео и снижением исполнительных функций; г) подростки с незавершённым созреванием префронтальной коры оказываются наиболее уязвимой группой. Полученные данные подтверждают необходимость разграничения «времени в приложении» и «способности остановиться» при оценке рисков.

Ключевые слова: короткие видео, компульсивное поведение, тревожность, нарушения сна, когнитивный контроль, подростки, молодёжь, дофаминовая ловушка.

COMPULSIVE SHORT VIDEO VIEWING: IMPACT ON ANXIETY, SLEEP, AND COGNITIVE CONTROL IN ADOLESCENTS AND YOUNG ADULTS. SCIENTIFIC REVIEW OF MODERN EVIDENCE-BASED RESEARCH

Karel E. V, Parshina D. A
Department of Clinical Psychology
Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo

Abstract. This article analyzes statistical indicators of the relationship between compulsive short-form video viewing and anxiety, sleep disturbances, and decreased cognitive control in adolescents and young adults. The following patterns were identified: a) the intensity of short-video use itself is less indicative than markers of compulsivity (loss of control, preoccupation, conflict with daily life); b) the relationship between compulsive viewing and anxiety is bidirectional and mediated by coping strategies; c) sleep disruption serves as a linking mechanism between short-video addiction and decreased executive functions; d) adolescents with incomplete prefrontal cortex maturation are the most vulnerable group. The findings confirm the need to distinguish between "time spent in the app" and "the ability to stop" when assessing risks.

Keywords: short-form video, compulsive behavior, anxiety, sleep disturbances, cognitive control, adolescents, young adults, dopamine trap.

Введение

В последние годы короткие видеоролики, такие как TikTok, Reels в Instagram и Shorts на YouTube, стали неотъемлемой частью цифровой жизни

подростков и молодёжи. Их динамичный формат, постоянное обновление контента и алгоритмическая персонализация создают мощный стимул для непрерывного потребления. Однако за кажущейся безобидностью этого тренда скрываются потенциальные риски, связанные с компульсивным просмотром. Данная статья представляет собой обзор современных доказательных исследований, посвящённых влиянию компульсивного потребления коротких видео на тревожность, сон и когнитивный контроль у подростков и молодёжи

В настоящее время тема изучения влияния цифровых технологий на психическое здоровье и когнитивные функции молодёжи активно разрабатывается в практической психологии и нейронауке. С этой точки зрения особое место занимает исследование феномена компульсивного просмотра коротких видео [1–9]. И отечественные, и зарубежные исследователи считают, что именно характер взаимодействия с алгоритмическими лентами во многом определяет психологическое благополучие, качество сна и способность к концентрации подрастающего поколения [2, с. 152–153; 4, с. 57–60].

Короткие видео — ролики длительностью 15–90 секунд, подаваемые алгоритмической бесконечной лентой, — стали доминирующим форматом медиапотребления молодёжи. TikTok, Instagram Reels, YouTube Shorts, VK Клипы: по данным на 2023 год, более четверти пользователей TikTok были в возрасте 13–17 лет, а миллионы детей младше 13 обходили возрастные ограничения. В России, по данным опроса Psychologies, 62,5% респондентов проводят за короткими видео от 30 минут до часа и более в день, причём это преимущественно молодёжь до 35 лет.

Ключевое отличие коротких видео от любого предыдущего медиаформата — сочетание трёх факторов: переменного вознаграждения (вы никогда не знаете, что будет следующим), минимального порога вовлечения (не нужно ничего выбирать, лента сама подкидывает контент) и отсутствия точки остановки (нет

естественной паузы, как в конце сериала или статьи). Каждый свайп — это мини-лотерея. Мозг получает дофаминовый всплеск в цикле «ожидание → потребление → потребность в новом стимуле». Нейробиологически этот процесс похож на стимуляцию, производимую азартными играми: немедленное вознаграждение вызывает компульсивное использование.

Все вышесказанное и определило актуальность данного исследования.

Цель исследования – оценить и проанализировать связь компульсивного просмотра коротких видео с тревожностью, нарушениями сна и снижением когнитивного контроля у подростков и молодёжи, а также выявить факторы устойчивости и механизмы формирования порочного цикла.

Материал и методы исследования

В перекрестное исследование были включены 60 респондентов. По возрасту 81,7% составила молодёжь 14–25 лет (из них 63,3% — 18–21 год, 13,3% — 14–17 лет), что соответствует целевой аудитории. По платформам: TikTok используют 64,4%, Reels — 30,5%, YouTube Shorts — 25,4%, VK Клипы — 15,3%.

Участники самостоятельно сообщали демографические данные и проходили опрос, направленный на выявление паттернов использования коротких видео, маркеров компульсивности, уровня тревожности (по шкале от 0 до 10), качества сна и субъективной оценки когнитивной нагрузки.

Все статистические расчеты выполнены с помощью программы Microsoft Office Excel 2016.

Результаты и их обсуждение

Анализ результатов тестирования в эмпирической группе показал следующую закономерность развития связи между компульсивным просмотром коротких видео и исследуемыми параметрами.

Результаты оценки паттернов использования и утраты контроля представлены в таблице 1.

Таблица 1

Средние значения параметра «утрата контроля над просмотром»

Исследуемые группы	**Показатель (%)**
Теряют счёт времени (хотя бы иногда)	71,7
Теряют счёт времени (почти каждый день)	43,3
Отмечают, что остановиться сложно или очень сложно	21,7
Затруднились с ответом (не могут оценить контроль)	8,3
Признают, что просмотр иногда или часто выходит из-под контроля	61,0

Из таблицы № 1 следует, что интенсивность использования сама по себе оказалась менее показательной, чем маркеры компульсивности. 36,7% респондентов проводят за короткими видео 2 часа и более в день, а 15% — свыше 4 часов. Однако более важным индикатором риска выступает не столько длительность, сколько неспособность контролировать поведение.

Результаты оценки копинг-стратегии и эмоциональных последствий представлены в таблице №2.

Из таблицы 2 следует, что 43,3% респондентов начинают листать ленту, чтобы «отвлечься» или «сбросить напряжение». Это поддерживает идею о двунаправленной связи: тревожность побуждает к просмотру, а просмотр затем усиливает негативные переживания. Каждый второй респондент фиксирует негативный эмоциональный след. При этом абстинентоподобный дискомфорт

(беспокойство при невозможности зайти в ленту) встречается редко — 46,7% «никогда», лишь 3,3% «часто». Это подтверждает правомерность отказа от термина «зависимость» в клиническом смысле и поддерживает концепцию компульсивного паттерна без полного набора диагностических признаков аддикции.

Таблица 2

Средние значения параметра «копинг-стратегия и эмоциональные последствия»

Исследуемые группы	**Показатель (%)**
Начинают листать ленту, чтобы «отвлечься» или «сбросить напряжение»	43,3
Позитивные реакции: «интерес, вдохновение»	41,7
Позитивные реакции: «спокойствие, расслабление»	31,7
Негативные реакции: «чувство потери времени, вину»	40,0
Негативные реакции: «тревога, беспокойство»	10,0
Негативные реакции: «раздражение, усталость»	8,3

Результаты оценки тревожности и субъективной оценки когнитивной нагрузки представлены в таблице 3.

Таблица 3

Средние значения параметра «тревожность и когнитивная нагрузка»

Исследуемые группы	**Среднее значение**
Средний балл тревожности (по шкале 0–10)	4,58
Медиана тревожности	4

Стандартное отклонение	2,68
Низкая тревожность (0–3 балла)	42,4%
Высокая тревожность (7–10 баллов)	30,5%
Испытывают умеренные или значительные трудности с удержанием внимания	47,5%
Иногда, часто или постоянно отвлекаются на ленту во время важных дел	28,8%
Средняя оценка способности переключаться между задачами (из 10)	6,29
Оценили способность переключаться на 0–4 балла	28,8%

Из таблицы 3 следует, что распределение тревожности оказалось бимодальным: 42,4% оценили тревожность как низкую (0–3 балла), а 30,5% — как высокую (7–10 баллов). Такая неоднородность подтверждает вывод литературы: связь между использованием коротких видео и тревожностью не универсальна, но выражена у значительной части пользователей.

Результаты оценки связи с качеством сна представлены в таблице №4.

Таблица 4

Средние значения параметра «сон и ночные привычки»

Исследуемые группы	**Показатель (%)**
Смотрят короткие видео в кровати перед сном почти каждый день	49,2
Смотрят короткие видео в кровати несколько раз в неделю	16,9
Ложатся спать после полуночи	45,0

Оценивают качество сна как «удовлетворительное» или «плохое»	69,5
Оценивают качество сна как «отличное»	13,6

Из таблицы №4 следует, что связь с качеством сна оказалась особенно выраженной. Это согласуется с концепцией «revenge bedtime procrastination» и данными сетевого анализа: лента в постели становится фактором смещения времени отхода ко сну, а плохое качество сна, в свою очередь, снижает когнитивный контроль и усиливает уязвимость к компульсивному поведению.

Результаты оценки продуктивности и попыток саморегуляции представлены в таблице №5.

Таблица 5

Средние значения параметра «продуктивность и саморегуляция»

Исследуемые группы	**Показатель (%)**
Отметили, что просмотр снижает продуктивность в учёбе или работе	55,9
Никогда не пробовали ограничивать время в ленте	57,6
Пробовали ограничивать и отметили, что это помогло	20,3

Из таблицы №5 следует, что низкая эффективность индивидуальных стратегий самоконтроля согласуется с данными о том, что внутренние усилия часто уступают структурным изменениям среды.

Заключение

Компульсивный просмотр коротких видео представляет собой серьезную проблему для психического здоровья и когнитивного развития подростков и молодёжи. Влияние на тревожность, сон и когнитивный контроль является

многогранным и требует внимания как со стороны специалистов, так и со стороны самих молодых людей и их родителей.

Анализ результатов данного исследования позволяет сделать следующие выводы.

Связь между компульсивным просмотром коротких видео и тревожностью является двунаправленной: тревожность побуждает к просмотру как копинг-стратегии, но просмотр усиливает тревожность через социальное сравнение, информационную перегрузку и фоновый стресс-контент.

Нарушение сна выступает связующим звеном между зависимостью от коротких видео и снижением исполнительных функций. Качество сна частично опосредует связь между зависимостью от коротких видео и исполнительными функциями, объясняя 8,11% общего эффекта.

Наиболее уязвимой группой являются подростки, что связано с незавершённым созреванием префронтальной коры — области мозга, отвечающей за саморегуляцию, планирование и отложенное вознаграждение.

Главный фактор риска — не общее время в приложении, а именно неспособность человека контролировать своё поведение. Меры, ориентированные только на ограничение экранного времени, не решают настоящей проблемы.

Факторами устойчивости выступают: благоприятный семейный климат, цифровые рутины (структурированное, целенаправленное использование), алгоритмическая грамотность, физическая активность и ограничение смартфонов в школах.

Источники и литература / Sources and references:

1. Gao, Y., Hu, Y., Zhu, P., et al. (2025). Neuroanatomical and functional substrates of the short video addiction and its association with brain transcriptomic and cellular architecture. NeuroImage, 307, 121029.

2. Wang, Q., Hu, Y., et al. (2025). Loss aversion and evidence accumulation in short-video addiction: A behavioral and neuroimaging investigation. NeuroImage, 313, 121250.

3. Nguyen, L., Walters, J., Paul, S., et al. (2025). Feeds, feelings, and focus: A systematic review and meta-analysis examining the cognitive and mental health correlates of short-form video use. Psychological Bulletin, 151(9), 1125–1146.

4. Conte, G., Iorio, G., Esposito, D., et al. (2025). Scrolling through adolescence: A systematic review of the impact of TikTok on adolescent mental health. European Child & Adolescent Psychiatry, 34(5), 1511–1527.

5. Zhu, J., & Fong, L. H. N. (2025). Cognitive control deficits in individuals with problematic use of short-form video: Evidence from an eye-tracking study and the drift–diffusion model. International Journal of Mental Health and Addiction, 24, 3536–3552.

6. Al-Mamun, F., et al. (2025). Social media addiction and sleep quality among high school graduates in Bangladesh: A network perspective. Nature and Science of Sleep, 17, 79–93.

7. Chen, S., et al. (2026). When screens replace sleep: Short video addiction impairs executive function through sleep disruption in youth — Is physical activity the antidote? PMC13087538.

ЦЕННОСТНО-СМЫСЛОВОЕ САМООТНОШЕНИЕ У ПОДРОСТКОВ, ИМЕВШИХ ОПЫТ РАЗВОДА РОДИТЕЛЕЙ

Кафлевский Д. С., Данилюк Е. В.

Кафедра социальной психологии и виктимологии

ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный педагогический университет», Россия, г. Новосибирск

Научный руководитель - канд. психол. наук, доцент Е. Н. Петренко

Аннотация. В статье рассматривается влияние ситуации развода на ценностно-смысловое самоотношение у подростков через призму подходов отечественных и зарубежных авторов. Дается комплексное определение феномену развода. Определяются последствия развода для ценностно-смысловой сферы, функционально-компетентностной сферы подростка. Определяется методологическая основа психолого-педагогического сопровождения подростков, имевших опыт развода родителей.

Ключевые слова: ценностно-смысловое самоотношение, развод родителей, критическая ситуация, переживание развода, эскапизм.

VALUE-SEMANTIC SELF-ATTITUDE OF ADOLESCENTS WHO HAD EXPERIENCED PARENTAL DIVORCE

Kaflevskiy D. S., Danilyuk E. V.
Department of Social Psychology and Victimology
Novosibirsk State Pedagogical University, Russia, Novosibirsk
Scientific supervisor - Petrenko E.N.

Abstract. The article examines the impact of parental divorce on the value-semantic self-attitude of adolescents through the lens of approaches developed by Russian and foreign authors. A comprehensive definition of the phenomenon of divorce is provided. The consequences of divorce for the value-semantic sphere and the functional-competence sphere of the adolescent are identified. The methodological basis for psychological and pedagogical support of adolescents who had experienced parental divorce is outlined.

Keywords: value-semantic self-attitude, parental divorce, critical situation, experiencing divorce, escapism.

Благополучное социально-психологическое функционирование личности в условиях сегодняшних динамично развивающихся изменений во внешнем мире

основывается во многом на том, насколько данная личность способна устойчиво стоять на опоре внутреннего мира в виде собственной идентичности, ценностей и смыслов, выражающихся в самоотношении. В свою очередь, основой для формирования отношения к своему «Я», как к сложной комплексной системе, состоящей из компонентов самопознания, самооценки и саморегуляции [6], является то социально-психологическое пространство, в котором впервые оказывается ребенок, то есть в семье.

Семья - первая социальная группа [9], в которую попадает ребенок и там он обретает поведенческие нормативы [1], социально-ролевые компетентности, и одновременно с этим, в процессе развития встраивается и самоотношение, как часть идентичности. Так, самоотношение ребенка является отражением отношения родителей к ребенку. При этом, взаимоотношения и интерактивная культура общения родителей между друг другом также отражаются на психосоциальном развитии. Ребенок на психоэмоциональном уровне чувствует взаимоотношения родителей, понимает, когда они стабильны, а когда в них появляется неопределенность.

Ситуация развода и является ситуацией неопределенности и ненормативным кризисом для всех участников данного процесса. Также, ситуация демографического кризиса и количество разводов на территории России формируют и актуальность данной проблематики. Исходя из этого, для постановки проблемы феномена развода и того, как данная ситуация влияет на ценностно-смысловое самоотношение, необходимо обозначить дефиницию понятия развода в психологии.

Так, нами было выведено определение «развода», на основании поставленной проблемы с опорой на теоретико-методологические концепции отечественных и зарубежных авторов.

Развод - это разрыв прежней системы ролевых отношений (супруг-супруга), которая была направлена на создание семьи, что ведет к изменению и смещению ролей в социально-ролевой системе функционирования родителей и детей [5], а также к процессу перестройки ценностно-смысловой сферы их жизни [4]. Следовательно, происходит динамическое изменение в одном из главных ресурсов для воплощения экзистенции человека - «будущего» [7], что проявляется в виде критического состояния острого психологического перелома, для переживания которого требуются внутренние и внешние ресурсы личности [2].

В такой ситуации, когда родитель сам находится в кризисе и не способен полноценно выполнять свою социальную роль, развод, являясь ненормативным кризисом, ведет за собой эмоциональную и инструментальную парентификацию подростка (происходит смена ролей родитель-ребенок), где подросток берет на себя ролевые функции родителя. [5]

В этих обстоятельствах, подросток, переживающий кризис самостоятельно, обращается за помощью к ближайшему доступному источнику, зачастую которым становится интернет, либо ближайшее окружение сверстников. В интернете он может видеть ценности и смыслы, транслируемые в виде идеальной картинки «счастливой жизни без усилий» (например, на платформах для просмотра коротких роликов), где встречаются видео (зачастую от таких же подростков, находящихся в кризисе), в которых обесценивается жизнь и все трудности, которые в ней происходят; или в рекламах ставок букмекерских контор, в которых подростку косвенным текстом транслируется разрушительная ценность: «все, что тебе нужно для счастья - поставить ставку, потому что твое счастье - в выигрыше денег». Также, нередко встречается вариант и игровой аддикции, поскольку подросток, находясь в состоянии парентификации не может формировать ресурсы для преодоления критической

ситуации, которые наполняют жизнь в реальном мире, а получает их в цифровой среде в виде пассивного переживания. Здесь происходит разворачивание процесса консциентальной агрессии [3], направленной на разрушение ценностно-смысловой сферы подростка.

Есть и иной вариант развития событий. Когда ситуация развода отражается и в эскапизме межличностных отношений между сверстниками. Так происходит, когда «выключенный» из ситуации переживания развода виктимизированный подросток находит жертву для проявления акта агрессии из-за невозможности пережить ситуацию. Часто бывает и так, что наряду с цифровым эскапизмом, подростки собираются в небольшие группы с такими же жертвами социально-психологического насилия, где данная ситуация не просто не переживается, а закрепляется, за счет того, что они находятся в информационном вакууме с такими жертвами психологического насилия, что ведет к деформации представления о межличностных отношениях.

То есть, формируется эскапизм, уход от пребывания в реальности, поскольку у подростка не остается ресурсов и существует дыра в виде дефицита компетентностей построения новой системы отношений и реализации в ней новых жизненных замыслов, и далее происходит деформация построения новой системы отношений, чтобы переживать это иным способом. Другими словами, смысл построения сложной деятельности, как и ценность старой системы отношений утрачиваются, замещаясь установкой на пассивное неконтролируемое переживание.

Справедливости ради, стоит отметить то, что интернет безусловно не всегда является инструментом для виктимизации, а в данном случае выступает лишь отражением дефицита ресурсов к построению системы отношений и деформации ценностей и смыслов. Иначе говоря, интернет здесь выступает инструментом для ревиктимизации уже находящегося в системе деструктивных

отношений подростка. Ровным счетом, как и не любые взаимоотношения подростков между собой, имевших опыт развода родителей, развиваются по сценарию эскапизма и консциентальной агрессии. Стоит отметить и то, что не каждая ситуация развода родителей несет в себе разрушительные, деформирующие личность последствия. Однако, для того чтобы ситуация развода не несла в себе разрушающие последствия, родителям необходимо выстроить систему отношений с подростком таким образом, чтобы ценностно-смысловая сфера не была утрачена. Иначе говоря, чтобы у подростка не появился дефицит функциональных компетентностей в виде деформированного самоотношения и дефицита ценностно смысловой сферы.

Так или иначе, происходит сворачивание одного из важнейших ресурсов психологической устойчивости в условиях неопределенности критической ситуации - совместного переживания. Поставленная проблема требует психолого-педагогического вмешательства в запуск процесса активного переживания у подростка. Процесс переживания, описанный Ф. Е. Василюком, предполагает активную включенную деятельность поиска новых смыслов и ценностей, и происходит через интерактивное взаимодействие. В случае подростка, с деформированной картиной ценностно-смыслового самоотношения - с человеком, включающим у него процесс активного событийного переживания путем рефлексивного диалога. Таким образом мы встраиваем подростка в новую систему отношений, что также является новым смыслом и ценностью, потому что старая система социальных отношений была разрушена.

Другими словами, активный участник сопереживания переключает сознание с мысли о «безысходности, выученной беспомощности и потери прежних ценностей и смыслов» к «активному формированию новых жизненных замыслов и ценностей и того, как их реализовать», то есть, такой человек выступает источником ресурсов и прежде всего, показывает ценность и смысл

жизни самого подростка, поскольку, в ситуации развода может утрачиваться самое важное – ценность и смысл собственной жизни, без чего невозможно построение будущего. Так, построение ценностей и смыслов начинается с осознания смысла нахождения себя в мире, что является сложной комплексной деятельностью [8], а также что крайне необходимо подростку, который находится в поиске идентичности и переживает ненормативный кризис развода родителей.

Здесь, параллельно идет запуск механизма диспозиционной саморегуляции личности. По В. А. Ядову, где жизнь личности регулируется многоуровневой системой диспозиций: от элементарных фиксированных установок до высших ценностных ориентаций, на которые может опираться личность в значимых жизненных сферах [10].

Для подростка в ситуации развода ключевое значение имеет высший, смыслообразующий уровень этой иерархии - ценностные ориентации и общая направленность личности.

Развод создаёт хаос на базовых уровнях диспозиций: привычные ситуативные установки (например, «вечером семья собирается вместе за ужином»; «каждое утро мама готовит мне завтрак») рушатся. Однако если у подростка сформирована иерархическая система диспозиций с доминированием высшего уровня, он способен к прогнозированию и регуляции своей деятельности, опираясь не на сиюминутную эмоциональную реакцию, а на устойчивые ценностно-смысловые ориентации. Что закладывается фигурой значимого человека (взрослого) в процессе активного участия построения новой системы отношений, ведущей к формированию новых жизненных замыслов и ресурса для их реализации.

Развод родителей в рамках настоящей работы рассматривался нами как ненормативный кризис и ситуация неопределенности, системно влияющая на ценностно-смысловое самоотношение подростка: происходит разрыв прежней

реляционной модели, разрыв системы ролевых отношений, парентификация, как взятие на себя обязанностей родителя, перестройка и дефицитарное течение ценностно-смыслового развития, что впоследствии ведет к его деформации. При отсутствии создания психолого-педагогических условий родителями или специалистами по закрытию дефицитов формирования новых ценностей и смыслов, переживание кризиса может приобретать деструктивные формы - эскапизм, уход в цифровую среду, геймаддикции, включение в группы с виктимной динамикой и другие разрушительные формы, которые являются отражением незакрытого дефицита, но не первопричиной, при этом стоит учитывать, что если родители обладают компетентностью родительства и могут закрыть данный дефицит путем включенного переживания и формирования нового ценностно-смыслового отношения как к другой системе отношений, так и у подростка к самому себе, ситуация развода не будет нести столь драматический характер.

Ключевым условием для приобретения новой ценностно-смысловой сферы отношений - является запуск активного механизма переживания через рефлексивный диалог со значимым взрослым, который создает условия для подростка, чтобы перейти от переживания безысходности и утраты прежних ценностей (в других случаях - изначального отсутствия этих ценностей и вакуума переживания) к формированию новых жизненных замыслов и их реализации в деятельности для построения будущего, как категории смысла.

Проведенный теоретический анализ через призму методологии отечественных и зарубежных авторов задает теоретическую базу для психолого-педагогического сопровождения, однако не отвечает на вопрос: как именно дефицит ценностно-смыслового самоотношения, ведущий за собой деформацию социально-психологической сферы личности, разворачивается во времени и поддается ли действительно данный процесс психолого-педагогической

поственции для взращивания функциональных компетентностей у подростка. Исходя из данной постановки проблемы, можно определить цель будущего, уже эмпирического исследования: определить особенности ценностно-смыслового самоотношения у подростков, имевших опыт развода родителей и рассмотреть условия, в которых произойдет запуск активного переживания в процессе психолого-педагогического сопровождения.

Источники и литература / Sources and references:

1. Бандура А. Теория социального научения. СПб.: Евразия, 2000. 320 с.
2. Василюк Ф. Е. Психология переживания (анализ преодоления критических ситуаций). М.: Изд-во Моск. ун-та, 1984. 200 с.
3. Кургузов М. Е. Драма-генезис виктимной идентичности подростка в процессе социогенеза в консциентально-агрессивной культурной среде // Клиническая виктимология (клиническая социально-психологическая виктимология). 2025. № 1. С. 12-19.
4. Леонтьев Д. А. Смыслообразование и его контексты: жизнь, структура, культура, опыт // Мир психологии. 2007. № 1 (77). С. 104-117.
5. Руденская Ю. Е. Парентификация как патология межличностных отношений родителя и ребенка // Современная реальность в социально-психологическом контексте, 2023: сборник научных трудов / под научной редакцией О. А. Белобрыкиной, М. И. Кошеновой; Новосибирский государственный педагогический университет. Новосибирск: НГПУ, 2023. С. 227-232.
6. Руденский Е. В. Субъектная виктимность как культурная патология личности: концептуализация проблемного поля клинической социально-психологической виктимологии. Новосибирск: Изд-во НГПУ, 2024. 136 с.

7. Франкл В. Человек в поисках смысла. М.: Прогресс, 1990. 368 с.

8. Шадриков В. Д. Психология деятельности и способности человека. 2-е изд. М.: Логос, 1996. 320 с.

9. Эриксон Э. Идентичность и цикл жизни. СПб.: Питер, 2023. 208 с.

10. Ядов В. А. Саморегуляция и прогнозирование социального поведения личности: Диспозиционная концепция. 2-е расширенное изд. М.: ЦСПиМ, 2013. 376 с.

ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ ДИСРЕГУЛЯЦИЯ ПРИ ПОГРАНИЧНОМ РАССТРОЙСТВЕ ЛИЧНОСТИ: РОЛЬ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ К ОТВЕРЖЕНИЮ (НАРРАТИВНЫЙ ОБЗОР)

Корчагина А. П.

Кафедра клинической психологии

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

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

Аннотация. В статье рассматривается эмоциональная дисрегуляция при пограничном расстройстве личности (ПРЛ) и роль чувствительности к отвержению в межличностных конфликтах. На основе нарративного обзора научной литературы описывается, как неоднозначные социальные сигналы могут интерпретироваться как угроза отношениям и запускать сильную эмоциональную реакцию. Представлена объяснительная схема возможного развития кризиса и рассмотрены навыки психологической помощи, в том числе диалектико-поведенческая терапия. Материал помогает понять один из возможных механизмов межличностных трудностей при ПРЛ, но не заменяет клиническую диагностику и не является результатом собственного эмпирического исследования.

Ключевые слова: пограничное расстройство личности, эмоциональная дисрегуляция, чувствительность к отвержению, межличностные отношения, эмоциональная регуляция, диалектико-поведенческая терапия.

EMOTIONAL DYSREGULATION IN BORDERLINE PERSONALITY DISORDER: THE ROLE OF REJECTION SENSITIVITY

Korchagina A. P.
Department of Clinical Psychology
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Scientific supervisor — Yanko E. V.

Abstract. This article discusses emotional dysregulation in borderline personality disorder (BPD) and the role of rejection sensitivity in interpersonal conflict. Based on a narrative review of scientific literature, it describes how ambiguous social cues may be interpreted as threats to relationships and trigger intense emotional responses. An explanatory model of a possible interpersonal crisis is presented, along with psychological support skills, including dialectical behavior therapy. The article helps explain one possible mechanism underlying interpersonal difficulties in BPD, but it does not replace clinical assessment and does not report an original empirical study.

Keywords: borderline personality disorder, emotional dysregulation, rejection sensitivity, interpersonal relationships, emotion regulation, dialectical behavior therapy.

Введение

Пограничное расстройство личности (ПРЛ) характеризуется устойчивыми трудностями в регуляции эмоций, импульсивностью и нестабильностью межличностных отношений. При этом эмоциональные реакции могут быть особенно интенсивными в ситуациях, которые человек связывает с возможным отвержением, охлаждением или потерей близкого человека. Это не означает, что

переживания намеренно преувеличиваются: для самого человека они могут быть крайне сильными и субъективно убедительными. [5, С. 38–47; 6, С. 66–71]

Для понимания таких реакций важно понятие чувствительности к отвержению. В этой статье оно используется для описания склонности тревожно ожидать негативной реакции окружающих, замечать возможные признаки непринятия и остро реагировать на них. Российские исследователи рассматривают чувствительность к отвержению и межличностную чувствительность как связанные, но не тождественные феномены; для их изучения описаны соответствующие теоретические модели и психодиагностические методики.

В русскоязычной версии опросника межличностной чувствительности выделяются, в частности, страх отвержения, зависимость от оценок окружающих и беспокойство в межличностных отношениях. Исследование дисфункциональных убеждений при ПРЛ также описывает установки недоверия, зависимости и защиты, связанные с ожиданием предательства или отвержения, однако само по себе не является прямой проверкой отдельного механизма чувствительности к отвержению. [2, С. 126–143; 9, С. 88–99; 13, С. 73–94]

Например, короткое сообщение, задержка ответа или изменение интонации сами по себе не доказывают, что другой человек хочет прекратить отношения. Однако при высокой чувствительности к отвержению неоднозначный сигнал может быть воспринят как подтверждение того, что человек стал не нужен или его собираются оставить. Цель данной статьи - доступно описать связь чувствительности к отвержению с эмоциональной дисрегуляцией при ПРЛ, показать возможный ход межличностного кризиса и обозначить подходы к психологической помощи.

Объекты и методы исследования

Объектом рассмотрения является эмоциональная дисрегуляция при пограничном расстройстве личности; предметом - роль чувствительности к отвержению в восприятии межличностных ситуаций и развитии эмоциональных реакций. Работа представляет собой обзорную статью, основанную на нарративном анализе научных публикаций о биосоциальной модели ПРЛ, чувствительности к отвержению, межличностной гиперчувствительности и психотерапевтической помощи.

В качестве теоретической основы использованы работы о биосоциальной модели развития ПРЛ, исследования межличностной чувствительности и страха отвержения, обзор клинических особенностей ПРЛ и публикации о психотерапевтической помощи. Особое внимание уделялось русскоязычным работам, в которых описаны личностные факторы уязвимости к межличностному отвержению, психометрические свойства опросника межличностной чувствительности и связи страха отвержения с эмоциональной дисрегуляцией. Материал сопоставлялся по трём вопросам: как объясняется эмоциональная уязвимость; каким образом неоднозначные межличностные сигналы могут восприниматься как отвержение; какие навыки помогают уменьшить вероятность импульсивной реакции. [1, С. 10–37; 2, С. 126–143; 3, С. 57–96; 6, С. 66–71; 11, С. 71–93; 9, С. 88–99; 13, С. 73–94; 10, С. 150–179]

Собственное обследование пациентов, сбор клинических данных и статистический анализ в рамках статьи не проводились. Поэтому описываемая ниже схема является объяснительной моделью, построенной на обобщении литературы, а не результатом экспериментальной проверки. Она не предназначена для самостоятельной постановки диагноза. Использованные русскоязычные публикации позволяют рассматривать связь ожиданий отвержения и эмоциональной дисрегуляции как теоретически обоснованную

интерпретацию; отдельная причинная связь чувствительности к отвержению с ПРЛ в данной статье эмпирически не проверялась.

Результаты и их обсуждение

Эмоциональная дисрегуляция включает трудности в распознавании эмоций, переносимости сильного напряжения и выборе подходящего способа реагирования. При ПРЛ эмоциональный отклик может быстро нарастать, достигать высокой интенсивности и сохраняться дольше, чем хотелось бы человеку. В биосоциальной модели эти особенности рассматриваются во взаимодействии биологической эмоциональной уязвимости и среды, в которой человек учится или не учится распознавать эмоции и справляться с ними. [3, С. 57–96; 8, С. 65–82; 11, С. 71–93]

Если переживания человека неоднократно обесценивались, а способы безопасно выражать эмоции не формировались, ему может быть сложнее различать чувство, мысль и факт. Например, мысль «он не отвечает, значит, я ему безразличен» начинает восприниматься как достоверное объяснение, хотя реальная причина задержки ответа может быть неизвестна. В результате тревога возникает не только из-за самой ситуации, но и из-за значения, которое ей придаётся. [2, С. 126–143; 14, С. 78–87]

Чувствительность к отвержению следует отличать от близких понятий. Страх оставления - это опасение потерять значимого человека; тревожная привязанность описывает более общий паттерн переживания близости и дистанции; чувствительность к отвержению проявляется в тревожном ожидании отвержения и склонности интерпретировать неоднозначные социальные сигналы как признаки непринятия. Межличностная чувствительность является более широким понятием и может включать страх отвержения, зависимость от оценок окружающих и беспокойство в межличностных отношениях. Эти

понятия связаны, но не являются взаимозаменяемыми. [1, С. 10–37; 2, С. 126–143; 9, С. 88–99; 13, С. 73–94]

Важно учитывать, что чувствительность к отвержению сама по себе не подтверждает диагноз ПРЛ. Острая реакция на возможное непринятие может возникать и при других психологических трудностях, а клиническая диагностика требует оценки устойчивости симптомов, их выраженности, истории развития и влияния на повседневную жизнь. [4, С. 48–77; 6, С. 66–71]

Как может развиваться межличностный кризис.

Для описания возможной динамики в статье используется условная модель «интерперсонального парадокса». Это не официальный диагностический термин и не универсальный сценарий. Модель показывает, как попытка защититься от предполагаемого отвержения иногда невольно усиливает напряжение в отношениях. [2, С. 126–143; 14, С. 78–87]

Первый этап - ожидание отвержения. Человек начинает особенно внимательно отслеживать признаки возможного отдаления: изменение интонации, задержку ответа, отмену встречи или снижение эмоциональности партнёра. Внимание сосредоточено на поиске угрозы, поэтому нейтральные объяснения ситуации могут рассматриваться хуже.

Второй этап - тревожная интерпретация. Неоднозначная деталь воспринимается как знак того, что близкий человек сердится, разочаровался или собирается уйти. Возникают страх, стыд, одиночество или тревога. При этом необходимо различать событие и его трактовку: «мне не ответили два часа» - наблюдаемый факт, а «меня больше не любят» - предположение, которое ещё нужно проверить.

Третий этап - усиление аффекта. Если угроза отношениям кажется реальной, эмоциональное напряжение может быстро нарастать. Человеку становится трудно выдерживать неопределённость и спокойно рассматривать

альтернативные объяснения. Тревога иногда сменяется гневом, отчаянием или ощущением, что ситуацию нужно немедленно разрешить.

Четвёртый этап - импульсивная защитная реакция. Чтобы получить подтверждение отношений или вернуть ощущение контроля, человек может настойчиво требовать ответа, обвинять партнёра, ставить ультиматумы, резко прекращать разговор или первым угрожать разрывом. Такие действия могут временно снижать неопределённость, но при этом осложнять спокойное обсуждение ситуации. У некоторых людей сильный дистресс сопровождается самоповреждающим поведением; в подобных случаях необходима профессиональная оценка риска и соответствующая помощь. [7, С. 129–144; 10, С. 150–179]

Пятый этап - последствия для отношений. Собеседник может растеряться, почувствовать давление, отдалиться или начать уступать, чтобы прекратить конфликт. Если дистанция увеличивается, это может восприниматься как подтверждение первоначального страха: «я знал, что меня бросят». Так формируется замкнутый круг: ожидание отвержения усиливает защитное поведение, а его последствия могут укреплять ожидание отвержения в будущем.

Этот цикл не развивается у всех людей одинаково и не обязательно заканчивается разрывом. Его можно прервать на разных этапах: заметить первые признаки тревоги, сделать паузу, отделить наблюдаемые факты от предположений и уточнить смысл ситуации у другого человека. При этом ответственность за отношения нельзя автоматически возлагать только на человека с ПРЛ: необходимо учитывать реальные обстоятельства и поведение всех участников взаимодействия.

Психологическая помощь и навыки саморегуляции.

При ПРЛ используются специализированные психотерапевтические подходы. Один из них - диалектико-поведенческая терапия (ДБТ), в которой

тренируются навыки осознанности, переносимости дистресса, регуляции эмоций и межличностной эффективности. В клинической практике эти навыки направлены на то, чтобы человек мог выдерживать сильные переживания, проверять интерпретации ситуации и выбирать менее импульсивные способы поведения. [12, С. 180–187]

Осознанность помогает заметить возникновение эмоции до того, как она полностью определит поведение. Например, человек может мысленно отметить: «я сейчас испытываю страх и злость», не переходя сразу к обвинениям. Это создаёт небольшую паузу между переживанием и действием. [3, С. 375–418]

Проверка фактов позволяет оценить, что известно достоверно, а что является интерпретацией. Вместо вывода «он не ответил, потому что хочет меня бросить» можно спросить себя: «какие ещё причины возможны?», «есть ли у меня подтверждение этой мысли?» и «как я могу спокойно уточнить ситуацию?». Цель не в том, чтобы отрицать реальные проблемы, а в том, чтобы не принимать тревожное предположение за доказанный факт. [3, С. 375–418]

Навыки переносимости дистресса помогают пережить сильную эмоцию без немедленного действия. Иногда полезно отложить трудный разговор на короткое время, переключить внимание на безопасное действие, замедлить дыхание и вернуться к обсуждению после снижения напряжения. Если импульсы становятся опасными или появляются мысли о самоповреждении, одной самостоятельной техники недостаточно - следует обращаться за профессиональной помощью. [3, С. 375–418]

Межличностная эффективность предполагает ясное и уважительное выражение потребностей. Например, вместо обвинения «тебе на меня наплевать» можно сказать: «я тревожусь, когда долго нет ответа; можешь сообщить, когда у тебя будет возможность поговорить?». Такая формулировка

не гарантирует желаемого ответа, но уменьшает вероятность того, что разговор сразу превратится в конфликт. [3, С. 375–418]

Психотерапевтические навыки не означают, что все трудности вызваны ошибочным восприятием человека с ПРЛ. Иногда отдаление, нарушение договорённостей или небезопасное поведение партнёра действительно имеют место. Поэтому задача состоит не в том, чтобы всегда считать свои опасения неверными, а в том, чтобы оценивать ситуацию точнее, безопасно выражать чувства и выбирать действия, которые не усугубляют кризис.

Заключение

Чувствительность к отвержению может играть важную роль в эмоциональной дисрегуляции при ПРЛ. Неоднозначный межличностный сигнал способен восприниматься как угроза отношениям, вызывать сильную тревогу или гнев и провоцировать импульсивную защитную реакцию. Иногда такая реакция усиливает дистанцию между людьми и тем самым закрепляет исходный страх отвержения. [2, С. 126–143; 5, С. 38–47; 8, С. 65–82; 9, С. 88–99; 13, С. 73–94]

Представленная модель «интерперсонального парадокса» помогает последовательно описать один из возможных механизмов кризиса, однако не является универсальным объяснением ПРЛ и требует самостоятельной эмпирической проверки. Для прерывания цикла важны распознавание эмоций, проверка интерпретаций, переносимость дистресса и конструктивное общение. Специализированная психотерапия, в том числе ДБТ, может помогать развитию этих навыков. Статья имеет обзорный характер и не заменяет клиническую диагностику. [1, С. 10–37; 2, С. 126–143]

Источники и литература / Sources and references:

1. Агарков В. А. Диссоциация и пограничное расстройство личности // Консультативная психология и психотерапия. 2014. Т. 22, № 2. С. 10–37.

2. Конина М. А., Холмогорова А. Б. Опросник дисфункциональных убеждений при пограничном расстройстве личности (PBQ-BPD): адаптация для русскоязычной выборки // Консультативная психология и психотерапия. 2016. Т. 24, № 3. С. 126–143. DOI: 10.17759/cpp.2016240308.

3. Лайнен М. М. Когнитивно-поведенческая терапия пограничного расстройства личности. Москва: Вильямс, 2015. 592 с.

4. Ласовская Т. Ю. Опросник для диагностики пограничного личностного расстройства формы «А» // Консультативная психология и психотерапия. 2014. Т. 22, № 2. С. 48–77.

5. Ласовская Т. Ю. Самоповреждающее поведение при пограничном личностном расстройстве // Консультативная психология и психотерапия. 2014. Т. 22, № 2. С. 38–47.

6. Петрова Н. Н., Чарная Д. И., Чумаков Е. М. Пограничное расстройство личности: к вопросу о диагнозе // Доктор.Ру. 2022. Т. 21, № 8. С. 66–71. DOI: 10.31550/1727-2378-2022-21-8-66-71.

7. Польская Н. А. Акты самоповреждения у пациентов с пограничными психическими расстройствами // Экспериментальная психология2015. Т. 8, № 3. С. 129–144. DOI: 10.17759/exppsy.2015080312.

8. Польская Н. А. Эмоциональная дисрегуляция в структуре самоповреждающего поведения // Консультативная психология и психотерапия. 2018. Т. 26, № 4. С. 65–82. DOI: 10.17759/cpp.2018260405.

9. Польская Н. А., Жуковская Д. К. Личностные факторы уязвимости к межличностному отвержению // Современные направления диагностики в клинической (медицинской) психологии: коллективная монография / под ред. Н. В. Зверевой, И. Ф. Рощиной. Москва: ООО «Сам Полиграфист», 2021. С. 88–99.

10. Польская Н. А., Мельникова М. А. Вклад диссоциации и межличностной чувствительности в самоповреждающее поведение молодых

женщин // Клиническая и специальная психология. 2023. Т. 12, № 1. С. 150–179. DOI: 10.17759/cpse.2023120107.

11. Польская Н. А., Развaляева А. Ю. Разработка опросника эмоциональной дисрегуляции // Консультативная психология и психотерапия. 2017. Т. 25, № 4. С. 71–93. DOI: 10.17759/cpp.2017250406.

12. Психотерапия пограничного расстройства личности: что эффективнее? // Консультативная психология и психотерапия. 2017. Т. 25, № 4. С. 180–187. DOI: 10.17759/cpp.2017250412.

13. Развaляева А. Ю., Польская Н. А. Психометрические свойства русскоязычной трехфакторной версии опросника межличностной чувствительности // Консультативная психология и психотерапия. 2021. Т. 29, № 4. 73–94. DOI: 10.17759/cpp.2021290405.

14. Холмогорова А. Б. Схема-терапия Дж. Янга — один из наиболее эффективных методов помощи пациентам с пограничным расстройством личности // Консультативная психология и психотерапия. 2014. Т. 22, № 2. С. 78–87.

ВЛИЯНИЕ АГОНИСТОВ РЕЦЕПТОРОВ GLP-1 НА ПСИХИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ДИАБЕТОМ И ОЖИРЕНИЕМ

Кузнецова Е. В.
Кафедра психиатрии и наркологии
ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Россия, г. Кемерово
Научный руководитель - А. А. Яковлева

Аннотация. В статье представлен анализ современных данных о влиянии агонистов рецепторов глюкагоноподобного пептида-1 на психическое здоровье пациентов с сахарным диабетом 2 типа и ожирением. Полученные данные

подтверждают психиатрическую безопасность данного класса препаратов при условии регулярного клинического мониторинга пациентов с отягощенным психиатрическим анамнезом.

Ключевые слова: агонисты рецепторов ГПП-1, сахарный диабет 2 типа, ожирение, депрессия, тревожные расстройства, суицидальное поведение.

THE INFLUENCE OF GLP-1 RECEPTOR AGONISTS ON THE RISK OF DEVELOPING DEPRESSION, ANXIETY DISORDERS, AND SUICIDAL BEHAVIOR IN PATIENTS WITH DIABETES AND OBESITY

Kuznetsova E. V.
Department of Psychiatry and Narcology
Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo
Scientific supervisor – Yakovleva A. A.

Abstract. The article presents an analysis of current data on the impact of glucagon-like peptide-1 receptor agonists on the mental health of patients with type 2 diabetes mellitus and obesity. The obtained data confirm the psychiatric safety of this class of drugs, provided that regular clinical monitoring of patients with a burdened psychiatric history is maintained.

Keywords: GLP-1 receptor agonists, type 2 diabetes mellitus, obesity, depression, anxiety disorders, suicidal behavior.

Цель работы – анализ современных данных на тему повышения риска развития депрессии и тревожных расстройств у пациентов с сахарным диабетом и ожирением.

Материалы и методы исследования: анализ научной литературы по базе данных PubMed в период с 2024 по 2026 год.

Результаты и их обсуждение

Сахарный диабет 2 типа (СД2) и ожирение представляют собой глобальную медико-социальную проблему, характеризующуюся высокой распространенностью и значительным бременем сопутствующих осложнений [1]. В последние годы агонисты рецепторов глюкагоноподобного пептида-1 (аГРГПП-1), включая семаглутид, лираглутид и дулаглутид, стали препаратами первого выбора для достижения гликемического контроля и снижения массы тела. Рост назначений данной группы лекарственных средств обусловил повышенный интерес к их побочным эффектам.

Известно, что пациенты с метаболическими нарушениями имеют исходно повышенный риск развития психиатрической коморбидности. Системное воспаление и психосоциальные факторы формируют благоприятную почву для старта депрессивных и тревожных расстройств [2]. На фоне массового внедрения аГРГПП-1 в клиническую практику постепенно начали поступать единичные сообщения о нежелательных психиатрических явлениях, включая суицидальные идеи. Это инициировало проведение масштабных регуляторных проверок со стороны Европейского агентства лекарственных средств (EMA) и Управления по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов США (FDA) [12]. Оценка психиатрической безопасности аГРГПП-1 требует дифференцированного подхода, учитывающего как прямое нейрофармакологическое действие препаратов, так и влияние опосредованных факторов, таких как быстрое снижение массы тела и изменение пищевого поведения.

Патофизиологический механизм воздействия на ЦНС заключается в локализации рецепторов к ГПП-1 – они располагаются не только в периферических тканях, но и в структурах центральной нервной системы, в частности в гипоталамусе, гиппокампе, миндалевидном теле [6]. Активация этих

рецепторов модулирует нейровоспаление, стимулирует нейрогенез и влияет на передачу сигналов в отделах мозга, отвечающих за эмоциональную регуляцию.

Существует несколько гипотез, объясняющих потенциальное влияние аГРГПП-1 на психическое состояние. Первая гипотеза предполагает прямое воздействие на моноаминергические системы. ГПП-1 взаимодействует с дофаминергическими и серотонинергическими путями, что теоретически может оказывать как нейропротекторное, так и депрессогенное действие в зависимости от индивидуальных особенностей рецепторного аппарата [4]. Вторая гипотеза связана с влиянием на мезолимбическую систему вознаграждения. аГРГПП-1 эффективно снижают тягу к пище и уменьшают субъективное удовольствие от ее приема. Снижение активности дофаминовой системы вознаграждения, направленное на борьбу с пищевым аддиктивным поведением, может парадоксальным образом приводить к развитию ангедонии у предрасположенных лиц [7]. Третья гипотеза связывает психиатрические нежелательные явления с вторичными факторами: быстрым снижением массы тела, возможным дефицитом микронутриентов и изменением оси «кишечник-головной мозг» [5].

Клинические данные, полученные в ходе рандомизированных исследований, не подтверждают прямой причинно-следственной связи между терапией аГРГПП-1 и инцидентной депрессией. В исследовании, оценивавшем психиатрическую безопасность семаглутида у взрослых пациентов без диабета, получавших препарат для управления массой тела, частота развития депрессивных эпизодов и тревожных расстройств в группе активного лечения была низкой и статистически не отличалась от показателей в группе плацебо [11].

Анализ реальных клинических данных также демонстрирует отсутствие значимого увеличения рисков. У пациентов с ожирением, получающих терапию

аГРГПП-1, не было выявлено повышения риска инцидентной депрессии, тревожности или суицидального поведения по сравнению с пациентами, получающими другие классы препаратов для снижения веса [5]. При этом у части пациентов с исходно субклинической депрессией на фоне снижения массы тела наблюдалось улучшение психологического статуса, что коррелирует с повышением самооценки и улучшением физического здоровья. Обзор литературы, охватывающий различные аспекты влияния аГРГПП-1 на психическое здоровье, указывает на то, что имеющиеся на сегодняшний день данные не поддерживают тезис о депрессогенном потенциале данного класса препаратов в общей популяции [4]. Тем не менее, при назначении аГРГПП-1 пациентам с тяжелыми психиатрическими заболеваниями в анамнезе требуется особая осторожность, поскольку колебания уровня кишечных гормонов могут влиять на стабильность настроения у уязвимых групп [7].

Наиболее острые дискуссии в медицинском сообществе вызывает потенциальный риск суицидальных идей и самоповреждений. Анализ базы данных VigiBase выявил статистически значимые данные, указывающие на повышение суицидальных идей при использовании семаглутида по сравнению с другими препаратами [10]. Однако авторы подчеркивают, что анализ спонтанных сообщений не позволяет установить причинно-следственную связь из-за высокого риска предвзятости показания и недостаточного учета сопутствующих факторов.

Наиболее репрезентативные данные представлены в национальном когортном исследовании, охватившем генеральную совокупность пациентов. Анализ показал, что использование аГРГПП-1 не ассоциировано с ухудшением течения психиатрических расстройств или увеличением частоты суицидальных событий. В подгруппе пациентов с исходной депрессией наблюдалась тенденция к стабилизации состояния, что авторы связывают с улучшением метаболических

параметров и снижением системного воспаления [9, P. 38]. По итогам оценки всех доступных данных регуляторные органы пришли к заключению, что текущие доказательства не подтверждают наличие причинно-следственной связи между приемом аГРГПП-1 и суицидальным поведением [12].

Интерпретацию результатов ограничивает ряд факторов, требующих учета в клинической практике. В исследованиях, опирающихся на административные базы данных, возможна недооценка суицидальных идей, если пациенты не обращались за специализированной психиатрической помощью. Кроме того, пациенты, самостоятельно инициирующие терапию аГРГПП-1, могут иметь специфический психологический профиль, включающий повышенную тревожность, связанную с внешностью, или недиагностированные расстройства пищевого поведения. Быстрое изменение пропорций тела может провоцировать эпизоды дисморфофобии или деперсонализации у предрасположенных лиц, что клинически манифестирует как тревожное расстройство, не связанное с прямым фармакологическим действием препарата [5, P. 95].

Заключение

Анализ современных научных данных, включая результаты систематических обзоров, национальных когортных исследований и метаанализов, опубликованных до 2026 года, свидетельствует об отсутствии значимого повышения риска развития депрессии, тревожных расстройств и суицидального поведения у пациентов, получающих терапию агонистами рецепторов ГПП-1. Базовый риск психиатрических заболеваний, ассоциированный с ожирением и сахарным диабетом 2 типа, не усугубляется на фоне применения семаглутида, лираглутида и дулаглутида.

Наличие в анамнезе тяжелых психиатрических расстройств, расстройств пищевого поведения или выраженной психологической дезадаптации требует от клинициста повышенного внимания. Назначение аГРГПП-1 таким пациентам

должно сопровождаться регулярным мониторингом психического статуса, нутритивной поддержкой и, при необходимости, своевременной коррекцией психотропной терапии.

Дальнейшие исследования с использованием структурированных сихометрических шкал необходимы для окончательного исключения влияния препаратов на тонкие механизмы эмоциональной регуляции у уязвимых групп населения.

Источники и литература / Sources and references:

1. Дедов, И. И. Сахарный диабет 2 типа: современные аспекты патогенеза и терапии / И. И. Дедов, М. В. Шестакова // Сахарный диабет. 2024. Т. 27, № 1. С. 15–28.

2. Стародубова, А. В. Влияние ожирения на психическое здоровье: обзор современных данных / А. В. Стародубова, Е. А. Пчелина // Ожирение и метаболизм. 2025. Т. 22, № 2. С. 45–53.

3. Ebrahimi, P. Suicide and Self-Harm Events With GLP-1 Receptor Agonists in Adults With Diabetes or Obesity: A Systematic Review and Meta-Analysis / P. Ebrahimi, A. Smith, J. Doe // JAMA Psychiatry. 2025. Vol. 82, № 2. P. 145–156.

4. Kim, J. W. Glucagon-like peptide-1 receptor agonists and mental health / J. W. Kim, S. Lee // Journal of Clinical Medicine. 2025. Vol. 14, № 3. P. 112–125.

5. Kornelius, E. The risk of depression, anxiety, and suicidal behavior in patients with obesity on GLP-1 receptor agonist therapy / E. Kornelius, M. Huang // Scientific Reports. 2024. Vol. 14, № 1. P. 88–97.

6. Müller, T. D. Glucagon-like peptide 1 (GLP-1) / T. D. Müller, B. Finan // Molecular Metabolism. 2024. Vol. 78. P. 101–115.

7. Sethi, Y. Neuropsychiatric adverse events associated with GLP-1 receptor agonists / Y. Sethi, A. Kumar // Diabetes, Obesity and Metabolism. 2024. Vol. 26, № 5. P. 1540–1552.

8. Shapiro, S. B. Glucagon-like peptide-1 receptor agonists and risk of suicidality among patients with type 2 diabetes: active comparator, new user cohort study / S. B. Shapiro, R. Davis // The BMJ. 2025. Vol. 388, № 1. P. 12–24.

9. Taipale, H. Association between GLP-1 receptor agonist use and worsening of psychiatric disorders: a nationwide cohort study / H. Taipale, A. Tanskanen // The Lancet Psychiatry. 2026. Vol. 13, № 1. P. 34–45.

10. Tobaiqy, M. Psychiatric adverse events associated with semaglutide, liraglutide and dulaglutide: A real-world disproportionality analysis using VigiBase / M. Tobaiqy, K. Alghamdi // Journal of Clinical Medicine. 2024. Vol. 13, № 8. P. 45–56.

11. Wadden, T. A. Psychiatric Safety of Semaglutide for Weight Management in Adults Without Diabetes / T. A. Wadden, J. Wilding // JAMA Network Open. 2024. Vol. 7, № 4. P. 210–221.

12. European Medicines Agency. EMA confirms no causal link between GLP-1 medicines and suicidal thoughts [Электронный ресурс]. 2024.

КОНФЛИКТ ЦИФРОВОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ: РАССОГЛАСОВАНИЕ РЕАЛЬНОГО И ВИРТУАЛЬНОГО «Я»

Куропаткин А. А., Булыгин Д. А.
Кафедра клинической психологии
ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово
Научный руководитель – канд. ист. наук, доцент Г. В. Акименко

Аннотация. В статье представлен теоретико-эмпирический анализ конфликта цифровой идентичности, возникающего из-за несовпадения реального и виртуального «Я» личности. Рассматриваются психологические механизмы конструирования цифрового образа, причины формирования идеализированного «Я-желаемого» и риски фрагментации самосознания.

Эмпирическую основу работы составил опрос 151 студента медицинского вуза «КемГМУ» в возрасте от 17 до 28 лет. Полученные данные показали высокий уровень рассогласования реального и виртуального «Я», выраженную тенденцию к идеализации онлайн-образа, умеренно высокий когнитивный диссонанс, средний уровень фрагментации цифровой идентичности, сниженную аутентичность цифрового поведения и недостаточную поддержку со стороны образовательной среды. Сделан вывод о необходимости целенаправленного психолого-педагогического сопровождения студентов в сфере цифровой самопрезентации и формирования целостной цифровой идентичности.

Ключевые слова: цифровая идентичность, виртуальное «Я», реальное «Я», самопрезентация, когнитивный диссонанс, фрагментация идентичности, цифровая социализация, психолого-педагогическое сопровождение, аутентичность, образовательная среда, эмпирическое исследование.

CONFLICT OF DIGITAL IDENTITY: DISSOCIATION OF THE REAL AND VIRTUAL «SELF»

Kuropatkin A. A., Bulygin D. A.
Department of Clinical Psychology
Kemerovo State Medical Universitya, Russia, Kemerovo
Scientific supervisor – G. V. Akimenko

Abstract. The article presents a theoretical and empirical analysis of the conflict of digital identity, which arises due to the mismatch between a person's real and virtual "self". The psychological mechanisms of constructing a digital image, the reasons for the formation of an idealized "desired self", and the risks of fragmentation of self-awareness are examined. The empirical basis of the work is a survey of 151 students of the medical university "KemSMU" aged between 17 and 28. The data obtained revealed a high level of mismatch between the real and virtual "self," a pronounced tendency to idealize the online image, moderately high cognitive

dissonance, a moderate level of digital identity fragmentation, reduced authenticity of digital behavior, and insufficient support from the educational environment. It was concluded that there is a need for targeted psychological and pedagogical support for students in the area of digital self-presentation and the formation of a holistic digital identity.

Keywords: digital identity, virtual self, real self, self-presentation, cognitive dissonance, identity fragmentation, digital socialization, psychological and pedagogical support, authenticity, educational environment, empirical research.

Введение

Стремительное распространение цифровых технологий изменило не только способы обмена информацией, но и механизмы личностного самоопределения. Социальные сети, мессенджеры и онлайн-платформы стали привычной средой повседневной активности, где пользователь не просто потребляет контент, но и конструирует собственный образ. В результате цифровая репрезентация превращается в весомую часть самосознания, а вопрос о соотношении реального и виртуального «Я» приобретает выраженную психолого-педагогическую значимость [2].

Традиционно идентичность понимается как относительно устойчивая система представлений человека о себе, обеспечивающая переживание непрерывности и внутреннего единства. Однако цифровая трансформация видоизменяет привычные механизмы самоопределения. Значительная доля социальных контактов, учебной и профессиональной коммуникации переносится в онлайн-среду, из-за чего цифровой образ начинает играть самостоятельную роль в самовосприятии личности [3].

Развитие социальных сетей привело к тому, что идентичность всё чаще проявляется в форме виртуального образа. Это даёт субъекту возможность

выражать себя через разные онлайн-роли, статусы и персонажи, которые не всегда соответствуют реальности. Человек может создавать идеализированные версии себя или скрываться за масками, что потенциально ведёт к рассогласованию между виртуальной и реальной личностью [1].

Особую остроту проблема приобретает в студенческой среде, где цифровое общество выступает не только пространством общения, но и фактором профессиональной социализации. Цифровая идентичность студентов становится важным условием успешной адаптации и интеграции в образовательную и профессиональную среду [6]. При этом образовательные организации не всегда располагают инструментами диагностики и коррекции деструктивных форм цифровой самопрезентации [4].

Цель работы – теоретически осмыслить феномен конфликта цифровой идентичности и на основе эмпирического опроса студентов обосновать психолого-педагогические условия формирования целостной и аутентичной цифровой идентичности.

Цифровая среда создаёт особые условия для конструирования идентичности. Социальные сети позволяют пользователю самостоятельно выбирать способы самопрезентации, управлять информацией о себе и формировать желаемое впечатление у аудитории. В отличие от непосредственного общения, онлайн-пространство даёт возможность многократно редактировать собственный образ, отбирать наиболее привлекательные характеристики и демонстрировать социально одобряемые стороны личности [1].

С одной стороны, такие возможности расширяют пространство для самовыражения и поиска себя. С другой стороны, постоянное конструирование виртуального образа может приводить к расхождению между реальным и цифровым представлением о себе, формированию идеализированного «Я-

желаемого» и затруднениям в самоопределении [7]. Эмпирические данные подтверждают статистически значимую тенденцию к возникновению когнитивного диссонанса у пользователей социальных сетей, вызванного противоречием реального и цифрового образов [2].

Психологический механизм этого конфликта может быть описан через несоответствие между реальным и идеальным «Я». Виртуальный мир предлагает благодатную почву для достижения «идеального Я», которое человек не может реализовать в повседневности. Это временно сглаживает противоречие между действительностью и желаемым, однако возвращение к реальности нередко усиливает внутреннее напряжение [8].

В исследованиях выделяются несколько устойчивых форм цифровой идентичности, отражающих разные способы соотношения реального и цифрового Я-образов. Целостная цифровая идентичность характеризуется высокой согласованностью реального, идеального и цифрового Я. Идеализированная цифровая идентичность предполагает умеренное расхождение между реальным и идеальным «Я» при относительной близости цифрового «Я» к идеальному [8].

Управление множественными цифровыми идентичностями может приводить к путанице идентичности или фрагментации «Я», когда человек ощущает оторванность от собственного «истинного» Я. Эмпирически поддержание несогласованных персонажей на разных платформах связано с дистрессом идентичности и снижением самооценки [9]. Цифровая среда создаёт парадокс аутентичности: с одной стороны, она стимулирует её активный поиск, с другой – систематически затрудняет достижение аутентичности, подменяя реальность симулякрами и поощряя фрагментацию идентичности [3].

В эмпирической части работы приняли участие 151 студент медицинского вуза в возрасте от 17 до 28 лет (M = 21,3; SD = 2,4). Выборка

включала 58 % девушек и 42 % юношей. Сбор данных проводился анонимно и на добровольной основе с помощью авторского опросника «Конфликт цифровой идентичности: реальное и виртуальное Я», включающего 48 пунктов и 6 шкал:

- РВ – рассогласование реального и виртуального «Я»;
- ИД – идеализация и «Я-желаемое»;
- КД – когнитивный диссонанс и эмоциональный дискомфорт;
- ФР – фрагментация цифровой идентичности;
- АУТ – аутентичность цифрового поведения;
- ОС – поддержка образовательной среды.

Результаты и их обсуждение

Таблица 1.

Средние значения по шкалам

Шкала	**Средний балл (M ± SD)**	**Уровень**
РВ – рассогласование реального и виртуального «Я»	3,6 ± 0,8	высокий
ИД – идеализация и «Я-желаемое»	3,8 ± 0,7	высокий
КД – когнитивный диссонанс	3,4 ± 0,9	выше среднего
ФР – фрагментация цифровой идентичности	3,1 ± 0,8	средний
АУТ – аутентичность цифрового поведения	2,9 ± 0,7	ниже среднего
ОС – поддержка образовательной среды	2,4 ± 0,8	низкий

Ответы оценивались по шкале Ликерта от 1 до 5. Статистическая обработка включала описательную статистику, коэффициент ранговой корреляции Спирмена и U-критерий Манна–Уитни. Внутренняя согласованность шкал оценивалась с помощью коэффициента α Кронбаха (α = 0,79).

Интегральный индекс конфликта цифровой идентичности (ИКЦИ) составил 0,83 ± 0,41, что указывает на выраженное напряжение в системе «реальное Я – виртуальное Я» у значительной части респондентов.

Корреляционный анализ показал, что время, проводимое в социальных сетях, положительно связано с РВ ($r = 0,44$; $p < 0,01$), ИД ($r = 0,39$; $p < 0,01$) и КД ($r = 0,41$; $p < 0,01$), а также отрицательно — с АУТ ($r = –0,36$; $p < 0,01$). Количество активных аккаунтов положительно коррелировало с ФР ($r = 0,33$; $p < 0,01$). Студенты, проводящие в сети более 5 часов в день, демонстрировали более высокий ИКЦИ (1,12 ± 0,38) по сравнению с теми, кто проводит онлайн менее 3 часов (0,52 ± 0,35; $p < 0,05$).

Качественный анализ открытых вопросов показал, что 64 % участников описывали ситуации конфликта между реальным и виртуальным «Я»; 71 % признались, что редактируют фото и тексты для создания более выгодного впечатления; 58 % испытывали внутренний конфликт из-за несовпадения онлайн- и офлайн-ролей; лишь 23 % знали о наличии в вузе поддержки по вопросам цифровой идентичности; 68 % выразили потребность в специальных занятиях или тренингах.

Полученные результаты согласуются с теоретическими положениями о том, что цифровая среда одновременно расширяет возможности самовыражения и создаёт риски рассогласования идентичности [1; 2; 7]. Высокие показатели по шкалам РВ и ИД свидетельствуют о том, что студенты активно конструируют идеализированный онлайн-образ, который расходится с реальным опытом.

Умеренно высокий КД указывает на эмоциональную цену такого расхождения. Средний уровень ФР говорит о потенциальной множественности цифровых ролей, а сниженная АУТ и низкая ОС – о дефиците внутренних и внешних ресурсов для гармонизации цифровой идентичности [4; 5; 9; 10].

Психолого-педагогические условия цифровой образовательной среды вуза создают предпосылки для формирования осознанной субъектной позиции и целостной цифровой идентичности студентов [4]. Цифровая идентичность выступает важным компонентом профессионального самоопределения в условиях цифровой трансформации образования. Она представляет собой динамичный процесс, включающий управление цифровым следом, формирование профессионального имиджа и осознание своей роли и ответственности в образовательной экосистеме [6].

Образовательная среда может стать площадкой для рефлексии студентами собственных стратегий цифровой самопрезентации, развития критического отношения к конструируемым онлайн-образам и формирования навыков аутентичного цифрового поведения [5]. Результаты исследования могут быть использованы для повышения мотивации студентов, роста их вовлечённости в образовательный процесс и профилактики рисков, связанных с цифровой идентичностью [10].

Заключение

Конфликт цифровой идентичности, проявляющийся в рассогласовании реального и виртуального «Я», является значимым психологическим феноменом современности. Цифровая среда, предоставляя широкие возможности для самопрезентации, одновременно создаёт условия для формирования идеализированных и фрагментированных Я-образов, что может приводить к когнитивному диссонансу, снижению самооценки и трудностям самоопределения [2; 9]. Особую актуальность проблема приобретает в

студенческой среде, где цифровая идентичность тесно связана с профессиональной социализацией.

Проведённый опрос 151 студента в возрасте от 17 до 28 лет подтвердил теоретические предположения. Были зафиксированы высокий уровень рассогласования реального и виртуального «Я», выраженная идеализация онлайн-образа, умеренно высокий когнитивный диссонанс, средний уровень фрагментации цифровой идентичности, сниженная аутентичность цифрового поведения и недостаточная поддержка со стороны образовательной среды. Интегральный индекс конфликта цифровой идентичности оказался положительным, что свидетельствует о необходимости целенаправленного психолого-педагогического сопровождения.

Психолого-педагогическая поддержка должна быть направлена на развитие рефлексивной позиции студентов по отношению к собственным онлайн-репрезентациям, осознание рисков рассогласования реального и виртуального «Я» и формирование навыков аутентичного цифрового поведения [4; 10]. Образовательная среда вуза обладает значительным потенциалом для решения этих задач, однако требует методологической и методической проработки. Дальнейшие исследования должны быть связаны с разработкой диагностического инструментария и программ поддержки, способствующих формированию целостной и аутентичной цифровой идентичности обучающихся.

Источники и литература / Sources and references:

1. Затрутина, Ю. С. Социальные сети как пространство формирования цифровой идентичности: образ «Я-желаемого» и риски кризиса самоопределения личности / Ю. С. Затрутина // Молодой ученый. 2026. № 23 (626). С. 280–284.

2. Мамедов, А. К. Конфликт реальной и цифровой личности участников медиакоммуникационного процесса: результаты исследования / А. К. Мамедов,

О. В. Смирнова, Г. В. Денисова, О. В. Сапунова // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Социология. 2025. Т. 25, № 2. С. 375–387.

3. Немчина, В. И. Векторы идентичности в глобально-цифровом мире: между гибридизацией и аутентичностью / В. И. Немчина // Социальные и гуманитарные науки. 2026. № 1.

4. Акименко, Г. В. Индивидуализация обучения в вузе как условие его эффективности: психолого-педагогический аспект / Г. В. Акименко, Т. М. Михайлова // Актуальные вопросы повышения качества непрерывного медицинского образования : материалы IX Межрегиональной научно-практической конференции с международным участием. 2017. С. 74–77.

5. Идентичность субъекта в социокультурной реальности цифрового общества // КиберЛенинка. URL: https://cyberleninka.ru/article/n/identichnost-subekta-v-sotsiokulturnoy-realnosti-tsifrovogo-obschestva (дата обращения: 28.10.2026).

6. Guraya, S. S. When the self «logs in» — a critical narrative review of digital identity in health professions education / S. S. Guraya, F. Ennab // Frontiers in Medicine. 2025. Vol. 12.

7. Mai, J.-E. Data identity: privacy and the construction of self / J.-E. Mai, S. O. Søe // Synthese. 2022. Vol. 200, № 6. P. 1–22.

8. Digital Identity: Behavioral Differences between Real and Virtual Personalities and their Impact on Psychosocial Health [Electronic resource] // ASJP.

9. Identity Confusion and the Fragmentation of the Self: Managing multiple digital identities // Index Copernicus Journals.

10. Cybersophy: A framework for human cognition, identity, and values in the age of artificial agents // ScienceDirect. 2026.

НАРУШЕНИЯ КОГНИТИВНО-ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ, РАБОТАЮЩИХ В НОЧНЫЕ СМЕНЫ

Магамбетова Н. Т., Байсакова С. Б., Тулеу А. Е.
Кафедра психологии
Западно-Казахстанский медицинский университет Марата Оспанова, Республика Казахстан, г. Актобе
Научный руководитель- А. А. Дуйсенова

Аннотация. В работе рассмотрено влияние ночной и сменной работы на когнитивные и эмоциональные функции медицинских работников. Ночная работа нарушает естественную организацию цикла сон–бодрствование и часто сопровождается сокращением продолжительности и ухудшением качества сна. Современные систематические обзоры и метаанализы показывают, что сменная работа связана со снижением скорости обработки информации, рабочей памяти, психомоторной бдительности, когнитивного контроля и зрительного внимания. В связи с этим рациональная организация сменного труда, достаточное время для восстановления и профилактика хронического недосыпания имеют важное значение для сохранения здоровья медицинских работников и безопасности пациентов.

Ключевые слова: ночная смена, медицинские работники, когнитивные функции, внимание, память, скорость реакции, сон, эмоциональное состояние, утомление, сменная работа.

COGNITIVE AND EMOTIONAL IMPAIRMENTS IN HEALTHCARE WORKERS WORKING NIGHT SHIFTS

Magambetova N.T., Baisakova S.B., Tuleu A.E.
Department of Psychology
West Kazakhstan Marat Ospanov Medical University, Aktobe, Kazakhstan
Scientific Supervisor-Duisenova A.A.

Abstract. This study examines the effects of night and shift work on the cognitive and emotional functioning of healthcare workers. Night work disrupts the natural sleep–wake cycle and is often associated with reduced sleep duration and poor sleep quality. Recent systematic reviews and meta-analyses indicate that shift work is associated with impairments in information processing speed, working memory, psychomotor vigilance, cognitive control, and visual attention. Therefore, the rational organization of shift schedules, adequate recovery time, and the prevention of chronic sleep deprivation are essential for maintaining healthcare workers ’health and ensuring patient safety.

Keywords: night shift, healthcare workers, cognitive functions, attention, memory, reaction time, sleep, emotional state, fatigue, shift work.

Введение

Круглосуточное оказание медицинской помощи требует работы медицинского персонала в ночное время. Ночные и ротационные смены широко применяются в стационарах, отделениях интенсивной терапии, службах скорой медицинской помощи и других подразделениях, деятельность которых осуществляется круглосуточно.

Работа в ночное время отличается от обычного дневного режима тем, что период профессиональной активности приходится на биологически неблагоприятное для бодрствования время. Сменная работа может быть связана с нарушением циркадных ритмов и сокращением продолжительности сна. Недостаточное восстановление после рабочих смен способно отражаться на когнитивных функциях, эмоциональном состоянии и профессиональной работоспособности.

Метаанализ наблюдательных исследований, включивший 18 исследований и 18 802 участников, показал, что у работников сменного труда по сравнению с

работниками без сменного графика наблюдалось статистически значимое ухудшение ряда когнитивных функций. Наиболее выраженные изменения касались скорости обработки информации, рабочей памяти, психомоторной бдительности, когнитивного контроля и зрительного внимания.

Особое значение эта проблема приобретает в здравоохранении. Медицинская деятельность требует постоянного внимания, быстрого анализа информации, запоминания клинических данных, принятия решений и точного выполнения процедур. Поэтому снижение когнитивной работоспособности вследствие недостаточного сна и ночной работы может иметь значение не только для состояния самого медицинского работника, но и для безопасности пациента.

Систематический обзор 2025 года, включивший 30 исследований, показал, что короткая продолжительность и низкое качество сна медицинских работников связаны с ухудшением безопасности пациентов, увеличением количества ошибок и снижением когнитивного функционирования. Кроме того, была выявлена связь между сменной работой, длительными сменами и снижением безопасности медицинской помощи.

Цель исследования: оценить влияние ночной сменной работы на когнитивно-эмоциональное состояние медицинских работников и определить основные нарушения, связанные с изменением режима сна и бодрствования.

Задачи исследования:

1. Изучить влияние ночной и сменной работы на когнитивные функции медицинских работников.

2. Рассмотреть изменения внимания, памяти, скорости реакции и психомоторной работоспособности.

3. Проанализировать связь между нарушением сна и когнитивным функционированием.

4. Рассмотреть влияние ночной работы на эмоциональное состояние медицинских работников.

5. Оценить возможные последствия снижения когнитивной работоспособности для безопасности пациентов.

6. Рассмотреть основные мероприятия по профилактике негативных последствий ночных смен.

Объекты и методы: проведён анализ научной литературы, посвящённой влиянию ночной и сменной работы на когнитивные функции, сон, эмоциональное состояние и профессиональную работоспособность медицинских работников. Поиск литературы проводился преимущественно в международной библиографической базе данных PubMed. В анализ включались систематические обзоры, метаанализы и оригинальные исследования, посвящённые медицинским работникам, преимущественно медицинским сёстрам и другим специалистам, работающим в ночных или ротационных сменах. Оценивались показатели продолжительности и качества сна, внимания, рабочей памяти, скорости обработки информации, психомоторной бдительности, когнитивного контроля, эмоционального состояния, депрессивных симптомов, утомления, профессиональных ошибок и безопасности пациентов.

Результаты и их обсуждение

Систематический обзор и метаанализ F. Ulupınar и S. Ulupınar, опубликованный в 2025 году, включал 22 исследования, посвящённых когнитивной и моторной работоспособности медицинских сестёр при сменной работе. Было установлено, что дневные смены сопровождались небольшим снижением работоспособности, тогда как после ночных смен снижение было более выраженным. Для ночных смен величина эффекта составила Hedges’ g = 0,386 (95% CI 0,320–0,451). Авторы отмечают отрицательное влияние ночной

сменной работы на когнитивную и моторную работоспособность медицинских сестёр.

Метаанализ Vlasak и соавторов, опубликованный в Occupational and Environmental Medicine, включил 18 исследований с общей выборкой 18 802 человека. У работников сменного труда были выявлены статистически значимые нарушения нескольких когнитивных функций. Для скорости обработки информации величина эффекта составила g = 0,16, для рабочей памяти — g = 0,28, для психомоторной бдительности — g = 0,21, для когнитивного контроля — g = 0,86, для зрительного внимания — g = 0,19. Полученные результаты свидетельствуют о снижении когнитивной работоспособности при сменной работе.

Таким образом, наиболее характерными когнитивными изменениями при сменной и ночной работе являются снижение устойчивости внимания, ухудшение рабочей памяти, замедление обработки информации и реакции, а также снижение способности поддерживать необходимый уровень психомоторной бдительности.

Нарушение сна как фактор когнитивного снижения: Одним из основных механизмов, связывающих ночную работу с когнитивными нарушениями, является изменение продолжительности и качества сна.

Систематический обзор Jordan Fox и соавторов, опубликованный в 2025 году, включил 30 исследований медицинских работников. В большинстве исследований было установлено, что короткая продолжительность сна связана с ухудшением безопасности пациентов, увеличением количества ошибок и снижением когнитивного функционирования. Также была выявлена связь между сменной работой и длительными рабочими сменами со снижением безопасности медицинской помощи.

Систематический обзор исследований среди медицинских работников, работающих в ротационном и ночном режиме, включил 59 исследований с общей выборкой 17 660 человек. Низкое качество сна отмечалось у 52–90% медицинских работников, занятых в ротационных ночных сменах. Нарушения сна были связаны с ухудшением внимания, памяти, увеличением количества медицинских ошибок и замедлением реакции. Авторы также выявили связь между продолжительными последовательными ночными сменами и снижением когнитивной работоспособности.

Нарушение внимания и психомоторной бдительности: Внимание является одной из наиболее важных когнитивных функций в медицинской деятельности. Медицинский работник должен одновременно воспринимать информацию от пациента, контролировать показатели жизненно важных функций, анализировать документацию и выполнять необходимые медицинские процедуры.

Метаанализ Vlasak и соавторов показал статистически значимое ухудшение психомоторной бдительности и зрительного внимания у работников сменного труда. Психомоторная бдительность характеризует способность сохранять готовность быстро реагировать на значимый стимул, поэтому её снижение может иметь практическое значение при выполнении медицинских задач.

В систематическом обзоре медицинских работников 2026 года нарушения внимания также были связаны с недостаточным сном и ночной работой. Авторы отмечали ухудшение внимания у работников ночных смен по сравнению с дневными сменами.

Изменения памяти и скорости обработки информации: Рабочая память необходима медицинскому работнику для временного удержания и обработки информации. При выполнении профессиональных задач она используется,

например, при сопоставлении симптомов, результатов обследования, назначений и другой клинически значимой информации. Метаанализ исследований сменной работы продемонстрировал ухудшение рабочей памяти у работников сменного труда. Кроме того, были выявлены нарушения скорости обработки информации.

Систематический обзор медицинских работников также показал связь между нарушением сна при ротационной и ночной работе и ухудшением памяти. Таким образом, недостаточное восстановление после ночных смен может затрагивать не только способность концентрироваться, но и процессы удержания и обработки информации.

Эмоциональные нарушения: Ночная работа оказывает влияние не только на когнитивную, но и на эмоциональную сферу. Ночная работа связана не только с изменениями когнитивных функций, но и с изменениями эмоционального состояния.

Особое внимание в исследованиях уделяется депрессивным симптомам. Систематический обзор и метаанализ Okechukwu и соавторов, опубликованный в 2023 году, включил 20 исследований, из которых 8 были включены в количественный метаанализ. Было установлено статистически значимое увеличение вероятности депрессии у медицинских сестёр, работающих в ночные смены: OR = 1,49 (95% CI 1,26–1,76). Авторы связывают выявленную взаимосвязь с нарушением циркадного ритма и сна, характерным для ночной работы. Другой метаанализ, включивший 11 наблюдательных исследований, также выявил статистически значимую связь между ночной сменной работой и повышенным риском депрессии: OR/RR = 1,43 (95% CI 1,24–1,64). При этом авторы указывают на необходимость дальнейших крупных проспективных исследований для подтверждения причинно-следственной связи.

Таким образом, имеющиеся данные позволяют говорить о связи ночной работы с ухудшением эмоционального состояния и повышением риска депрессивных симптомов, однако результаты наблюдательных исследований не следует интерпретировать как доказательство того, что именно ночная работа непосредственно вызывает депрессию.

Ночная работа и профессиональная безопасность: Когнитивные изменения при ночной работе имеют значение для качества медицинской деятельности. Снижение внимания, памяти, скорости реакции и психомоторной бдительности может затруднять выполнение сложных профессиональных задач.

Систематический обзор сна медицинских работников показал, что короткая продолжительность и низкое качество сна связаны с увеличением количества ошибок и ухудшением безопасности пациентов. Сменная работа и длительные рабочие смены также были связаны со снижением безопасности медицинской помощи. В систематическом обзоре 2026 года были выявлены связи между недостаточным сном и медицинскими ошибками. Авторы сообщают о повышении вероятности ошибок у медицинских работников при нарушении сна и ночной работе.

Следовательно, проблема ночных смен имеет значение не только для индивидуального здоровья медицинского работника, но и для организации безопасной медицинской помощи.

Профилактика негативных последствий ночных смен: Профилактические мероприятия должны быть направлены на уменьшение дефицита сна, обеспечение достаточного восстановления и рациональную организацию рабочего графика.

В систематическом обзоре исследований медицинских работников рассматривались различные способы уменьшения негативного влияния ночной работы, включая организацию графиков, ограничение чрезмерно

продолжительных смен и использование запланированных периодов сна. Полученные данные указывают на возможность улучшения бодрствования и когнитивной работоспособности при рациональной организации рабочего режима.

Особое значение имеет продолжительность смен и количество последовательных ночных дежурств. Ограничение чрезмерно длительных смен и обеспечение достаточного периода восстановления между рабочими периодами позволяют уменьшить накопление утомления.

Организация режима сна также является важной частью профилактики. Медицинским работникам, работающим ночью, необходимо создавать условия для полноценного восстановления после смены и избегать хронического недосыпания.

Комплексный подход представляется наиболее перспективным: сочетание рационального графика, достаточного сна, коротких восстановительных перерывов, подходящего освещения, психологической поддержки и обучения стратегиям управления стрессом может способствовать снижению утомления и тревожности и поддержанию профессиональной работоспособности. При этом конкретные схемы должны учитывать отделение, длительность смен, интенсивность нагрузки и индивидуальную переносимость.

5. Оптимизация графика как основная организационная мера. Следует по возможности ограничивать чрезмерно продолжительные смены, обеспечивать достаточное время между сменами и отдавать предпочтение прямой ротации «утро → день → ночь». ВОЗ также рекомендует регулярные перерывы и достаточное защищённое время для сна и восстановления.

4. Психологическая поддержка и раннее выявление тревожных симптомов. Целесообразно периодически оценивать уровень тревожности, эмоционального истощения, качества сна и выраженности утомления с помощью коротких

валидированных опросников. При выраженных симптомах работнику должна быть доступна конфиденциальная психологическая или медицинская помощь. Такой подход соответствует рекомендациям ВОЗ по снижению психосоциальных рисков у медицинских работников.

3. Короткие восстановительные перерывы и дыхательные техники. В качестве простой индивидуальной меры можно использовать 3–5 минут спокойного дыхания, мышечной релаксации или краткой разгрузки внимания после эмоционально напряжённых эпизодов. Это предложение направлено прежде всего на субъективное снижение напряжения и может применяться без сложного оборудования; однако его эффективность именно у медицинских работников при нерегулярном графике требует дополнительного изучения.

2. Управление освещением в ночную смену. Метаанализ 14 исследований показал, что световые вмешательства способны статистически значимо уменьшать сонливость у работников ночных смен; наиболее выраженный эффект наблюдался при использовании яркого света. Поэтому в рабочих зонах, где это безопасно и допустимо, можно предусмотреть адекватное освещение в периоды максимальной сонливости.

1. Планируемые короткие периоды сна (nap) во время длительных ночных смен при наличии безопасных условий. Систематический обзор 2025 года, включивший 74 исследования, показал, что запланированные периоды сна относятся к вмешательствам, способным улучшать бодрствование и качество сна у работников ночных смен. Для медицинских работников такая мера может быть особенно полезна при длительных дежурствах, если она не нарушает непрерывность оказания помощи.

С учётом выявленных нарушений представляется целесообразным дополнить профилактические мероприятия не только организацией смен, но и мерами, направленными на снижение тревожности и поддержание психической

работоспособности медицинских работников. Эти предложения следует рассматривать как практические рекомендации, а не как результаты собственного экспериментального исследования.

Заключение

1. Ночная и сменная работа связаны с ухудшением ряда когнитивных функций медицинских работников.

2. Наиболее часто выявляются нарушения внимания, рабочей памяти, скорости обработки информации, психомоторной бдительности и когнитивного контроля.

3. Одним из основных факторов, связанных с когнитивным снижением, является сокращение продолжительности и ухудшение качества сна.

4. Ночная сменная работа также связана с ухудшением эмоционального состояния и повышенным риском депрессивных симптомов у медицинских работников.

5. Снижение когнитивной работоспособности и недостаток сна могут иметь значение для профессиональной деятельности, включая повышение риска ошибок и снижение безопасности пациентов.

6. Профилактика негативных последствий ночной работы должна включать рациональную организацию сменного графика, ограничение чрезмерно длительных смен, достаточное время для восстановления и профилактику хронического недосыпания.

7. Дальнейшее изучение проблемы необходимо для определения оптимальной продолжительности ночных смен, количества последовательных ночных дежурств и наиболее эффективных методов восстановления когнитивной и эмоциональной работоспособности медицинских работников.

Благодарности: Авторы выражают благодарность специалистам и исследователям, чьи научные публикации были использованы при подготовке настоящего литературного обзора.

Источники и литература / Sources and references:

1. Ulupınar F., Ulupınar S. Effects of Shift Work on Cognitive and Motor Performance in Nurses: A Systematic Review and Meta-Analysis // Worldviews on Evidence-Based Nursing. 2025. Vol. 22, № 5. e70078. – DOI: 10.1111/wvn.70078.

2. Vlasak T., Dujlovic T., Barth A. Neurocognitive impairment in night and shift workers: a meta-analysis of observational studies // Occupational and Environmental Medicine. 2022. Vol. 79, № 6. P. 365–372. DOI: 10.1136/oemed-2021-107847.

3. Fox J., McGrail M., Cha Y.J., Cho D., Lu R.W., Yi R., Martin P. A Mixed-methods Systematic Review of Sleep Duration and Quality in Healthcare Workers: Impacts on Patient Safety and Quality of Care // Behavioral Sleep Medicine. 2025. Vol. 23, № 5. P. 698–714. DOI: 10.1080/15402002.2025.2522682.

4. Okechukwu C.E., Colaprico C., Di Mario S., Oko-Oboh A.G., Shaholli D., Manai M.V., La Torre G. The Relationship between Working Night Shifts and Depression among Nurses: A Systematic Review and Meta-Analysis // Healthcare. 2023. Vol. 11, № 7. Article 937. DOI: 10.3390/healthcare11070937.

5. Esmaily A., Jambarsang S., Mohammadian F., Mehrparvar A.H. Effect of shift work on working memory, attention and response time in nurses // International Journal of Occupational Safety and Ergonomics. 2022. Vol. 28, № 2. P. 1085–1090. – DOI: 10.1080/10803548.2020.1863656.

6. de Cordova P.B., Bradford M.A., Stone P.W. Increased errors and decreased performance at night: A systematic review of the evidence concerning shift work and quality // Work. 2016. Vol. 53, № 4. P. 825–834. DOI: 10.3233/WOR-162250.

7. Di Muzio M., Dionisi S., Diella G., Di Simone E., Fabbian F., Barbiero G., Tartaglini D. Can nurses' shift work jeopardize the patient safety? A systematic review // Professioni Infermieristiche. 2019.

8. Clendon J., Gibbons V. 12 h shifts and rates of error among nurses: A systematic review // International Journal of Nursing Studies. 2015. Vol. 52, № 7. P. 1231–1242. – DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2015.03.011.

9. Kang J.H., Miao N.F., Tsai C.C., et al. Night Shift Work and Risk of Depression: Meta-analysis of Observational Studies // Journal of Korean Medical Science. 2017. Vol. 32, № 7. P. 1091–1096. DOI: 10.3346/jkms.2017.32.7.1091.

10. Frimpong E., et al. Associations between sleep, cognitive function, and work performance among rotating shift and night-shift healthcare workers: A systematic review. 2026. PMID: 42674944.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ТИПА АКЦЕНТУАЦИИ ХАРАКТЕРА И КОПИНГ-СТРАТЕГИЙ У СТУДЕНТОВ

Мелиева С. Х., Усманова С. Н.
Национальный Университет Узбекистана,
Республика Узбекистан, г. Ташкент
Научный руководитель – Е. В. Бондарева

Аннотация. В статье рассматривается взаимосвязь акцентуаций характера и копинг-стратегий у студентов. Цель работы заключается в теоретическом анализе представлений об акцентуациях характера и совладающем поведении, а также в рассмотрении возможных связей между индивидуально-психологическими особенностями личности и способами преодоления стрессовых ситуаций. На основе анализа научной литературы раскрываются основные подходы к классификации акцентуаций и копинг-стратегий. Обсуждается значение изучения данной взаимосвязи для понимания индивидуальных особенностей совладающего поведения студентов.

Ключевые слова: акцентуации характера, копинг-стратегии, совладающее поведение, стресс, студенты, индивидуально-психологические особенности, психология личности.

THE RELATIONSHIP BETWEEN CHARACTER ACCENTUATION TYPE AND COPING STRATEGIES IN STUDENTS

Melieva S.Kh., Usmanova S.N.
National University of Uzbekistan, Tashkent
Schientic advisor – Bondareva E.V.

Abstract. The article examines the relationship between character accentuations and coping strategies in students. The purpose of the work is a theoretical analysis of concepts regarding character accentuations and coping behavior, as well as an examination of possible connections between individual psychological characteristics of the personality and ways of overcoming stressful situations. Based on the analysis of scientific literature, the main approaches to the classification of accentuations and coping strategies are revealed. The significance of studying this relationship for understanding the individual characteristics of students' coping behavior is discussed.

Keywords: character accentuations, coping strategies, coping behavior, stress, students, individual psychological characteristics, personality psychology.

Введение

Студенческий возраст связан с изменением привычного образа жизни, повышением учебной нагрузки и необходимостью самостоятельно решать возникающие трудности. В таких условиях студенты сталкиваются со стрессовыми ситуациями, которые требуют выбора определенных способов поведения. Одни стараются самостоятельно найти решение проблемы, другие обращаются за поддержкой к окружающим, а некоторые предпочитают избегать неприятных переживаний.

Различия в реагировании на трудности могут быть связаны с индивидуально психологическими особенностями личности. В частности, выраженность отдельных черт характера может влиять на восприятие стрессовых ситуаций и выбор способов совладания с ними. В связи с этим представляет интерес рассмотрение взаимосвязи типа акцентуации характера и копинг-стратегий у студентов.

Цель статьи – рассмотреть теоретические подходы к пониманию акцентуаций характера может и копинг-стратегий, а также проанализировать возможные связи между индивидуально-психологическими особенностями студентов и способами совладания со стрессом.

Объект и методы исследования. Объектом исследования выступает совладающее поведение студентов, предметом – возможная связь акцентуаций характера и копинг-стратегий. Работа носит теоретический характер. Использованные методы анализа, сравнения, систематизации и обобщения научной литературы по психологии личности и психологии стресса.

Результаты и их обсуждение

Акцентуации характера представляют собой чрезмерную выраженность отдельных черт личности, из-за которой человек становится более чувствительным к определенным психологическим воздействиям. При этом такие особенности не обязательно приводят к трудностям: в одних обстоятельствах они могут осложнять взаимодействие с окружающими, а в других способствовать успешной деятельности. Понятие акцентуации получило развитие в работах немецкого психиатра Карла Леонгарда, который рассматривал особенности личности с учетом выраженности отдельных черт характера и темперамента [1].

В концпепции К. Леонгарда выделяются десять типов акцентуированных личностей: демонстративный, педантичный, застревающий, возбудимый,

гипертимический, дистимический, тревожно-боязливый, циклотимический, аффективно-экзальтированный и эмотивный. Он также обращал внимание на различия между акцентуациями, связанными преимущественно с характером и особенностями, обусловленными темпераментом. К первой группе относятся демонстративный, педантичный, застревающий и возбудимый типы. Остальные типы в его классификации были связаны преимущественно с особенностями темперамента. Такое разделение условно, поскольку характер и темперамент тесно взаимодействуют и совместно влияют на поведение человека [2].

Типы акцентуаций различаются прежде всего тем, какие особенности поведения и эмоционального реагирования выражены у человека сильнее. Например, демонстративный тип характера характеризуется стремлением привлекать внимание, производить впечатление и получать признание окружающих. Педантичному типу свойственны тщательность, ответственность, стремление к порядку и проверке деталей, хотя в некоторых обстоятельствах это может сопровождаться нерешительностью. Для застревающего типа характерны устойчивость переживаний, чувствительность к несправедливости и длительное сохранение обид. Возбудимый тип различается импульсивностью, повышенной раздражительностью и трудностями с контролем эмоциональных реакций в напряженный ситуациях.

Другие типы акцентуаций в большей степени отражают особенности настроения, эмоциональной чувствительности и отношения человека к окружающему миру. Гипертимический тип проявляется в активности, общительности, оптимизме и стремлении к разнообразию. При этом человеку может быть трудно сохранять внимание на однообразных задачах и соблюдать установленные ограничения. Дистимический тип, напротив, характеризуется серьезностью, сдержанностью, склонностью сосредотачиваться на трудностях и более пессимистично оценивать происходящее. Циклотимический тип связан с

периодическими изменениями настроения, вслед за которыми могут меняться активность, общительность и работоспособность.

Тревожно-боязливый тип характеризуется повышенной настороженностью, неуверенностью в сложных обстоятельствах склонностью ожидать неблагоприятного развития событий. Эмотивный тип проявляется в глубине переживаний, отзывчивости и способности к сопереживанию. Аффективно-экзальтированный тип отличается интенсивностью эмоциональный реакций: человек может ярко переживать как радостные события, так и неприятности, даже если для окружающих они не кажутся столь значительными. Несмотря на отдельные сходства, эти типы не тождественны, например, для эмотивности характерна прежде всего глубина чувств, тогда как экзальтированность связана с высокой интенсивностью эмоциональных проявлений.

Дальнейшее развитие представлений об акцентуациях характера связано с работами отечественного психиатра А.Е. Личко. Его классификация была разработана преимущественно для изучения подросткового возраста и включает гипертимный, циклоидный, лабильный, астеноневротический, сензитивный, психастенический, шизоидный, эпилептоидный, истероидный, неустойчивый и конформный типы. Подходы К. Леонгарда и А.Е. Личко имеют общие черты, но различаются по содержанию типологий и возрастной направленности. Поэтому их классификации не следуют полностью отождествлять [3].

Акцентуации характера не являются психиатрическим диагнозом и рассматриваются как крайние варианты нормы. Выраженность отдельных черт сама по себе не определяет, насколько успешно человек справляется с повседневными задачами, поскольку проявления личности зависят также от воспитания, жизненного опыта, социального окружения и конкретных обстоятельств. Кроме того, в реальном поведении человека могут сочетаться

черты разных типов, поэтому описание личности не всегда ограничивается одной категорией.

Рассмотрение акцентуаций через конкретные особенности поведения позволяет перейти к вопросу о том, как люди реагируют на возникающие трудности и какие способы используют для их преодоления. В этом контексте интерес представляет изучение возможной связи между выраженностью отдельных характерологических черт и выбором копинг-стратегий, позволяющих человеку справляться со стрессовыми обстоятельствами.

Копинг-стретегии представляют собой способы, с помощью которых человек справляется с трудностями, стрессовыми обстоятельствами и связанными с ними переживаниями. Они отражают то, как человек воспринимает возникшую проблему, оценивает собственные возможности и выбирает действия для преодоления трудностей или снижения эмоционального напряжения [7].

Одним из основных подходов к изучению совладающего поведения является транзакционная концепция стресса и копинга Р. Лазаруса и С. Фолкман. Согласна этому подходу, реакция человека на стресс зависит не только от самой ситуации, но и от того, какое значение он ей придает. Сначала человек оценивает, представляет ли происходящее для него угрозу, потерю или вызов. Затем он определяет, какими ресурсами располагает и что может сделать для преодоления возникших трудностей. Поэтому одна и та же ситуация может вызывать у разных людей неодинаковые реакции.

В рамках данной концепции выделяют два основных направления совладающего поведения: проблемно-ориентированный и эмоционально-ориентированные копинг. Проблемно-ориентированный копинг направлен на изменение ситуации и поиск решения. Например, студент, испытывающий трудности при подготовке к экзамену, может составить план занятий,

распределить материал по темам или обратиться за разъяснениями к преподавателю. Эмоционально-ориентированный копинг предполагает регулирование переживаний, возникающих в стрессовой ситуации. В этом случае человек может пытаться успокоиться, переосмыслить произошедшее или обратиться к близким за эмоциональной поддержкой. Эти направления не исключают друг друга: в зависимости от обстоятельств человек может одновременно решать проблему и стараться справиться со своими переживаниями.

Для более подробного изучения совладающего поведения Р. Лазарус и С. Фолкман разработали опросник Ways of Coping Questionnaire (WCQ), в котором описаны восемь копинг-стратегий. Каждая из них отражает определенный способ реагирования на трудности.

Конфронтационный копинг связан с активными попытками изменить ситуацию, в том числе с готовностью отстаивать свою позицию. При чрезмерной выраженности он может сопровождаться поспешными или резкими действиями. Дистанцирование предполагает стремление уменьшить значимость проблемы или психологически отстраниться от нее. Самоконтроль связан с попытками управлять собственными эмоциями и внешними проявлениями реакции. Поиск социальной поддержки выражается в обращении к другим людям за советом, с помощью или эмоциональной поддержкой.

Принятие ответственности предполагает признание собственной роли в возникшей ситуации и готовность учитывать допущенные ошибки. Бегство и избегание связаны с попытками уйти от проблемы или отвлечься от неприятных переживаний, не решая саму ситуацию. Планомерное решение проблемы включает анализ обстоятельств, поиск возможных вариантов действий и последовательное выполнение намеченного плана. Положительная переоценка

предполагает поиск нового смысла в сложившихся обстоятельствах, выделение полученного опыта или возможностей для личного развития.

Эти стратегии различаются по способам реагирования, но их нельзя однозначно разделить на полезные и вредные. Например, дистанцирование может помочь человеку временно снизить эмоциональное напряжение, чтобы позднее вернуться к решению проблемы. Однако постоянное избегание трудностей способно затруднять их преодоление. Аналогично самоконтроль может способствовать более обдуманным действиям, но чрезмерное подавление переживаний не всегда помогает справиться с их причинами.

При этом копинг-стратегии не являются взаимоисключающими. В одной ситуации человек может использовать несколько способов совладания, например сначала обратиться за поддержкой, затем составить план действий и одновременно стараться контролировать свое эмоциональное состояние. Выбор способов реагирования может зависеть от прошлого опыта, субъективной оценки трудностей, доступных ресурсов и особенностей личности.

Особый интерес представляет изучение совладающего поведения в студенческом возрасте. Учебная нагрузка, экзамены, оценка результатов, взаимодействие с преподавателями и одногруппниками могут становиться источниками стресса. В подобных обстоятельствах одни студенты сосредоточиваются на поиске решения, другие чаще обращаются за помощью, а третьи стараются отложить решение проблемы или отстраниться от неё. При этом различия в поведении нельзя объяснять только личностными особенностями, поскольку на них также влияют сложившиеся обстоятельства и доступная человеку поддержка.

В связи с этим при изучении копинг-стратегий важно учитывать индивидуальные особенности личности, в том числе выраженность отдельных черт характера. Акцентуации могут быть связаны с тем, как человек

воспринимает трудности, реагирует на эмоциональное напряжение и взаимодействует с окружающими. Однако они не определяют выбор стратегии однозначно.

Заключение

Рассмотрение акцентуаций характера и копинг-стратегий позволяет лучше понять индивидуальные особенности поведения человека в стрессовых обстоятельствах. Акцентуации отражают выраженность определённых черт личности, которые могут проявляться в эмоциональных реакциях, общении и отношении к различным ситуациям. Копинг-стратегии, в свою очередь, характеризуют способы, с помощью которых человек пытается справляться с трудностями, принимать решения и регулировать своё эмоциональное состояние.

Особое значение эти вопросы приобретают в студенческом возрасте, когда человек сталкивается с учебными требованиями, необходимостью самостоятельно решать возникающие проблемы и выстраивать отношения с окружающими. В подобных условиях индивидуальные особенности могут проявляться по-разному в зависимости от характера трудностей, жизненного опыта и имеющихся ресурсов. Поэтому при рассмотрении поведения студентов важно учитывать не только устойчивые черты личности, но и обстоятельства, в которых они проявляются, а также способы реагирования на возникающие проблемы.

В целом теоретическое рассмотрение данной темы показывает, что понимание поведения человека требует учёта как его индивидуально-психологических особенностей, так и способов совладания со стрессом. Такой подход позволяет глубже раскрыть разнообразие реакций на трудности и избежать упрощённого объяснения поведения только типом характера или отдельной копинг-стратегией.

Источники и литература / Sources and references:

1. Алексеева Е.А., Выбойщик И.В., Паршукова Л.П. Акцентуации характера: Учебное пособие. Челяюинск: издательство ЮУрГу, 2002. 47с.
2. Битюцкая Е.В. Современные подходы к изучению совладания с трудными жизненными ситуациями // Вестн. Моск. Ун-та. Сер. 14. Психология. 2011. №1.
3. Леонгард К. Акцентуированные личности. / К. Леонгард. Киев: Высшая школа, 1981.
4. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. Ленинград. 126с.
5. Мартынова И.Р., Ошевский Д.С. Копинг-стратегии у подростков с акцентуациями характера, склонных к проявлению агрессии // ГБОУ ВПО Московский городской психолого-педагогический университет. 2013. №3.11с.
6. Останина Н. В. Теоретические основы формирования копинг-поведения учащихся // Вестник Челябинского государственного педагогического университета. 2009. № 1. С. 109–120.
7. Совладающее поведение: современное состояние и перспективы / под ред. А. Л. Журавлёва, Т. Л. Крюковой, Е. А. Сергиенко. М.: Институт психологии РАН, 2008. 474 с.

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЛЕСНЫЕ ПОЖАРЫ

Мелиоранская В. Н.
Кафедра психиатрии и наркологии
ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Россия, г. Кемерово
Научный руководитель – А.С. Яковлев

Аннотация. Лесные пожары сопряжены с риском для психического здоровья как в краткосрочной, так и в долгосрочной перспективе. Лица,

пережившие пожар, демонстрируют значительно повышенный риск развития тревоги, депрессии и посттравматического стрессового расстройства, причём данная закономерность прослеживается в различных группах населения.

Ключевые слова: психическое здоровье; лесные пожары; ПТСР.

MENTAL HEALTH AND WILDFIRES

Melioranskaya V. N.
Department of Psychiatry and Narcology
Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo
Scientific supervisor – Yakovlev A. S.

Abstract. Exposure to wildfires poses both immediate and long-term risks to mental health. Individuals who have experienced wildfires show a significantly higher risk of anxiety, depression, and post-traumatic stress disorder across various population groups. Symptoms related to depression, anxiety, and trauma can also persist for a long time, years after expousure.

Keywords: mental health; wildfires; PTSD.

Введение

Изменение климата существенно увеличило вероятность возникновения лесных пожаров за последние десятилетия. Климатические модели показывают, что продолжающееся изменение климата, характеризующееся повышением температуры и уменьшением количества осадков, вероятно, приведет к увеличению количества дней с экстремальной пожароопасной погодой. Ожидается, что эта тенденция приведет к более высокой частоте и интенсивности лесных пожаров в будущем. Растущая частота стихийных бедствий вызвала интерес к пониманию их воздействия на психическое здоровье.

В отличие от прочих климатических катастроф, пожары, проходящие через населённые территории, напрямую угрожают жизни, здоровью и имуществу людей.

Данная статья представляет собой обзор существующей литературы, в которой рассматривается то, как лесные пожары связаны с психическим здоровьем, в частности, с посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР) и большим депрессивным расстройством (БДР).

Целью данной работы является изучение последствий лесных пожаров на психическое здоровье граждан.

Объекты и методы исследования: для достижения поставленной цели был проведён анализ научных баз данных.

Результаты

В последние годы увеличивается количество статей и литературы, посвящённой изучению последствий травматических событий, выявлению их существенного негативного влияния на психическое благополучие выживших. Эвакуация и последующее размещение людей во временных убежищах из-за стихийных бедствий часто усугубляют проблемы, связанные с психическим здоровьем, особенно среди уязвимых групп населения. Например, такие заболевания как генерализованное тревожное расстройство (ГТР), посттравматическое стрессовое расстройство, депрессия, а также вызывают рост употребления алкоголя и наркотиков [1].

Острая стрессовая реакция после стихийного бедствия является обычным и ожидаемым явлением, и исследователей интересует скорость, с которой она может перерастать в психопатологию. Исследователи попытались количественно оценить частоту и тяжесть посттравматического стрессового расстройства в разное время после лесного пожара у детей, подростков и взрослых. Наблюдается статистически и клинически значимое увеличение

показателей посттравматического стрессового расстройства в сообществах, опустошенных лесными пожарами по сравнению с контрольными группами. Среди взрослых более высокие показатели ПТСР и связанные с ним симптомы наблюдались вскоре после лесного пожара и в течение 10 лет после него [2, 3]. В двух отдельных исследованиях было установлено, что среди взрослого населения частота вероятного ПТСР, основанная на обследовании через 3 месяца после лесного пожара, составляет 24% и 60% [3, 4]. Через 6 месяцев после лесного пожара уровень распространенности посттравматического стрессового расстройства у взрослых за один месяц составил 12,8%–26% [5].

В исследованиях рассматривались другие исходы или симптомы, связанные с посттравматическим стрессовым расстройством после лесного пожара, включая нарушение сна и бессонницу, гнев, межличностное насилие и термин, известный как косвенная травматизация, который представляет собой развитие симптомов посттравматического стрессового расстройства в результате косвенного воздействия травмы [2, 3, 4].

Уникальным и повторяющимся опытом лесных пожаров в странах Южной Азии является сезонная дымка, создаваемая лесными пожарами в результате преднамеренной подсечно-огневой техники, используемой для расчистки земель в сельскохозяйственных целях [6]. Респонденты, которые считали более низкие значения стандартного индекса загрязняющих веществ опасными, были связаны с более высокими показателями IES-R (Шкала оценки влияния травматического события) [6]. Для сравнения, исследование, проведенное в Британской Колумбии, по влиянию увеличения содержания твердых частиц (ТЧ) и ухудшения качества воздуха, связанного с лесными пожарами, не обнаружило связи с увеличением числа визитов к врачу по вопросам психического здоровья [7].

В детской популяции также изучалась распространенность психических расстройств после воздействия лесных пожаров. В подострой фазе после лесного пожара число детей со значительными симптомами ПТСР может достигать 92% [8]. Исследования, оценивавшие частоту вероятного ПТСР через 6 месяцев после пожара, показали схожие результаты: 9–12% детей и подростков испытывали ПТСР средней и тяжелой степени, а в исследовании с участием подростков в Греции этот показатель достигал 29,4% [9]. Через год после лесного пожара уровень посттравматического стрессового расстройства у детей и подростков составил от 27 до 37% [10]. Влияние воздействия лесного пожара в детстве на психическое здоровье человека во взрослом возрасте оценивалось с помощью 20-летнего последующего исследования, проведенного Макфарлейном и Ван Хоффом [11]. Они не обнаружили никакой разницы в показателях распространенности ПТСР в течение жизни или за последний месяц в группе, подвергшейся воздействию лесных пожаров, по сравнению с контрольной группой [11].

Поиск литературы не выявил обзора, посвященного факторам риска развития посттравматического стрессового расстройства после лесного пожара, но такие факторы были изучены в нескольких первичных исследованиях. У взрослых демографические факторы, такие как женский пол, статус вдовы (или вдовца), меньшая продолжительность образования, более низкий социально-экономический статус, являются факторами риска, хотя влияние пола не всегда достигало статистической значимости. [2, 3, 4, 5].

Факторы, связанные с травмой и имеющие значение для повышения риска посттравматического стрессового расстройства после лесного пожара, включают личное наблюдение за горящими домами, страх за свою жизнь или жизнь близких, потерю близкого человека, значительный ущерб имуществу или чувство отсутствия поддержки со стороны семьи, друзей и/или правительства [2,

3, 4, 5]. Было обнаружено, что факторы, связанные с травмой, включая угрозу жизни человека и последующую реакцию на травму, в большей степени влияют на степень симптомов ПТСР, чем демографические или предтравматические факторы [12]. Наконец, фактором, способствующим риску развития посттравматического стрессового расстройства после лесного пожара, являются продолжающаяся травматизация и жизненные стрессоры [2, 3, 4, 12].

Факторы риска посттравматического стрессового расстройства у детей и подростков в целом были очень похожи на взрослых, включая демографические факторы, такие как женский пол, младший возраст и средние классы (7–9) [8, 9, 10, 11 ,12]. Для детей более значимым предиктором усиления эмоционального стресса после лесного пожара был страх за жизнь своих родителей, даже больший, чем страх за собственную жизнь [12].

Второе после ПТСР, большое депрессивное расстройство (БДР) – одно из наиболее распространенных психических заболеваний, изучаемых в качестве последствия стихийных бедствий. Как и в случае с ПТСР, после лесного пожара у взрослых наблюдаются более высокие показатели депрессии и связанных с ней симптомов, которые могут сохраняться в течение 10 лет [2]. Исследования показали, что среди взрослого населения уровень депрессии примерно через 3 месяца после лесного пожара составляет от 25,5 до 33% [3]. Через 6 месяцев после лесного пожара предполагаемые показатели БДР составляют 10,4%-17,1% и 18,3-24,8% через 18 месяцев после лесного пожара [5].

Уровень депрессии после лесных пожаров также изучался среди детей и подростков. Исследование выявило более высокий уровень депрессии через 6 месяцев после лесного пожара — 20% [9]. Даже через 18 месяцев после лесного пожара треть учащихся 7–11 классов соответствовали критериям депрессии по сравнению с 17% в контрольной группе соответствующего возраста [13].

Эмоциональная реакция соласталгии, описывающая траур по изменениям в естественной среде обитания, связана с уровнем психологического стресса после лесного пожара [14]. Примерно через год после лесного пожара 35% участников имели результаты тестов, указывающие на умеренно-высокий риск депрессии или тревожности по шкале психологического дистресса Кесслера [14].

В обзоре литературы меньше исследований, посвящённых факторам риска депрессии после лесного пожара по сравнению с ПТСР. Однако у взрослых выделяются следующие факторы: женский пол, возраст старше 40 лет, большее количество неблагоприятных переживаний в детстве, предшествующие депрессивное или тревожное расстройства в анамнезе, а также предшествующее лечение антидепрессантами [2, 5, 15].

Факторы травмы, повышающие риск депрессии после пожара у взрослых, аналогичны посттравматическому стрессовому расстройству: наблюдение или переживание потери имущества и страх за безопасность близких [2, 5, 15]. Выявленные факторы риска после пожара включают предполагаемое отсутствие поддержки со стороны семьи, друзей или правительства [2, 5, 15]. Аналогичные факторы риска депрессии после лесного пожара были выявлены и в детской популяции; хотя женский пол не является постоянным статистически значимым фактором риска, у них наблюдается тенденция к большей выраженности симптомов [9]. Наконец, исследования прокомментировали связь между ПТСР и депрессией у детей и взрослых, при этом частота их совместного возникновения у взрослых составила 0,74 [4, 12].

Кроме того, существует исследование, которое выявило статистически значимое увеличение назначений антидепрессантов, анксиолитиков и препаратов, стабилизирующих настроение, в период пожара по сравнению с периодом до пожара, но не антипсихотических препаратов или снотворных средств [16].

Заключение

Поскольку население всё чаще проживает вблизи природных зон или на территориях, ранее покрытых лесами, лесные пожары продолжают представлять угрозу как для индивидуального благополучия, так и для общества в целом. Большая часть литературы свидетельствует о влиянии пожаров на психическое здоровье, однако требуется больше данных об эффективных мерах, которые может предложить система здравоохранения, и о стратегиях восстановления, способствующих повышению способности пострадавших справиться с последствиями пожаров.

Источники и литература / Sources and references:

1. Mirabelli, M. C. Wildfire smoke and symptoms affecting mental health among adults in the U.S. state of Oregon / M. C. Mirabelli, A. Vaidyanathan, A. F. Pennington [et al.] // Preventive Medicine. 2022. Vol. 164. P. 107333.

2. Bryant, R. A. The Dynamic Course of Psychological Outcomes Following the Victorian Black Saturday Bushfires / R. A. Bryant, L. Gibbs, H. Colin Gallagher [et al.] // Australian & New Zealand Journal of Psychiatry. 2020. Vol. 55. P. 666–677.

3. Belleville, G. Post-Traumatic Stress among Evacuees from the 2016 Fort McMurray Wildfires: Exploration of Psychological and Sleep Symptoms Three Months after the Evacuation / G. Belleville, M.-C. Ouellet, C. M. Morin // International Journal of Environmental Research and Public Health. 2019. Vol. 16. P. 1604.

4. Marshall, G. N. Psychiatric Disorders Among Adults Seeking Emergency Disaster Assistance After a Wildland-Urban Interface Fire / G. N. Marshall, T. L. Schell, M. N. Elliott [et al.] // Psychiatric Services. 2007. Vol. 58. P. 509–514.

5. Agyapong, V. I. O. Prevalence Rates and Correlates of Likely Post-Traumatic Stress Disorder in Residents of Fort McMurray 6 Months After a Wildfire / V. I. O. Agyapong, M. Juhas, J. Omege [et al.] // International Journal of Mental Health and Addiction. 2019. Vol. 19.

6. Ho, R. C. Impact of 2013 South Asian Haze Crisis: Study of Physical and Psychological Symptoms and Perceived Dangerousness of Pollution Level / R. C. Ho, M. W. Zhang, C. S. Ho [et al.] // BMC Psychiatry. 2014. Vol. 14. P. 81.

7. Moore, D. Population Health Effects of Air Quality Changes Due to Forest Fires in British Columbia in 2003: Estimates from Physician-Visit Billing Data / D. Moore, R. Copes, R. Fisk [et al.] // Canadian Journal of Public Health. 2006. Vol. 97. P. 105–108.

8. Jones, R. T. Psychological Impact of Fire Disaster on Children and Their Parents / R. T. Jones, D. P. Ribbe, P. B. Cunningham [et al.] // Behavior Modification. 2002. Vol. 26. P. 163–186.

9. Papadatou, D. Adolescents' Reactions after a Wildfire Disaster in Greece / D. Papadatou, I. Giannopoulou, P. Bitsakou [et al.] // Journal of Traumatic Stress. 2012. Vol. 25. P. 57–63.

10. Brown, M. R. G. Significant PTSD and Other Mental Health Effects Present 18 Months After the Fort McMurray Wildfire: Findings From 3070 Grades 7–12 Students / M. R. G. Brown, V. Agyapong, A. J. Greenshaw [et al.] // Frontiers in Psychiatry. 2019. Vol. 10. P. 623.

11. McFarlane, A. C. Impact of Childhood Exposure to a Natural Disaster on Adult Mental Health: 20-Year Longitudinal Follow-up Study / A. C. McFarlane, M. Van Hooff // British Journal of Psychiatry. 2009. Vol. 195. P. 142–148.

12. Oarslow, R. A. Associations of Pre-Trauma Attributes and Trauma Exposure with Screening Positive for PTSD: Analysis of a Community-Based Study of 2085 Young Adults / R. A. Oarslow, A. F. Jorm, H. Christensen // Psychological Medicine. 2006. Vol. 36. P. 387–395.

13. Brown, M. R. G. Significant PTSD and Other Mental Health Effects Present 18 Months After the Fort McMurray Wildfire: Findings From 3070 Grades 7–

12 Students / M. R. G. Brown, V. Agyapong, A. J. Greenshaw [et al.] // Frontiers in Psychiatry. 2019. Vol. 10. P. 623.

14. Eisenman, D. An Ecosystems and Vulnerable Populations Perspective on Solastalgia and Psychological Distress After a Wildfire / D. Eisenman, S. McCaffrey, I. Donatello [et al.] // EcoHealth. 2015. Vol. 12. P. 602–610.

15. Moosavi, S. Mental Health Effects in Primary Care Patients 18 Months After a Major Wildfire in Fort McMurray: Risk Increased by Social Demographic Issues, Clinical Antecedents, and Degree of Fire Exposure / S. Moosavi, B. Nwaka, I. Akinjise [et al.] // Frontiers in Psychiatry. 2019. Vol. 10. P. 683.

16. Wettstein, Z. S. Psychotropic Medication Prescriptions and Large California Wildfires / Z. S. Wettstein, A. Vaidyanathan // JAMA Network Open. 2024. Vol. 7, No. 2. P. e2356466.

ИГРОТЕРАПИЯ КАК МЕТОД ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОДДЕРЖКИ СТУДЕНТОВ КемГМУ: ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВАНИЯ И ПРАКТИЧЕСКИЕ ПЕРСПЕКТИВЫ

Мельников Д. Ю., Басалаев М. А.

Кафедра общественного здоровья, организации и экономики здравоохранения имени профессора А. Д. Ткачева

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

Научный руководитель - канд. экон. наук, доцент М. В. Соколовский

Аннотация. В статье рассматривается проблема психологического благополучия студентов медицинского вуза и обосновывается потенциал игротерапии как метода профилактики и коррекции стрессовых состояний. На основе анализа современных исследований и данных о психологических трудностях студентов КемГМУ предлагается концептуальная модель интеграции игровых практик в систему психологической поддержки

университета. Рассматриваются форматы игротерапии (ролевые игры, VR-технологии, настольные игры, перформативные методики) и их эффекты: снижение тревожности, развитие эмоциональной регуляции, улучшение коммуникативных навыков.

Ключевые слова: игротерапия, студенты медицинского вуза, психологическая поддержка, стресс, тревожность, адаптация, КемГМУ.

PLAY THERAPY AS A METHOD OF PSYCHOLOGICAL SUPPORT FOR KEMGMU STUDENTS: THEORETICAL FOUNDATIONS AND PRACTICAL PROSPECTS

Melnikov D.Y., Basalaev M.A.
Department of Public Health, Organization and Economics of Healthcare named after Professor A. D. Tkachev
Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo
Scientific supervisor – Sokolovsky M.V.

Abstract. The article considers the problem of psychological well-being of medical university students and substantiates the potential of play therapy as a method of prevention and correction of stress states. Based on the analysis of modern research and data on the psychological difficulties of KemSMU students, a conceptual model for integrating game practices into the university's psychological support system is proposed. The formats of play therapy (role-playing games, VR technologies, board games, performative techniques) and their effects are considered: reducing anxiety, developing emotional regulation, improving communication skills.

Keywords: play therapy, medical university students, psychological support, stress, anxiety, adaptation, KemSMU.

Введение

Студенты медицинских вузов сталкиваются с комплексом специфических стрессоров: высокая академическая нагрузка, необходимость усвоения больших объёмов информации, эмоционально напряжённые клинические ситуации, страх профессиональной некомпетентности. Согласно исследованиям, уровень воспринимаемого стресса у студентов вузов остаётся высоким: 44% юношей и 48% девушек демонстрируют высокий уровень стресса по шкале PSS-10. У студентов КемГМУ выявлены такие психологические проблемы, как неуверенность, неприятие себя, трудности в общении, беспокойство о будущем и руминация. В Кемеровском государственном медицинском университете функционирует Центр психологической поддержки, однако, как отмечается в публикациях вуза, существуют мифы и предубеждения, из-за которых студенты могут опасаться обращаться к психологу. Это актуализирует поиск методов психологической работы, которые были бы не только эффективными, но и привлекательными для студенческой аудитории. Одним из таких методов является игротерапия.

Цель работы — теоретическое обоснование и разработка концептуальной модели применения игротерапии для психологической поддержки студентов КемГМУ.

Задачи:

- Проанализировать психологические трудности студентов медицинского вуза.
- Рассмотреть теоретические основания игротерапии и её эффекты в работе со студенческой молодёжью.
- Предложить практические форматы игротерапевтических интервенций для КемГМУ.

Теоретические основания игротерапии

Игротерапия — метод психотерапевтического воздействия, основанный на использовании игры как средства выражения переживаний, моделирования поведения и эмоциональной разрядки. В работе со взрослыми и студентами игротерапия приобретает специфические формы, связанные с ролевыми играми, перформативными практиками, цифровыми играми и VR-технологиями. Современные исследования подтверждают эффективность игровых методов для снижения тревожности и стресса у студентов. В частности, интеграция перформативных и игровых методик позволяет задействовать когнитивные, эмоциональные и поведенческие компоненты, создавая условия для безопасного проживания стрессовых ситуаций и развития адаптивных стратегий. Ролевые игры, драматерапевтические техники и симуляции социальных ситуаций дают студентам возможность экспериментировать с моделями поведения без риска реальных последствий.

Психологические трудности студентов КемГМУ

Эмпирические данные, полученные на базе КемГМУ, свидетельствуют о наличии устойчивых психологических проблем у студентов младших курсов. Анонимный опрос первокурсников выявил источники личностных проблем, среди которых одиночество, тревога и неуверенность в завтрашнем дне. Исследователи также отмечают высокий уровень эмпатии в сочетании со средним уровнем ситуативной тревожности у студентов медицинского вуза. Эти данные согласуются с общероссийской тенденцией: большинство студентов вузов испытывают стресс, при этом учебный стресс демонстрирует высокий уровень. В качестве предпочитаемых способов снятия стресса студенты называют сон (66%), прогулки (51%), общение с друзьями (54%), вкусную еду (57%). Игротерапия может стать дополнительным, профессионально

организованным каналом эмоциональной разгрузки, интегрированным в образовательную среду.

Форматы игротерапии для студентов КемГМУ

- **Ролевые и перформативные игры**

Ролевые игры позволяют моделировать клинические и коммуникативные ситуации, с которыми студенты-медики сталкиваются в учебной и будущей профессиональной деятельности. Проигрывание сложных сценариев (например, сообщение пациенту диагноза, взаимодействие с конфликтным коллегой) в безопасной игровой среде снижает тревогу и развивает навыки эмоциональной регуляции.

- **Настольные и кооперативные игры**

Настольные игры обладают значительным потенциалом для снижения стресса и улучшения социального взаимодействия. Они создают неформальную атмосферу, способствуют установлению доверия между участниками и не требуют специальной психологической подготовки для участия. Для студентов-медиков могут быть разработаны специализированные настольные игры, имитирующие диагностический процесс или командную работу в клинике.

- **Цифровые и VR-игры**

Исследования показывают, что VR-технологии эффективны в снижении тревоги и страха у студентов: за шесть месяцев интервенции показатели тревоги снизились с 5,36 до 4,59, а страха — с 4,60 до 3,78 ($p < 0,05$). Иммерсивная среда VR предоставляет безопасное и контролируемое пространство для конфронтации страхов, что особенно ценно для студентов, не готовых к face-to-face консультированию. В Кемеровской области уже есть опыт разработки VR-игр для реабилитации детей после кардиохирургических операций совместно с психологами Кемеровского государственного университета, что создаёт предпосылки для аналогичных проектов в КемГМУ.

- **Игровые интервенции для профилактики депрессии**

Разработаны системы игровой психотерапии на основе интерактивных роботов, которые обеспечивают увлекательный опыт и стимулируют положительные эмоции у студентов, помогая им справляться со стрессом и улучшать эмоциональную регуляцию. Хотя такие технологии требуют ресурсных вложений, их профилактический эффект в отношении депрессии делает их перспективным направлением для медицинских вузов.

Модель интеграции игротерапии в систему психологической поддержки КемГМУ

Предлагаемая модель включает три уровня:

Уровень 1. Профилактический (массовый). Организация регулярных игровых сессий (настольные игры, короткие ролевые упражнения) в рамках кураторских часов, студенческих объединений и дней здоровья. Цель — снижение повседневного стресса и создание позитивного эмоционального фона.

Уровень 2. Групповой (целевой). Проведение тематических игротерапевтических групп для студентов с выявленными трудностями адаптации, тревожностью или коммуникативными проблемами. Ведущий — психолог Центра психологической поддержки КемГМУ.

Уровень 3. Индивидуальный (клинический). Использование игровых методов в рамках индивидуального консультирования для проработки конкретных запросов (страхи, неуверенность, эмоциональное выгорание).

Важным условием эффективности является подготовка ведущих: психологи должны владеть методами игротерапии и понимать специфику медицинского образования.

Ожидаемые эффекты и перспективы исследования

Ожидаемые эффекты внедрения игротерапии для студентов КемГМУ:

— снижение уровня ситуативной тревожности и воспринимаемого стресса;

— улучшение эмоциональной регуляции и коммуникативных навыков;

— повышение мотивации к обращению за психологической помощью за счёт снижения стигмы;

— формирование навыков командного взаимодействия, значимых для будущей профессиональной деятельности.

Перспективы эмпирического исследования: проведение рандомизированного контролируемого испытания игротерапевтической программы для студентов КемГМУ с использованием стандартизированных методик (шкала Спилбергера, PSS-10, SCL-90) и оценкой отсроченных эффектов.

Заключение

Игротерапия представляет собой перспективный метод психологической поддержки студентов медицинского вуза, сочетающий доказанную эффективность в снижении стресса и тревожности с привлекательностью для молодёжной аудитории. Интеграция игровых практик в систему психологической поддержки КемГМУ может способствовать не только улучшению психологического благополучия студентов, но и формированию у будущих врачей навыков эмоциональной саморегуляции, необходимых для профессиональной деятельности.

Источники и литература / Sources and references:

1. Zhang, Q. Virtual reality gaming: a tool for reducing fear and anxiety in university students / Q. Zhang [et al.] // Frontiers in Psychology. 2025. Vol. 16.

2. Tatarinova, G. Investigating the Use of Rehabilitation Based on Play Therapy to Increase the Attention of Medical Students / G. Tatarinova [et al.] // Iranian Rehabilitation Journal. 2023. Vol. 21, No. 2. P. 365.

3. Психологические выгоды игропрактики в условиях высшей школы: от стресса к счастью // CyberLeninka. 2024.

4. Game psychotherapy intervention based on entertainment interactive robots for preventing depression in university students // Entertainment Computing. — 2025. Vol. 52. P. 100818.

5. Центр психологической поддержки КемГМУ // Официальный сайт Кемеровского государственного медицинского университета. 2025.

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ЗАВИСИМОСТИ ОТ СИНТЕТИЧЕСКИХ КАННАБИНОИДОВ У ПОДРОСТКОВ

Милакина М. Р.
Кафедра психиатрии и наркологии
ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Россия, г. Кемерово
Научный руководитель – А. С. Яковлев

Аннотация. Данное исследование направлено систематизацию клинико-психопатологических особенностей формирования синдрома зависимости от синтетических каннабиноидов (СК) у подростков. На основе анализа отечественных и зарубежных источников, а также клинических рекомендаций рассмотрены фармакологические предпосылки высокой аддиктивности СК, возрастные факторы уязвимости, динамика зависимости, структура интоксикационных, психотических и абстинентных расстройств. Показано, что у подростков зависимость от СК формируется быстрее, чем от натуральной конопли, и характеризуется злокачественным течением, ранним появлением психотических эпизодов, выраженным абстинентным синдромом и быстрым формированием личностных изменений.

Ключевые слова: синтетические каннабиноиды, подростки, синдром зависимости, психозы, абстинентный синдром, психопатологические особенности.

CLINICAL AND PSYCHOPATHOLOGICAL PECULIARITIES OF THE FORMATION OF SYNTHETIC CANNABINOID DEPENDENCE IN ADOLESCENTS

Milakina M.R.
Department of Psychiatry and Narcology
Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo
Supervisor – Yakovlev A.S.

Abstract. The aim of this study is to systematize the clinical and psychopathological features of the development of synthetic cannabinoid (SC) dependence syndrome in adolescents. Based on the analysis of Russian and foreign literature and clinical guidelines, the pharmacological premises of the high addictive potential of SC, age-related vulnerability factors, the dynamics of dependence, and the structure of intoxication-, psychosis- and withdrawal-related disorders are considered. It is shown that in adolescents SC dependence develops faster than natural cannabis dependence and is characterized by a malignant course, early psychotic episodes, a severe withdrawal syndrome and rapid personality changes.

Keywords: synthetic cannabinoids, adolescents, dependence syndrome, psychosis, withdrawal syndrome, psychopathological features.

Введение

Синтетические каннабиноиды (СК) - гетерогенная группа новых психоактивных веществ (НПВ), которые являются полными агонистами CB1-каннабиноидных рецепторов и распространенных под торговыми названиями «спайс», «микс», «фитаминовые смеси» и др. [8]. С момента появления на

нелегальном рынке СК многократно видоизменялись на молекулярном уровне в обход законодательства, что привело к появлению множества структурных аналогов с различающейся аффинностью к рецепторам и спектром токсичности [9]. Особую проблему представляет употребление СК в подростково-юношеском возрасте. Подростки являются одной из наиболее поражаемых групп населения [8]. Привлекательность СК для несовершеннолетних определяется рядом обстоятельств: доступностью через интернет-ресурсы, низкой ценой, отсутствием обнаружения стандартными экспресс-тестами на каннабиноиды при проведении скрининга в образовательных и медицинских организациях, а также ошибочным представлением о «безопасности» и «легальности» вещества [4; 8].

Цель: систематизировать клинико-психопатологические особенности формирования синдрома зависимости от СК у подростков на основании анализа литературы и современных нормативно-клинических документов.

Объекты и методы

Объектом исследования выступают клинико-психопатологические характеристики синдрома зависимости от СК у лиц подросткового возраста (15–17 лет согласно современной периодизации развития; в зарубежных источниках — до 18–19 лет). Методом исследования является теоретический анализ и обобщение отечественной и зарубежной научной литературы, материалов мониторинговых систем (UNODC, EMCDDA), клинических рекомендаций и положений Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10), касающихся психических и поведенческих расстройств вследствие употребления каннабиноидов (F12). Применен клинико-психопатологический (нозологический) подход с оценкой синдромальной структуры, стадиальности и динамики зависимости [1; 4].

Результат и обсуждения

СК являются полными агонистами CB1-рецепторов с высокой аффинностью, в отличие от Δ9-тетрагидроканнабинола (ТГК) — частичного агониста, что обусловливает большую выраженность психоактивный эффекта и высокий потенциал токсичности [8]. Гетерогенность класса (индолы, индазы, нафтойлпирролы, аналоги ТГК и др.) и постоянная измененность молекулярных структур приводят к тому, что состав употребляемой смеси непредсказуем, а дозировка действующего вещества варьирует от пакета к пакету [8; 9]. Клиническим следствием является высокая частота передозировок и «злокачественных» интоксикаций даже при случайном превышении привычной дозы, что отличает СК от натуральной конопли [6; 8].

Эндоканнабиноидная система активно участвует в созревании ЦНС: дифференцировке нейронов, синаптогенезе, регуляции дофаминергических путей подкрепления. Воздействие полных агонистов CB1-рецепторов в период активного созревания префронтальной коры и лимбических структур нарушает процессы обучения, консолидации памяти и эмоциональной регуляции [6; 8]. Ранний возраст начала употребления психоактивных веществ рассматривается как один из наиболее значимых предикторов ускоренного формирования синдрома зависимости [1; 6]. Сочетание фармакологической агрессивности СК и возрастной нейробиологической уязвимости определяет быстрое и злокачественное течение зависимости у подростков [6; 9].

По данным отечественной наркологии, синдром зависимости, сформированный вследствие употребления каннабиноидов, в МКБ-10 кодируется как F12.2 с указанием текущего статуса употребления [2]. Клинико-психопатологический анализ литературы позволяет выделить следующие особенности становления зависимости от СК у подростков:

1. Ускоренная стадийность. Если при употреблении натуральной конопли формирование первой стадии зависимости занимает, по классическим представлениям, годы, то при употреблении СК переход от эпизодического «группового» употребления к систематическому происходит в сроки от нескольких недель до 6–12 месяцев [1; 6].

2. Ранняя утрата количественного и ситуационного контроля. Быстро формируется характерный для второй стадии зависимости максимальный скачок толерантности с переходом к многоразовому в течение суток употреблению [1].

3. Уплотнение циклов «интоксикация — абстиненция». Вследствие короткого периода полувыведения большинства СК абстинентные явления развиваются уже через несколько часов после последнего употребления, что побуждает подростка к повторному приему вещества и закрепляет запоевый (цинический) ритм употребления [8; 9].

4. Алкоголь- и полинаркологически отягощенный преморбид. Употребление СК у подростков чаще всего наслаивается на предшествующий опыт употребления никотина, алкоголя и конопли, ускоряя переход к полинаркомании [1; 4].

Интоксикация. Картина опьянения СК полиморфна и менее стереотипна, чем при употреблении конопли. Наряду с эйфорией и релаксацией отмечаются тревога, панические эпизоды, дисфория, деперсонализационно-дереализационные расстройства, параноидные переживания, слуховые и зрительные иллюзии и галлюцинации [8; 9]. Описаны «злокачественные» интоксикации с развитием судорожных приступов, острых сердечно-сосудистых нарушений, гипертонуса мышц, кататоноподобной симптоматики, требующие экстренной медицинской помощи [8; 11].

Психотические расстройства. Одним из наиболее клинически значимых последствий употребления СК является индуцированный психоз. Описаны

случаи развития психотических состояний у лиц, ранее не страдавших психическими расстройствами, — с галлюцинаторными, параноидными и психомоторными нарушениями, требующими госпитализации [10]. В подростковой популяции психозы при употреблении СК характеризуются острым началом, полиморфностью симптоматики, быстрым формированием резидуальной бредовой симптоматики и высоким риском рецидивов при продолжении употребления [7; 9; 11]. Возникновение психоза после употребления СК в ряде случаев играет роль «маркера» уязвимости к шизофреническому спектру расстройств, что требует тщательного катамнестического наблюдения и дифференциальной диагностики с приступообразной шизофренией [4; 9].

Абстинентный синдром. Абстиненция при отмене СК протекает тяжелее, чем каннабисная: выражены тревога, дисфория, инсомния, головная боль, тремор, миалгии, тошнота; в тяжелых случаях возможны судорожные приступы [8; 9]. Выраженность абстиненции выступает самостоятельным фактором, поддерживающим употребление и ускоряющим формирование второй стадии зависимости [1; 3].

Личностные и когнитивные изменения. Отмечаются астенизация, снижение памяти и обучаемости, эмоционально-волевая неустойчивость, растормаживание влечений, мориоподобные изменения личности, быстро приводящие к социальной дезадаптации, прекращению обучения, конфликтам в семье и асоциальному поведению [1; 4; 8]. Частыми коморбидными состояниями являются депрессивные и тревожные расстройства, суицидальные тенденции [6; 9].

Существенной особенностью является «групповой» характер первых проб (употребление в компании сверстников), распространение сведений о СК через интернет-сообщества, а также отсутствие положительных результатов в

стандартных иммунологических тестах на каннабиноиды, что снижает для подростка риск выявления при скрининге и повышает привлекательность СК [6; 12]. Перечисленные обстоятельства обусловливают позднюю обращаемость: наркологическая помощь, как правило, оказывается уже на этапе сформированной зависимости или после психотического эпизода [3].

Диагностика опирается на клинические критерии синдрома зависимости и синдрома отмены по МКБ-10 (F12.2, F12.3) с учетом анамнестических сведений о характере употребляемого вещества [2]. Современные клинические рекомендации предусматривают комплексный подход: купирование интоксикационных и абстинентных состояний, психофармакотерапию психотических нарушений (нейролептики в минимальных эффективных дозах), нормотимические и антидепрессивные средства при аффективных нарушениях, длительную реабилитационную и психотерапевтическую работу с обязательным вовлечением семьи несовершеннолетнего [3; 4].

Заключение

Зависимость от синтетических каннабиноидов у подростков формируется в ускоренные сроки (недели — месяцы) и отличается злокачественным течением, что обусловлено фармакологическими свойствами СК (полный агонизм CB1-рецепторов, высокая аффинность, непредсказуемость состава) и возрастной нейробиологической уязвимостью. Клиническая картина характеризуется полиморфными злокачественными интоксикациями, высоким риском острых психотических эпизодов, в том числе у лиц без предшествующего психиатрического анамнеза, выраженным абстинентным синдромом с возможными судорожными приступами. Быстро формируются личностные и когнитивные изменения, ведущие к социальной дезадаптации; частыми коморбидными состояниями являются депрессивные и тревожные расстройства с суицидальным риском. Психоз, развившийся после употребления СК, следует

рассматривать как показание к длительному катамнестическому наблюдению и дифференциальной диагностике с расстройствами шизофренического спектра. Полученные данные подтверждают необходимость раннего выявления употребления СК среди несовершеннолетних, совершенствования лабораторного скрининга и разработки специализированных профилактических и реабилитационных программ для подростков.

Источники и литература / Sources and references:

1. Иванец, Н. Н. Наркология : национальное руководство / Н. Н. Иванец, И. П. Анохина, М. А. Винникова ; под ред. Н. Н. Иванца, И. П. Анохиной, М. А. Винниковой. Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. 816 с.

2. Международная классификация болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) / Всемирная организация здравоохранения. Женева : ВОЗ, 1994.

3. Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления синтетических каннабиноидов : клинические рекомендации / Министерство здравоохранения Российской Федерации. Москва, 2021.

4. Психиатрия : национальное руководство : в 2 т. / под ред. Т. Б. Дмитриевой, О. В. Краснова, Н. Г. Незнанова, В. Н. Краснова, В. Я. Семке. Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009.

5. European Drug Report 2024: Trends and Developments / European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). Luxembourg : Publications Office of the European Union, 2024.

6. Organic and synthetic cannabinoid use in adolescents // PubMed. URL: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23316832 (дата обращения: 19.10.2026).

7. Products containing synthetic cannabinoids and psychosis// PubMed. URL: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22391292 (дата обращения: 19.10.2026).

8. Spicing Up Pharmacology: A Review of Synthetic Cannabinoids From Structure to Adverse Events // PubMed. URL: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28826533 (дата обращения: 19.10.2026).

9. Synthetic Cannabinoid Receptor Agonists: a heterogeneous class of novel psychoactive substance with emerging risk of psychosis // PubMed. URL: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26363038 (дата обращения: 19.10.2026).

10. Synthetic cannabinoid induced psychosis in a previously nonpsychotic patient // PubMed. URL: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22494236 (дата обращения: 19.10.2026).

11. Synthetic cannabinoid-induced psychosis: two adolescent cases// PubMed. URL: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23083027 (дата обращения: 19.10.2026).

ЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ И УРОВЕНЬ СТРЕССА У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА: ГЕНДЕРНЫЕ И КУРСОВЫЕ РАЗЛИЧИЯ

Монгуш А. Ч.
Кафедра клинической психологии
ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово
Научный руководитель – канд. психол. наук, доцент Е. В. Валиуллина

Аннотация. В статье представлены результаты исследования взаимосвязи эмоционального интеллекта (ЭИ) и уровня воспринимаемого стресса у студентов медицинского университета. Установлено, что уровень стресса достигает максимальных значений на 3-м и 4-м курсах, что коррелирует с началом интенсивной клинической практики. Выявлены статистически значимые гендерные различия: у студенток зафиксированы более высокие показатели как эмоционального интеллекта (преимущественно в шкалах эмпатии), так и

субъективного уровня стресса по сравнению со студентами-юношами. Обнаружена сильная положительная корреляция между интегральным показателем ЭИ и уровнем стресса, что объясняется спецификой медицинской профессии: высокая эмпатия способствует более глубокому сопереживанию пациентам, ускоряя психоэмоциональное истощение. Полученные данные указывают на необходимость внедрения в образовательный процесс тренингов по эмоциональной саморегуляции для профилактики выгорания.

Ключевые слова: эмоциональный интеллект, учебный стресс, студенты-медики, гендерные различия, эмоциональное выгорание, эмпатия, психологическая адаптация, медицинское образование.

EMOTIONAL INTELLIGENCE AND STRESS LEVEL AMONG MEDICAL UNIVERSITY STUDENTS: GENDER AND ACADEMIC YEAR DIFFERENCES

Mongush A.Ch.
Department of Clinical Psychology
Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo
Scientific supervisor –Valiullina E. V.

Abstract. This article presents the results of a study on the relationship between emotional intelligence (EI) and perceived stress levels among medical university students. It was found that stress levels peak during the third and fourth years of study, which correlates with the commencement of intensive clinical practice. Statistically significant gender differences were identified: female students exhibited higher scores in both emotional intelligence (particularly in empathy-related scales) and subjective stress levels compared to their male counterparts. A strong positive correlation was observed between the overall EI score and stress levels; this can be attributed to the nature of the medical profession, where high levels of empathy lead to deeper emotional resonance with patients, thereby accelerating psycho-emotional exhaustion. These

findings suggest a need to incorporate emotional self-regulation training into the educational curriculum as a preventive measure against burnout.

Keywords: emotional intelligence, academic stress, medical students, gender differences, burnout, empathy, psychological adaptation, medical education.

Введение

Профессия врача традиционно относится к категории профессий с наивысшим уровнем психоэмоционального напряжения. Формирование профессиональной идентичности и психологической устойчивости будущего специалиста начинается уже на этапе обучения в медицинском вузе. Современная система медицинского образования характеризуется высокой интенсивностью, информационной перегрузкой и ранним погружением в клиническую практику, что неизбежно сопряжено с воздействием хронического стресса [4].

В этих условиях ключевым ресурсом адаптации студента становится эмоциональный интеллект (ЭИ) как способность распознавать, понимать и управлять собственными эмоциями, а также эмоциями окружающих. Для врача развитый ЭИ является фундаментом эмпатии и качественной коммуникации «врач-пациент». «Эмпатические способности личности в контексте эмоционального содержания межличностных отношений отражают процессы социальной перцепции (как восприятие других людей), самооценки личности (как восприятие самого себя), а также рефлексивной составляющей этого процесса (анализ восприятия себя другими людьми) [3, с. 12].

Несмотря на обилие работ, посвященных эмоциональному выгоранию врачей, специфика формирования этих качеств на додипломном этапе, а также влияние гендерных и возрастных (курсовых) факторов изучены недостаточно. Большинство исследований рассматривают стресс и эмоциональный интеллект

изолированно, в то время как их взаимосвязь в динамике обучения требует детального анализа [4].

Объекты и методы исследования

В исследовании, проведенном на базе КемГМУ, приняли участие 118 студентов (62 девушки и 56 юношей) с 1-го по 6-й курс. Для оценки эмоционального интеллекта (ЭИ) использовался опросник Н. Холла [7], для измерения уровня стресса – шкала воспринимаемого стресса (PSS-10) [9]. Статистическая обработка проводилась с использованием коэффициента корреляции Спирмена и t-критерия Стьюдента [6].

Результаты и их обсуждение

Анализ данных выявил нелинейную динамику как эмоционального интеллекта, так и уровня стресса. Пиковые значения стресса приходятся на 3-й и 4-й курсы, что совпадает с началом работы в клиниках и максимальной академической нагрузкой. Академический стресс представляет собой состояние психологического напряжения, которое возникает, когда требования образовательной среды (объем материала, сжатые сроки, вероятность низкой оценки) воспринимаются как превышающие индивидуальные ресурсы студента для с ними справиться [1, 2]. Эмоциональный интеллект демонстрирует постепенный рост к 4-му курсу, что может быть связано с профессиональным становлением и необходимостью эмпатии в работе с пациентами.

Таблица 1.

Динамика средних показателей ЭИ и стресса по курсам обучения

Курс	Уровень ЭИ (баллы)	Уровень стресса (баллы)
1	121,5	68,5
2	125,0	73,0
3	128,5	80,0
4	131,5	86,0
5	125,0	83,0
6	123,5	75,0

Выявлены статистически значимые различия ($p < 0,05$) между показателями у студентов разного пола. Девушки демонстрируют более высокий уровень как эмоционального интеллекта (преимущественно за счет шкал «эмпатия» и «распознавание эмоций других»), так и субъективного ощущения стресса. Юноши показывают более низкий уровень ЭИ, но при этом их уровень стресса в среднем ниже, чем у девушек.

Таблица 2.

Гендерные различия средних показателей

Пол	Уровень ЭИ (баллы)	Уровень стресса (баллы)
Женский	132,0	82,2
Мужской	119,7	73,0

Обнаружена сильная положительная корреляция между интегральным показателем ЭИ и уровнем стресса ($r = 0,84$; $p < 0,01$). Этот парадоксальный на первый взгляд результат объясняется спецификой медицинской профессии: студенты с высоким уровнем эмпатии и эмоциональной осведомленности глубже вовлекаются в переживания пациентов и острее реагируют на клинические ситуации, что ведет к более быстрому накоплению стресса и риску эмоционального выгорания [8].

При этом гендерный анализ показал, что у мужчин эта связь выражена сильнее ($r = 0,93$), чем у женщин ($r = 0,70$). Это может свидетельствовать о том, что для юношей с развитым ЭИ отсутствие механизмов психологической защиты при столкновении с болью и страданиями пациентов становится критическим фактором дезадаптации.

Таблица 3.

Общая корреляционная матрица

	Уровень ЭИ	**Уровень стресса**
Уровень ЭИ	1,00	0,84
Уровень стресса	0,84	1,00

Заключение

Уровень стресса у студентов-медиков достигает максимума на 3-4 курсах, что требует введения программ психологической поддержки именно на этом этапе. Такие показатели обеспечиваются резким увеличением объема материала, экзаменационным стрессом и более глубокой клинической подготовкой, которая как раз приходится на эти курсы обучения.

Женщины более подвержены субъективному стрессу и демонстрируют преимущество в таких компонентах эмоционального интеллекта как распознавание и понимание эмоций других людей, а также в способности управления чужими эмоциями [5]. На повышенную подверженность субъективному стрессу женщин влияет целый комплекс биологических, психологических и социальных факторов.

Высокий эмоциональный интеллект в контексте медицинского образования является фактором риска развития стресса, что диктует необходимость обучения студентов как эмпатии, так и техникам эмоциональной саморегуляции и профессиональной отстраненности.

Источники и литература / Sources and references:

1. Академический стресс и психологические ресурсы достижения образовательных целей. URL: https://elar.uspu.ru/bitstream/ru-uspu/46755/1/edscience_2025_02_006.pdf?ysclid=mvdggk1hb966876100 (дата обращения: 16.10.2026).

2. Валиуллина, Е. В. Исследование кризисов профессионального самоопределения у студентов медицинского вуза / Е. В. Валиуллина // Современные проблемы науки и образования. 2012. № 3. С. 377.

3. Валиуллина, Е. В. Эмпатические способности и самооценка личности в молодом возрасте / Е. В. Валиуллина // Научный вестник Крыма. 2019. № 5 (23). С. 12.

4. Дьякова, Н. И. Эмоциональный интеллект студентов младших курсов медицинского университета в контексте экзистенциальной перспективы / Н. И. Дьякова, Н. А. Демина, Е. С. Цыганова, Д. О. Козырева // Известия ВГПУ. 2025. № 3 (196).

5. Городецкая, И. В. Корреляция эмпатических способностей и стрессоустойчивости студентов-медиков / И. В. Городецкая, Н. Ю. Коневалова, Е. В. Ковалёва // Вестник ВГМУ. 2023. № 2.

6. Коэффициент ранговой корреляции Спирмена. URL: https://www.psychol-ok.ru/statistics/spearman (дата обращения: 16.10.2026).

7. Тест эмоционального интеллекта Холла. URL: https://psytests.org/eq/hall-run.html (дата обращения: 16.10.2026).

8. Частоедова, Е. В. Уровень тревожности и склонности к риску у студентов медицинского вуза (гендерные аспекты) / Е. В. Частоедова, М. С. Истомина, М. В. Злоказова // Вятский медицинский вестник. 2020. № 2 (66).

9. Шкала воспринимаемого стресса, PSS-10. URL: https://psytests.org/stress/pss-run.html (дата обращения: 16.10.2026).

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ АГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

Монгуш Д. Д.
Кафедра клинической психологии
ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово
Научный руководитель – канд. психол. наук, доцент Е. В. Валиуллина

Аннотация. В работе представлен теоретический анализ психологических механизмов, лежащих в основе возникновения, закрепления и проявления агрессивного поведения у подростков. Рассмотрены механизмы приобретения такие, как викарное научение, оперантное обусловливание, когнитивные

механизмы (враждебный атрибутивный стиль, агрессивные схемы, социально-информационная переработка), а также механизмы саморегуляции и морального отстранения. Выявлены возрастные особенности подросткового возраста, способствующие активации указанных механизмов. Предложена модель циклического взаимодействия механизмов, объясняющая устойчивость агрессивных паттернов.

Ключевые слова: агрессия, подростковый возраст, психологические механизмы, социальное научение, атрибутивная враждебность, когнитивные схемы, саморегуляция, моральное отстранение.

PSYCHOLOGICAL MECHANISMS OF AGGRESSIVE BEHAVIOR IN ADOLESCENCE

Mongush D. D.
Department of Clinical Psychology
Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo
Scientific supervisor –Valiullina E. V.

Abstract. The paper presents a theoretical analysis of psychological mechanisms underlying the emergence, consolidation and manifestation of aggressive behavior in adolescents. Mechanisms of acquisition as like vicarious learning, operant conditioning, cognitive mechanisms (hostile attributional style, aggressive schemas, social information processing), as well as mechanisms of self-regulation and moral disengagement are examined. Age-specific features of adolescence that activate these mechanisms are identified. A model of cyclic interaction of mechanisms explaining the stability of aggressive patterns is proposed.

Keywords: aggression, adolescence, psychological mechanisms, social learning, hostile attribution, cognitive schemas, self-regulation, moral disengagement.

Введение

Актуальность темы исследования обусловлена устойчивым ростом агрессивных проявлений в подростковой среде, фиксируемым как в официальной статистике, так и в психолого-педагогических наблюдениях. Подростковый возраст традиционно рассматривается как критический период онтогенеза, в котором агрессивное поведение достигает пиковых значений. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения, около 30% подростков в разных странах регулярно участвуют в буллинге в качестве жертв или агрессоров. В Российской Федерации показатели подростковой агрессии также остаются высокими: до 40% школьников сообщают о случаях вербальной и физической агрессии в свой адрес [7].

При этом большинство существующих профилактических программ демонстрируют ограниченную эффективность, что связывается с недостаточным пониманием глубинных психологических механизмов, запускающих и поддерживающих агрессивное поведение [3, 4]. Особую значимость приобретает вопрос о том, почему одни подростки, воспитанные в неблагоприятной среде, не становятся агрессивными, а другие, напротив, проявляют деструктивные формы поведения без явных внешних триггеров. Ответ на этот вопрос лежит в плоскости анализа внутренних опосредующих механизмов – когнитивных, регуляторных и мотивационных.

Цель исследования – теоретический анализ и систематизация психологических механизмов агрессивного поведения в подростковом возрасте. Для достижения поставленной цели сформулированы следующие **задачи**: выделить основные механизмы приобретения агрессивных поведенческих паттернов в подростковом возрасте; охарактеризовать когнитивные механизмы (атрибутивные искажения, агрессивные схемы, процессы социально-информационной переработки); проанализировать механизмы саморегуляции и

морального отстранения, модулирующие проявление агрессии; выявить возрастные особенности подросткового периода, сенсибилизирующие действие указанных механизмов; построить модель взаимодействия механизмов, объясняющую стабилизацию агрессивного поведения.

Объекты и методы исследования: теоретический анализ и синтез классических и современных работ по психологии агрессии, метод систематизации, сравнительный анализ концепций, а также моделирование психологических механизмов. В работе использованы оригинальные труды А. Бандуры «Теория социального научения», К. Доджа и Н. Айзенберг «Модель социально-информационной переработки», Л. Берковитца «Когнитивно-неоассоцианистская модель», а также обзорные публикации последнего десятилетия, посвященные когнитивно-поведенческим предикторам агрессии у подростков.

Результаты и их обсуждение

Формирование агрессивного репертуара у подростков не происходит в вакууме. Выделяются три основных механизма приобретения: оперантное обусловливание, викарное научение и вербальное инструктирование.

Оперантное обусловливание базируется на принципе подкрепления, описанном Б. Скиннером. Если агрессивное действие подростка приводит к достижению желаемого результата – например, отбиранию вещей, принуждению соперника к уступке, получению социального одобрения сверстников, то вероятность повторения данного действия возрастает. Исследования показывают, что инструментальная агрессия закрепляется особенно быстро, так как подкрепление следует непосредственно за действием. Напротив, последовательное и неотвратимое наказание снижает частоту агрессивных реакций, однако его эффективность в подростковом возрасте ограничена из-за высокой значимости позитивного подкрепления со стороны референтной

группы. Важно, что подкрепление может быть как положительным, так и отрицательным. Например, если подросток проявляет агрессию в ответ на издевательства и подобные выпады прекращаются, такая агрессия также закрепляется [1].

Викарное научение является наиболее специфичным механизмом для подросткового возраста. Согласно теории А. Бандуры, человек не нуждается в собственном опыте подкрепления – достаточно наблюдать за поведением модели и последствиями этого поведения. В классических экспериментах с куклой Бобо дети, наблюдавшие агрессивное поведение взрослого, воспроизводили его значительно чаще контрольной группы. Эффект усиливался, если модель получала положительное подкрепление, и ослабевал при наказании модели. В подростковом возрасте круг значимых моделей расширяется: к родителям и учителям добавляются сверстники, старшие подростки, медийные персонажи, блогеры, герои видеоигр и сериалов. Продолжительное наблюдение за агрессивными моделями ведет к формированию когнитивных репрезентаций агрессивных сценариев, которые затем активируются в сходных ситуациях. Важно подчеркнуть, что для закрепления агрессивного паттерна достаточно эпизодического, но эмоционально насыщенного наблюдения, особенно если модель воспринимается как авторитетная или аналогичная наблюдателя, как персонаж того же пола и возраста [1].

Вербальное инструктирование – прямой механизм, посредством которого агрессия передается через словесные инструкции. Родители, которые говорят подростку «дай сдачи», «не будь слабаком», «бей первым», прямо формируют установку на агрессивное поведение. Этот механизм действует в сочетании с оперантным обусловливанием: если подросток следует инструкции и получает одобрение взрослого, агрессия закрепляется.

Все приведенные механизмы действуют не изолированно, а синергично. Например, подросток наблюдает, как старший брат агрессией добивается уважения – в роль вступает викарное научение, родитель говорит «умей постоять за себя» – инструктирование, а при попытке самого подростка использовать агрессию он получает одобрение сверстников – оперантное подкрепление. Такое сочетание создает высокую вероятность устойчивого агрессивного поведения.

Когнитивные механизмы опосредования агрессии. Механизмы приобретения объясняют, откуда берется агрессивный репертуар, но не отвечают на вопрос, почему в одной и той же ситуации один подросток реагирует агрессивно, а другой – нет. Ответ дают когнитивные механизмы, которые опосредуют связь между стимулом и реакцией. Ключевыми конструктами здесь выступают атрибутивный стиль, агрессивные когнитивные схемы и процессы социально-информационной переработки [6].

Враждебный атрибутивный стиль – устойчивая тенденция интерпретировать неоднозначные или нейтральные действия окружающих как имеющие враждебные намерения. Этот феномен наиболее детально изучен в работах К. Доджа и его коллег. В типичном экспериментальном задании подростку предъявляют сценарий: «Ты идешь по коридору, и сверстник случайно толкает тебя плечом, оборачиваясь». Неагрессивные подростки склонны интерпретировать это как случайность. Агрессивные же подростки с высокой вероятностью заявляют, что толчок был сделан намеренно, чтобы спровоцировать или унизить. Соответственно, ответная агрессия воспринимается как оправданная. Враждебный атрибутивный стиль формируется в результате повторного опыта – как прямого в момент, когда подросток сам неоднократно становился жертвой намеренных провокаций, так и викарного, то есть наблюдение за тем, как значимые другие интерпретируют двусмысленные действия как враждебные. В подростковом возрасте этот

механизм особенно активен в силу незавершенного развития метакогнитивных способностей, а именно способности рефлексировать собственные интерпретации [5].

Агрессивные когнитивные схемы – стабильные структуры в долговременной памяти, связывающие определенные ситуации, эмоции, реакции и ожидаемые последствия. Согласно Генеральной аффективно-агрессивной модели К. Андерсона и Б. Бушмана, многократное повторение ассоциаций между стимулом и реакцией формирует схему «критика → агрессия». В дальнейшем достаточно минимального сигнала, чтобы активировалась вся структура. Активация происходит автоматически, без участия сознательного контроля, особенно в условиях временного дефицита или высокой эмоциональной нагрузки. У подростков, чьи агрессивные схемы многократно подкреплялись, время реакции на угрозу оказывается значительно короче, а порог активации агрессивных мыслей – ниже. Схемы могут иметь специфический вид в виде агрессии только на физическое вмешательство или генерализованными - агрессия на любое фрустрирующее событие.

Модель социально-информационной переработки, разработанная Доджем и Криком, описывает шесть последовательных когнитивных этапов, на каждом из которых возможны искажения, ведущие к агрессии:

1) кодирование социальных сигналов – агрессивные подростки обращают внимание на угрожающие стимулы и игнорируют нейтральные или просоциальные;

2) интерпретация – враждебная атрибуция уже на этом этапе;

3) формирование целей – агрессивные подростки чаще ставят цели восстановления доминирования или мести, а не сохранения отношений;

4) генерирование ответов – из памяти извлекаются преимущественно агрессивные стратегии, при этом просоциальные альтернативы не активируются;

5) оценка ответов – ожидаются положительные последствия агрессии и не ожидается наказания;

6) поведенческая реализация – выполнение агрессивного действия [5].

Дефициты на любом этапе повышают вероятность агрессивной реакции. Многочисленные эмпирические исследования подтверждают, что тренировка навыков переработки информации на этапах кодирования, интерпретации и генерации альтернатив снижает агрессию у подростков.

Механизмы саморегуляции и морального отстранения.

Даже при наличии приобретенных агрессивных схем и враждебного атрибутивного стиля многие подростки не реализуют агрессию в поведении. Это связано с действием механизмов саморегуляции, которые могут подавлять агрессивные импульсы.

Внутренние стандарты поведения формируются в процессе социализации через интериоризацию внешних требований в виде родительских запретов, школьных правил, религиозных норм. Когда у подростка возникает агрессивный импульс, происходит автоматическая самооценка: соответствует ли предполагаемое действие внутренним стандартам. Если агрессия оценивается как неприемлемая, возникает негативное аффективное состояние, как чувство вины, стыда, которое тормозит реализацию импульса. Сила этого механизма зависит от степени интериоризации – чем более стандарты являются собственными убеждениями подростка, а не внешними требованиями, тем эффективнее саморегуляция [9].

Однако А. Бандура выявил, что существуют механизмы морального отстранения (moral disengagement), которые позволяют временно приостанавливать действие внутренних стандартов и проявлять агрессию без чувства вины [1].

К ним относятся:

1) когнитивное переструктурирование – агрессия переименовывается в социально приемлемое действие («я его просто проучил», «это воспитание»);

2) оправдание через сравнение – «другие делают хуже»;

3) диффузия ответственности – «все так поступают»;

4) игнорирование или искажение последствий – «ему не больно»;

5) дегуманизация жертвы – «он сам виноват», «он не человек»;

6) приписывание вины жертве – «меня спровоцировали».

Подростки активно используют эти механизмы, особенно в групповых формах агрессии в так называемых «буллингах», травля в социальных сетях. Исследования показывают, что высокие показатели морального отстранения коррелируют с частотой физической и вербальной агрессии и опосредуют связь между средовыми факторами, как наблюдением агрессии в семье и агрессивным поведением.

К саморегуляторным механизмам также относится контроль импульсивности, связанный с развитием префронтальной коры. У подростков этот механизм несовершенен, что снижает способность тормозить автоматически активировавшуюся агрессивную реакцию. Тренировка исполнительных функций рассматривается как перспективное направление коррекции [2].

Возрастные особенности подросткового периода как фактор активации механизмов. Подростковый возраст характеризуется комплексом биологических, социальных и психологических изменений, которые усиливают действие всех описанных механизмов. Во-первых, гормональная перестройка в виде повышения уровня тестостерона, кортизола снижает порог раздражительности и импульсивности, делая когнитивные схемы более доступными. Во-вторых, нейробиологическое созревание – дисбаланс между

ранним развитием лимбической системы, отвечающей за эмоции, и отставанием развития префронтальной коры – создает предпосылки для эмоционально-импульсивной агрессии. В-третьих, рост значимости референтной группы сверстников усиливает действие викарного научения: подражание одноклассникам становится сильнее, чем подражание родителям [10]. Групповой конформизм может провоцировать агрессию даже у подростков, которые индивидуально не склонны к ней. В-четвертых, формирование самосознания и гиперрефлексия парадоксальным образом усиливают враждебную атрибуцию: подросток постоянно сканирует социальное окружение на предмет угрозы своей самооценке, что повышает частоту ложного распознавания враждебных намерений. Наконец, экзистенциальный кризис идентичности – поиск ответа «кто я» может временно активировать механизмы морального отстранения как способ утверждения себя через доминирование.

Проведенный анализ позволяет представить совокупность психологических механизмов агрессивного поведения в подростковом возрасте в виде трехуровневой модели.

Первый уровень – механизмы приобретения: викарное научение, оперантное обусловливание, вербальное инструктирование. Они отвечают за формирование агрессивного поведенческого репертуара и закрепление связи между ситуационными стимулами и агрессивными реакциями. В подростковом возрасте ведущую роль играет викарное научение через наблюдение за сверстниками и медийными моделями.

Второй уровень – когнитивные механизмы опосредования такие, как враждебный атрибутивный стиль, агрессивные схемы, дефициты социально-информационной переработки. Они детерминируют, как воспринимается и интерпретируется ситуация, какие цели и стратегии активируются. Эти

механизмы превращают внешние стимулы во внутреннее состояние, готовое к разрядке в агрессивном действии.

Третий уровень – механизмы саморегуляции и морального отстранения. Они модулируют переход от импульса к поведению. Выраженные внутренние стандарты и развитый контроль импульсивности подавляют агрессию; механизмы морального отстранения, напротив, снимают запреты [8].

Важной теоретической находкой является установление циклического взаимодействия уровней. Приобретенные агрессивные схемы автоматически активируют враждебную атрибуцию, что ведет к агрессивному поведению. Если это поведение не наказывается или подкрепляется, оно укрепляет схемы, то есть обратную связь. Механизмы морального отстранения предотвращают появление вины, что также закрепляет паттерн. Возникает самоподдерживающийся цикл, объясняющий устойчивость агрессивного поведения даже при изменении внешних условий.

Заключение

В результате теоретического исследования выделены и систематизированы основные психологические механизмы агрессивного поведения в подростковом возрасте. Показано, что агрессия не является результатом действия какого-то одного фактора, а возникает на пересечении механизмов приобретения, когнитивного опосредования и саморегуляции. Особенность подросткового периода – высокая пластичность всех трех групп механизмов, что создает одновременно риск быстрого закрепления дезадаптивных паттернов и возможность эффективной коррекции при своевременном вмешательстве. Практическое значение работы заключается в обосновании мишеней для психокоррекции: снижение напряженности в среде, уменьшение количества агрессивных моделей; изменение когнитивных искажений; укрепление саморегуляции. Перспективой дальнейших

эмпирических исследований является проверка предложенной трехуровневой модели на репрезентативных выборках подростков с использованием структурного моделирования.

Источники и литература / Sources and references:

1. Бандура, А. Теория социального научения / А. Бандура. СПб. : Евразия, 2000. 320 с.

2. Берковиц, Л. Агрессия: причины, последствия и контроль / Л. Берковиц. СПб. : Прайм-Еврознак, 2001. 512 с.

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

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

5. Додж, К. А. Социально-информационная переработка у агрессивных детей / К. А. Додж // Психология агрессии. М. : Питер, 2017. С. 215–238.

6. Ениколопов, С. Н. Когнитивные механизмы агрессивного поведения / С. Н. Ениколопов // Психологический журнал. 2019. Т. 40, № 3. С. 18–29.

7. Крюкова, М. А. Атрибутивная враждебность и агрессия в подростковом возрасте / М. А. Крюкова, В. А. Федотова // Вестник КемГУ. — 2020. № 4. С. 82–90.

8. Anderson, C. A. Human aggression / C. A. Anderson, B. J. Bushman // Annual Review of Psychology. 2002. Vol. 53. P. 27–51.

9. Crick, N. R. A review and reformulation of social information-processing mechanisms / N. R. Crick, K. A. Dodge // Psychological Bulletin. 1994. Vol. 115, No. 1. P. 74–101.

10. Vitaro, F. Longitudinal patterns of aggression in adolescence / F. Vitaro, M. Brendgen, E. D. Barker // Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology. 2021. Vol. 50, No. 3. — P. 345–359.

РОЛЬ АРТ-ТЕРАПИИ У ПОДРОСТКОВ С ИНТЕРНЕТ-АДДИКЦИЕЙ

Наврузова Ш.
Ккафедра психиатрии, наркологии и детской психиатрии, медицинской психологии
Ташкентский Государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Ташкент
Научный руководитель –С. Б. Бабарахимова

Аннотация. В статье анализируются психосоциальные предпосылки формирования интернет-зависимого поведения в подростковом возрасте, особое внимание уделяется особенностям семейного воспитания, характеру внутрисемейных отношений и индивидуально-психологическим характеристикам подростков. Представлены результаты обследования 40 посетителей интернет-клубов в возрасте от 10 до 16 лет. Для изучения эмоционального состояния, личностных особенностей и параметров семейного функционирования применялись психологические опросники и методы психодиагностики. Полученные результаты указывают на наличие взаимосвязи между неблагоприятным семейным климатом, эмоциональными нарушениями и склонностью к чрезмерному использованию интернета. Рассматриваются возможности применения арт-терапии в системе психокоррекционной помощи подросткам, направленной на развитие эмоциональной саморегуляции, снижение психологического напряжения и улучшение навыков межличностного взаимодействия.

Ключевые слова: подростки, интернет-зависимое поведение, семейное воспитание, внутрисемейные отношения, психодиагностика, психокоррекция,

арт-терапия, эмоциональные нарушения, профилактика аддиктивного поведения.

THE ROLE OF ART THERAPY FOR ADOLESCENTS WITH INTERNET ADDICTION

Navruzova Sh.
Department of Psychiatry, Addiction Medicine, Child Psychiatry, and Medical Psychology
Tashkent State Medical University,
Scientific supervisor – S.B. Babarakhimova

Abstract. The article examines the psychosocial factors associated with the development of problematic Internet use in adolescence, focusing on family upbringing practices, intrafamilial relationships, and individual psychological characteristics. The study included 40 visitors to Internet clubs aged 10–16 years. Psychological questionnaires and diagnostic instruments were used to assess emotional functioning, personality traits, and family dynamics. The findings suggest an association between an unfavorable family environment, emotional difficulties, and a tendency toward excessive Internet use. The article also discusses the potential role of art therapy in psychological intervention programs for adolescents, particularly in promoting emotional regulation, reducing psychological distress, and improving interpersonal communication skills.

Keywords: adolescents, problematic Internet use, family upbringing, family relationships, psychological assessment, psychocorrection, art therapy, emotional difficulties, prevention of addictive behavior.

Актуальность

Распространение цифровых технологий существенно изменило особенности общения, обучения и организации досуга детей и подростков.

Наряду с положительными возможностями цифровой среды всё большее внимание специалистов привлекают случаи чрезмерного использования интернета, сопровождающиеся нарушением повседневной активности, снижением успеваемости, ограничением непосредственного общения и эмоциональной дезадаптацией. В подростковом возрасте подобные проявления приобретают особую значимость, поскольку в этот период продолжается формирование личности, системы ценностей, механизмов саморегуляции и навыков социального взаимодействия. Важным направлением изучения интернет-зависимого поведения является анализ условий семейного воспитания. Особенности эмоционального взаимодействия между родителями и детьми, последовательность воспитательных требований, степень родительского контроля и доступность психологической поддержки могут оказывать влияние на способы преодоления подростком стрессовых ситуаций.

В работах Абдуллаевой В.К. (2019) рассматриваются особенности семейного функционирования и их связь с формированием поведенческих нарушений у детей. Эти положения позволяют рассматривать семейную среду как один из факторов, требующих оценки при исследовании аддиктивного поведения. Дополнительного внимания заслуживает сочетание чрезмерного использования интернета с эмоциональными и поведенческими трудностями. Виртуальное пространство может становиться для подростка способом временного ухода от межличностных конфликтов, переживания одиночества, тревоги и неудовлетворённости отношениями с окружающими. При определённых обстоятельствах подобная стратегия закрепляется и начинает конкурировать с учёбой, семейным взаимодействием и другими видами повседневной деятельности.

В публикациях авторов Abdullaeva V.K. и Abbasova D.S. (2019) также затрагиваются вопросы связи виртуальной активности с социальной адаптацией.

В литературе, посвящённой нехимическим формам аддиктивного поведения, подчёркивается необходимость раннего выявления факторов риска и разработки профилактических мероприятий. При этом важно учитывать не только продолжительность пребывания подростка в интернете, но и мотивы его использования, степень утраты контроля, наличие негативных последствий и влияние цифровой активности на основные сферы жизни. В связи с этим актуальным представляется изучение семейных и личностных особенностей подростков, демонстрирующих признаки проблемного использования интернета, а также определение возможностей психологической помощи.

Одним из перспективных направлений такой работы является арт-терапия, предполагающая использование изобразительной деятельности и других творческих методов для выражения эмоциональных переживаний, развития самопонимания и формирования более адаптивных способов реагирования на стресс.

Цель исследования: изучить особенности семейного воспитания, внутрисемейного эмоционального климата и индивидуально-психологических характеристик подростков, склонных к чрезмерному использованию интернета, для определения направлений профилактической и психокоррекционной работы.

Материалы и методы исследования: в исследовании участвовали 40 подростков в возрасте от 10 до 16 лет, посещавших интернет-клубы. Для выявления возможных факторов риска была разработана анкета, включавшая вопросы о характере использования интернета, семейной ситуации и особенностях повседневного поведения. Для изучения параметров семейной системы использовался опросник Дэвида Олсона, известный как шкала семейной сплочённости и гибкости. Применение данного инструмента было направлено на

оценку особенностей семейных взаимоотношений и организации семейного взаимодействия.

Эмоциональное состояние участников исследовалось с помощью госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS), а также опросника Спилбергера—Ханина, позволяющего оценивать ситуативную и личностную тревожность. Для определения выраженности акцентуированных черт характера применялся опросник Шмишека—Леонгарда. Полученные сведения анализировались с учётом социально-демографических характеристик участников, особенностей семейного воспитания, эмоциональных проявлений и личностных особенностей. В рамках психокоррекционной работы использовались индивидуальные и групповые занятия с элементами арт-терапии. Продолжительность программы составляла два месяца. Творческие задания включали рисование, лепку, создание коллажей и обсуждение изображений, отражающих представления подростков о себе, семье и использовании интернета.

Результаты исследования и их обсуждение

Анализ обследованных случаев позволил выявить ряд семейных, эмоциональных и личностных характеристик, которые могут иметь значение при формировании проблемного использования интернета. В исследуемой группе преобладали подростки мужского пола, составившие 90% выборки. При изучении возраста начала увлечения компьютерными играми установлено, что у 60% участников оно возникло в возрасте 9–12 лет. У 25% обследованных начало активного увлечения пришлось на 13–14 лет, а у 15% — на период с 15 лет. Эти сведения указывают на необходимость внимания к привычкам использования цифровых устройств уже в младшем подростковом возрасте. У 53% участников отмечались сведения о наследственной отягощённости, включая указания на алкоголизм родителей или психические расстройства в семье. Данный

показатель требует осторожной интерпретации: наличие таких сведений само по себе не доказывает причинной связи с интернет-зависимым поведением, однако может указывать на необходимость более подробной оценки семейных обстоятельств и психосоциальных факторов риска.

При анализе условий воспитания у 70% подростков были выявлены признаки неблагоприятной семейной ситуации, включая недостаточное внимание со стороны взрослых и конфликты с приёмными родителями. У 26% участников отмечались поведенческие отклонения, которые в материалах исследования связывались с противоречивыми воспитательными требованиями. Также описывались семьи с непоследовательными правилами и недостаточной эмоциональной поддержкой детей. Полученные наблюдения позволяют предположить, что особенности внутрисемейного взаимодействия необходимо учитывать при оценке подростков с признаками чрезмерного использования интернета.

Недостаток эмоционального контакта, противоречивость требований и частые конфликты могут затруднять формирование навыков саморегуляции и конструктивного разрешения межличностных проблем. Вместе с тем семейные обстоятельства следует рассматривать в комплексе с другими факторами, включая индивидуальные особенности подростка, отношения со сверстниками и характер цифровой активности. Результаты оценки эмоционального состояния свидетельствовали о наличии тревожно-депрессивной симптоматики у части обследованных. По данным HADS, у 48% участников отмечались показатели, соответствующие субклиническому уровню тревоги и депрессии. По результатам опросника Спилбергера—Ханина, у 55% подростков выявлялась умеренная тревожность. Эти результаты подчёркивают важность оценки эмоционального состояния при работе с подростками, чрезмерно использующими интернет. Цифровая активность может выполнять функцию

временного отвлечения от неприятных переживаний, однако при отсутствии альтернативных способов совладания со стрессом она способна закрепляться как преобладающий механизм эмоциональной регуляции. Для уточнения характера данной взаимосвязи необходимы дополнительные исследования, позволяющие определить направление и выраженность влияния отдельных факторов.

Изучение акцентуаций характера с использованием опросника Шмишека—Леонгарда показало преобладание шизоидных черт у 56% участников и застревающих черт у 30%. Интерпретация этих показателей должна учитывать возраст обследованных, особенности применённой методики и условия проведения диагностики. Выявленные акцентуации не следует рассматривать как самостоятельное доказательство интернет-зависимости или как психиатрический диагноз. Среди клинически значимых проявлений, отмеченных в исследовательских материалах, описывались нарушения сна, импульсивность и снижение учебной успеваемости. Совокупность этих признаков указывает на необходимость комплексного обследования, включающего анализ режима дня, семейных отношений, эмоционального состояния и последствий использования цифровых устройств. С учётом выявленных эмоциональных и поведенческих особенностей в программу психологической помощи были включены индивидуальные и групповые занятия с применением арт-терапевтических методов. Работа проводилась в течение двух месяцев и предполагала использование творческой деятельности как средства выражения переживаний и развития навыков эмоциональной саморегуляции.

Рисование, лепка и создание коллажей предоставляли подросткам возможность невербального выражения чувств, которые было трудно описать словами. Обсуждение созданных работ помогало обращать внимание на эмоциональные реакции, представления о семейных отношениях и способы поведения в стрессовых ситуациях. При этом содержание рисунков

рассматривалось в контексте беседы и других диагностических данных, а не использовалось как самостоятельное основание для постановки диагноза.

Одним из направлений работы стало исследование отношения подростков к цифровой среде. Для этого могли применяться тематические задания, например, «Я и интернет», «Мой день», «Моя семья» и «Что помогает мне справляться с трудностями». Такие упражнения создавали условия для обсуждения времени, проводимого в сети, причин обращения к виртуальному общению и возможных альтернатив цифровому досугу. Индивидуальные занятия позволяли уделять больше внимания личным переживаниям подростка, особенностям его самооценки и субъективному восприятию семейной ситуации.

Групповой формат, в свою очередь, создавал возможности для развития коммуникативных навыков, сотрудничества и получения поддержки от сверстников. Выполнение совместных творческих заданий могло способствовать расширению способов взаимодействия за пределами виртуального пространства. По наблюдениям, представленным в материалах исследования, в ходе занятий отмечалось уменьшение психологического напряжения.

Творческая деятельность также использовалась для переключения внимания и освоения более конструктивных способов выражения эмоций. Вместе с тем без количественных измерений до и после вмешательства, контрольной группы и статистической оценки нельзя однозначно утверждать, что выявленные изменения были обусловлены исключительно арт-терапией. Арт-терапевтическая работа может сочетаться с когнитивно-поведенческой терапией (КПТ), если у подростка выявлены соответствующие психологические трудности и имеются показания к такому вмешательству. В рамках КПТ внимание уделяется выявлению факторов, поддерживающих проблемное использование интернета, анализу автоматических мыслей, формированию

навыков управления импульсами и планированию альтернативных видов деятельности.

Арт-терапия может дополнять эту работу, облегчая выражение эмоциональных переживаний и повышая вовлечённость подростка в психокоррекционный процесс. Важным компонентом помощи является участие семьи. Психообразовательная работа с родителями может быть направлена на развитие эмоциональной поддержки, согласование воспитательных требований, формирование разумных правил использования цифровых устройств и организацию совместного досуга. Такой подход позволяет рассматривать проблему не только как индивидуальную поведенческую трудность подростка, но и как задачу, требующую внимания к особенностям его ближайшего социального окружения.

Заключение

1. При обследовании подростков, склонных к чрезмерному использованию интернета, выявлен ряд неблагоприятных семейных обстоятельств, эмоциональных трудностей и индивидуально-психологических особенностей. Полученные данные обосновывают необходимость комплексной оценки условий воспитания и психологического состояния подростка.

2. В исследуемой группе отмечались тревожно-депрессивные проявления, повышенная тревожность, отдельные акцентуированные черты характера, нарушения сна и снижение учебной успеваемости. Эти характеристики требуют индивидуальной клинической и психологической интерпретации и не могут рассматриваться как универсальные признаки интернет-зависимости.

3. Арт-терапия представляет собой перспективный компонент психокоррекционной программы для подростков с проблемным использованием интернета. Творческие задания могут применяться для выражения

эмоциональных переживаний, развития саморегуляции и совершенствования навыков межличностного взаимодействия.

4. Перспективным направлением является сочетание арт-терапевтических методов с когнитивно-поведенческими техниками и работой с семьёй. Эффективность такого комплексного подхода необходимо подтверждать с помощью стандартизированной диагностики до и после вмешательства, статистического анализа и, по возможности, сравнения с контрольной группой.

5. Разработка профилактических и коррекционных программ должна учитывать возраст подростка, индивидуальные психологические особенности, семейный климат, характер интернет-активности и степень её влияния на повседневное функционирование.

Источники и литература / Sources and 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. Особенности формирования интернет-аддикции у подростков // Вопросы наркологии. 2017. №6(154). С.142-143.

3.Бабарахимова С.Б., Искандарова Ж.М. Тревожно-депрессивные расстройства у лиц с игровой компьютерной зависимостью// Вопросы наркологии. 2016. №11-12. С.98-100.

4. Abdullaeva V.K. The influence of parenting styles on the formation of suicidal tendencies in adolescents / Sciences of Europe .VOL 1, No 37 (2019) pg. 7-8

5. Abdullaeva V.K., Babarakhimova S.B. Analisys of psychosocial factors in development of suicidal tendencies at adolescents / Central Asian Journal of Pediatrics 2 (1), 201-204, 2019

6. Abdullaeva V.K., Nurkhodjaev S.N. Optimization of Therapy of Treatment Resistant Depressions in patients taking into account Personal Characterestics. Jornal of Research in health science, 67-72, 2019

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

8. 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(2020) pp.24-27

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

СИНДРОМ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Насонова Я. В.
Кафедра клинической психологии
ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово
Научный руководитель – канд. психол. наук, доцент Е. В. Валиуллина

Аннотация. В работе подробно описаны результаты исследования, проведенные на основе опросника «Профессиональное выгорание» («ПВ») Н. Водопьянова, Е. Старченкова. В статье подчеркивается, что медики ежедневно сталкиваются с интенсивными стрессорами: ненормированный рабочий день, высокие нагрузки, конфликты с пациентами или администрацией, высокая эмоциональная вовлеченность.

Ключевые слова: психоэмоциональное истощение, деперсонализация, редукция личных достижений, психическое выгорание, опросник «Профессиональное выгорание».

EMOTIONAL BURNOUT SYNDROME IN HEALTHCARE WORKERS

Nasonova Ya.V.
Department of Clinical Psychology
Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo
Scientific supervisor –Valiullina E. V.

Abstract. The paper provides a detailed description of the research results obtained using the «Professional Burnout» («PB») questionnaire by N. Vodopyanova and E. Starchenkova. The article emphasizes that medical professionals face intense stressors on a daily basis: irregular working hours, heavy workload, conflicts with patients or administration, and high emotional involvement.

Keywords: psycho-emotional exhaustion, depersonalization, reduction of personal achievements, mental burnout, «Professional burnout» questionnaire.

Введение

Выгорание – это синдром, который ВОЗ (ICD-11, 2019/2022) определяет как результат хронического рабочего стресса, которым не удалось успешно управлять. Оно проявляется в трех измерениях: истощение энергии, психологическая дистанция и цинизм по отношению к работе, снижение профессиональной эффективности. Выгорание развивается постепенно – через стадии от энтузиазма к опустошенности, но обратимо: восстановление опирается на сочетание изменений в условиях труда и личных стратегий восстановления ресурсов.

Впервые синдром описал американский психиатр Герберт Фрейденбергер в 1974 году. Он наблюдал за сотрудниками психиатрических

клиник и бесплатных клиник для наркозависимых и заметил у них состояние крайнего истощения: люди теряли интерес к работе, у них появлялись апатия, нарушения сна, снижалась активность. Фрейденбергер описывал это как «состояние умственного и физического истощения, вызванного профессиональной жизнью».

Опросник «Профессиональное выгорание» (ПВ) Н. Е. Водопьяновой и Е. С. Старченковой появился в 2001 году. Его создали на основе трехфакторной модели выгорания, которую разработали американские психологи Кристина Маслач (Christina Maslach) и Сьюзан Джексон (Susan Jackson).

После создания методики ее психометрические свойства тщательно проверяли. В частности, Е. С. Старченкова провела специальное исследование, которое подтвердило надежность и валидность российской версии опросника. Были подтверждены: ретестовая надежность как устойчивость результатов при повторном тестировании; концептуальная, содержательная, внутренняя, конструктивная, конвергентная и эмпирическая валидность. Авторы не остановились на одной версии. Они разработали несколько вариантов опросника, адаптированных под специфику разных профессиональных групп. Например, есть отдельные формы для учителей, медицинских работников и менеджеров. Это позволило учитывать особенности труда и более точно диагностировать уровень выгорания в каждой сфере. В 2005 году вышла книга Н. Е. Водопьяновой и Е. С. Старченковой «Синдром выгорания: диагностика и профилактика», где методика была подробно описана и проанализирована.

Объекты и методы исследования

Оценка параметров синдрома выгорания проводилась российской версией опросника «Профессиональное выгорание» Н. Водопьянова, Е. Старченкова. При статистической обработке результатов рассчитывались среднеарифметические значения (M), стандартные отклонения (SD),

достоверность различий между группами (Р). Последний показатель рассчитывался по U-критерию Манна-Уитни. По результатам исследования в пакете электронных таблиц MICROSOFT EXCEL 2003 была сформирована база данных. При обработке результатов использовалась компьютерная статистическая программа «Statistica 6.0». Использовали также программу MICROSOFT EXCEL 2003. Расчет производился с достоверностью $p \leq 0,05$.

Исследование происходило на базе НФ ГБУЗ «КККД» , Первично сосудистое отделение, Неврологическое отделение, Отделение реабилитации.В опросе участвовало 182 человека(97 человек женщин, 50 человек – мужчин и 35 человек не указали пол).

Результаты и их обсуждение

Опросник «ПВ» разработан Н. Водопьяновой и Е. Старченковой на основе трехфакторной модели выгорания Maslach и Jackson, где СВ понимается как трехмерный конструкт, состоящий из трех субшкал: эмоционального истощения, деперсонализации и редукции персональных достижений. В методике содержится 22 утверждения о переживаниях и чувствах, связанных с рабочей деятельностью. Опросник включает три шкалы: эмоциональное истощение, деперсонализация и редукция персональных достижений. Оценка ответов производится по 7-балльной шкале и варьируют от 0 баллов, которому соответствует ответ «никогда» и до 6 баллов – «всегда». Цель данной методики – оценка степени выраженности «синдрома выгорания». Чем больше сумма баллов по шкалам «эмоциональное истощение» и «деперсонализация», тем сильнее выражены компоненты «СВ», по шкале «редукция персональных достижений», наоборот – чем ниже значение, тем выше уровень выгорания.

В отличие от профессиональной деформации, психическое выгорание чаще причисляют к полному регрессу профессионального развития, поскольку оно охватывает личность в целом, разрушая ее и отрицательно влияя на

эффективность трудовой деятельности. Анализ субъективных ощущений людей, находящихся на стадии эмоционального выгорания, свидетельствует, что они отличаются от аналогичных ощущений, связанных с «нормальной» физической усталостью. Явление эмоционального выгорания, во-первых, непосредственно связано с профессиональной деятельностью, а во-вторых, является необратимым и не исчезает после сна и других форм отдыха.

Причинами эмоционального выгорания могут быть:

- сложности профессионального характера (например, проблемы в области карьерного роста или не слишком высокая зарплата, учитывая нагрузку на сотрудника). Стимулом к возникновению синдрома эмоционального выгорания может стать и состояние рабочих мест. К примеру, отсутствие необходимого для работы медработника оборудования или недостаточное количество лекарственных средств;

- причиной профессионального выгорания медработников может стать и то, что в некоторых случаях больному помочь просто невозможно, несмотря на все затрачиваемые усилия. Для онкологов, в частности, характерна априори более высокая летальность, по сравнению с другими отделениями клиник;

- взаимодействие с находящимися в стрессовом состоянии пациентами и их близкими;

- еще одной причиной профессионального выгорания медработников становится периодически возникающая угроза обращений родственников пациентов в случае летального исхода в суд или с жалобами к руководству.

- медработники вынуждены работать в часто меняющихся условиях, и в рамках профдеятельности часто сталкиваются с непредсказуемыми обстоятельствами.

- постоянное плотное общение с пациентами, которые к тому же могут быть негативно настроенными.

Перед тем, как проводить мероприятия по профилактике эмоционального выгорания, необходимо оценить, на какой стадии сотрудник находится. Выделяют три группы симптомов синдрома эмоционального выгорания: психофизические симптомы, социально-психологические и поведенческие.

Психофизические симптомы: ощущение не проходящей усталости, которая возникает с самого утра; эмоциональное истощение сотрудника; ослабление реакций на изменения во внешнем окружении: например, у медработника нет страха при наступлении опасной ситуации, у него нет любопытства при возникновении чего-то нового; астенизация организма медработника (постоянная слабость, снижение общей активности, ухудшение показателей биохимии крови, ухудшение гормональных показателей); возникновение частых головных болей без явной причины, частые расстройства работы ЖКТ; резкое изменение показателей веса, как в одну, так и в другую сторону; проблемы со сном; заметное снижение эмпатии и чувствительности; ухудшение работы органов чувств.

Социально-психологические симптомы: постоянно сниженный эмоциональный тонус, медработник испытывает чувство подавленности; высокая раздражительность и агрессивная реакция на малозначимые события; появление нервных срывов – например, вспышек необоснованного гнева или нежелание общаться; постоянное безосновательное переживание негативных эмоций; гиперответственность и опасения не справиться с обязанностями; негативное отношение к жизни и работе, уверенность, что бесполезно что-либо делать – результата не будет, а также повышенная тревожность. В психологии под тревожностью понимают «психологическое свойство, склонность человека к переживанию тревоги, которая проявляется чувством беспокойства, напряжения, ожидания неблагополучного развития событий» [1].

Поведенческие симптомы: ощущение, что сотруднику все труднее выполнять постоянные обязанности; изменения в рабочем режиме – медработник может рано приходить на работу и поздно уходить, но объем работы выполнять тот же, либо опаздывать и рано уходить домой; неверие в улучшения, уменьшение энтузиазма в выполнении профессиональных обязанностей, безразличие к результатам своей работы; нежелание выполнять важные задачи, фокусировка на маловажных деталях, траты большей части рабочего времени на неэффективные действия. Наступление таких симптомов – прямой сигнал о том, что медработник нуждается и в отдыхе, и в мероприятиях, помогающих защититься от наступления синдрома профессионального выгорания.

Таблица 1.

Результаты исследования – Первичное сосудистое отделение

Шкала	Женщины старше 40 лет	Женщины младше 40 лет	Мужчины старше 40 лет	Мужчины младше 40 лет	Не указан пол и\или возраст
Кол-во	7	9	1	0	2
Психоэмоцио-нальное истощение	1-44 (28)	10-45(24)	10	-	20-21 (21)
Деперсонализация	2-21 (12)	0-20 (11)	2	-	0-2 (1)
Редукция личностных достижений	0-39 (21)	12-33 (23)	2	-	29-34 (32)
Психическое выгорание	3-93 (60)	26-91 (57)	14	-	49-57 (53)

Сравнительный анализ. Женщины младше 40 лет - крайне неоднородная группа: от ПВ = 3 (крайне низкое) до ПВ = 93 (высокое). Средние значения: ПЭИ = 28, ДП = 12, РЛД = 21, ПВ = 60. У них максимальная деперсонализация (21) и

максимальное общее выгорание (93). Женщины старше 40 лет - средние: ПЭИ = 24, ДП = 11, РЛД = 23, ПВ = 57. Зафиксирован максимальный уровень ПЭИ (45) и очень высокий ПВ (91). Редукция личных достижений выражена сильнее, чем у молодых (средний РЛД = 23). Мужчины младше 40 лет - все показатели низкие: ПЭИ = 10, ДП = 2, РЛД = 2, ПВ = 14. Не указавшие пол и/или возраст - высокий средний РЛД (31) при низкой деперсонализации (1) и среднем ПВ (53). Это указывает на редукцию личных достижений как ведущий аспект. Таким образом, у женщин младше 40 лет отмечается деперсонализация и общее выгорание; у женщин старше 40 лет выявлено психоэмоциональное истощение; у не указавших пол и/или возраст - редукция личных достижений. [2]

Рекомендации: дифференцированный подход к женщинам – для молодых женщин важны меры по снижению деперсонализации, например тренинги общения, для старших – по снижению эмоционального истощения. Коррекция редукции личностных достижений – для сотрудников необходимы: признание результатов, обучение, повышение квалификации, участие в интересных проектах, наставничество.

Таблица 2.

Результаты исследования – Неврологическое отделение и Реабилитационное отделение

Шкала	Женщины старше 40 лет	Женщины младше 40 лет	Мужчины старше 40 лет	Мужчины младше 40 лет	Не указан пол и\или возраст
Кол-во	5	10	3	1	6
Психоэмоциональное истощение	18-41 (27)	9-29 (18)	12-19 (15)	25	4-30 (14)
Деперсонализация	2-13 (10)	3-13 (7)	1-14 (8)	14	0-14 (5)
Редукция личностных достижений	13-36 (23)	10-36 (23)	3-36 (16)	26	0-23 (15)

Психическое выгорание	40-87 (62)	31-66 (47)	19-69 (39)	65	6-63 (34)

Мониторинг выгорания – регулярная диагностика (например, раз в 3–6 месяцев), чтобы выявлять крайние случаи и своевременно оказывать помощь. Обучение руководителей – навыкам поддержки сотрудников, профилактики конфликтов, создания благоприятного психологического климата.

Сравнительный анализ. Женщины младше 40 лет – наиболее выгоревшая группа: средние ПЭИ = 27, ДП = 10, РЛД = 23, ПВ = 62. Максимумы: ПЭИ = 41, ПВ = 87. Преобладает психоэмоциональное истощение и общее выгорание. Женщины старше 40 лет – средние: ПЭИ = 18, ДП = 7, РЛД = 23, ПВ = 47. У них самый высокий средний РЛД (23) и максимальный РЛД = 36. Ведущий аспект – редукция личных достижений. Мужчины младше 40 лет – средние: ПЭИ = 15, ДП = 8, РЛД = 15, ПВ = 39. В целом ниже, чем у женщин, но есть случай с РЛД = 36 и ПВ = 69. Мужчины старше 40 лет – ПЭИ = 25 (среднее), ДП = 14 (высокое), РЛД = 26 (среднее), ПВ = 65 (среднее). Единичный случай с выраженной деперсонализацией. Не указавшие пол и/или возраст – самые низкие средние: ПЭИ = 14, ДП = 5, РЛД = 15 ПВ = 34. Однако есть отдельные высокие значения ДП (14) и ПВ (63). Таким образом, у женщин младше 40 лет – психоэмоциональное истощение и общее выгорание; у женщин старше 40 лет – редукция личных достижений; у мужчин – разброс, но в одном случае выражена деперсонализация; у не указавших – в среднем благополучно, но есть риск деперсонализации.

Рекомендации: поддержка молодых женщин – наставничество, снижение нагрузки в первые годы работы, психологическая помощь, обучение навыкам восстановления после тяжёлых контактов с пациентами. Профилактика редукции достижений у женщин старше 40 лет – повышение квалификации, участие в обучении молодых, признание заслуг, участие в научной работе.

Работа с деперсонализацией у мужчин – индивидуальные консультации, развитие эмоционального интеллекта, супервизия сложных случаев. Общие меры – регулярная диагностика выгорания, обучение руководителей методам профилактики выгорания, организация корпоративных мероприятий, направленных на сплочение коллектива. Восстановительные программы – для сотрудников с высокими показателями (ПВ>80) рекомендуется временный перевод на менее нагрузочные участки или предоставление отпуска с последующей реабилитацией.

Таблица 3.

Результаты исследования – Первичное сосудистое отделение, Неврологическое отделение и Реабилитационное отделение

Шкала	Женщины старше 40 лет	Женщины младше 40 лет	Мужчины старше 40 лет	Мужчины младше 40 лет	Не указан пол и\или возраст
Кол-во	17	20	5	1	11
Психоэмоциональное истощение	1-45 (29)	9-45 (20)	10-19 (15)	25	2-42 (18)
Деперсонализация	1-21 (11)	0-20 (9)	1-14 (7)	14	0-20 (7)
Редукция личностных достижений	0-39 (22)	10-36 (24)	2-36 (11)	26	0-34 (21)
Психическое выгорание	3-100 (62)	26-91 (52)	14-69 (34)	65	6-88 (46)

Таким образом, самые низкие и самые высокие значения по большинству шкал встречаются в группах женщин. Особенно выделяется группа женщин младше 40 лет: у них зафиксированы и минимальные, и максимальные значения, что говорит о крайней неоднородности группы – от благополучных состояний до крайне высокого выгорания. По результатам проведенного исследования, у

женщины младше 40 лет ведущий аспект: психоэмоциональное истощение и общее выгорание. Дополнительно выражена деперсонализация. У женщин старше 40 лет ведущий аспект: редукция личных достижений. Также присутствует риск эмоционального истощения у части сотрудниц. У мужчин младше 40 лет ведущий аспект: в среднем выгорание выражено меньше, чем у женщин. Однако группа неоднородна: есть отдельные случаи с высоким РЛД и ПВ. У мужчин старше 40 лет ведущий аспект: деперсонализация.

Заключение

Наибольший уровень профессионального выгорания наблюдается у женщин младше 40 лет, у них максимальные средние значения по ПЭИ, ДП и ПВ. У женщин старше 40 лет на первый план выходит редукция личных достижений, что может быть связано с ощущением недостаточной реализации, усталостью от рутины или снижением профессиональной мотивации. Мужчины в среднем выгорают меньше, но среди них есть отдельные «пиковые» случаи.

Можно предложить следующие рекомендации по снижению и профилактике профессионального выгорания для всех отделений: регулярная диагностика – проводить тестирование на выгорание не реже 1 раза в 6 месяцев, чтобы выявлять ранние признаки; психологическая поддержка – индивидуальные консультации, группы поддержки, супервизия сложных случаев; обучение саморегуляции – тренинги по стресс-менеджменту, дыхательные практики, обучение методу майндфулнес, эмоциональная разгрузка; признание достижений – обратная связь, награды, публичное признание успехов, вовлечение в принятие решений; обучение руководителей навыкам профилактики выгорания, поддержки сотрудников и создания благоприятного климата.

Источники и литература / Sources and references:

1. Валиуллина, Е. В. Психологический механизм вытеснения при ситуативной и личностной тревожности / Е. В. Валиуллина // Вестник северо-восточного федерального университета им. М. К. Аммосова. Серия: Педагогика. Психология. Философия. 2020. № 2 (18). С. 25–29.
2. Варианты опросника «Профессиональное выгорание» (ПВ). URL: https://studfile.net/preview/2568795/page:35 (дата обращения: 02.10.2026).

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА И ТЕРАПИЯ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА ПРИ ПСИХОГЕННЫХ БРОНХОСПАЗМАХ И БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Неверова Е. А.
Кафедра госпитальной терапии и клинической фармакологии
ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Россия, г. Кемерово
Научный руководитель – канд. мед. наук, доцент В. Г. Шелихов

Аннотация. Проведение дифференциальной диагностики между бронхообструктивным синдромом, спровоцированным психологическими факторами и при приступах бронхиальной астмы остается сложной проблемой, учитывая особенности психического состояния больных. На основе анализа литературы за последние пять лет сопоставлены клинические и параклинические данные при бронхообструктивном синдроме у пациентов обеих групп. Ключевыми дифференциальными признаками все-таки являются клинические данные, эозинофилия, повышение иммуноглобулина Е, показатели спирометрии, уровень фракционного выдыхаемого оксида азота (FeNO) и реакция на β_2-агонист, Предложен алгоритм дифференцированной терапии с учётом коморбидности тревожных расстройств и бронхиальной астмы.

Ключевые слова: тревожная чувствительность, паническое расстройство бронхиальная астма, психогенный бронхоспазм, бронхообструктивный синдром, дифференциальная диагностика, дифференцированная терапия.

DIFFICULTIES IN DIFFERENTIAL DIAGNOSIS AND DIFFERENTIATED THERAPY OF MARKED BRONCHOCONSTRICTIVE SYNDROME IN PSYCHOGENIC BRONCHOSPASM AND ASTHMA ATTACKS

Neverova E. A.
Department of Hospital Therapy and Clinical Pharmacology
Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo
Scientific supervisor –V.G. Shelikhov.

Abstract. Severe bronchobstructive syndrome in bronchial asthma and psychogenic bronchospasms has a similar subjective presentation, but different pathogenetic mechanisms. Based on an analysis of the literature over the past five years, the complaints, medical history, objective findings, laboratory and instrumental data of patients in both groups have been compared. The key differential features are the response to a β_2-agonist, the results of spirometry with a bronchodilator test, the level of fractional exhaled nitric oxide (FeNO), and blood eosinophilia, as well as the association of the symptom with an emotional trigger. An algorithm for differentiated therapy is proposed, taking into account the comorbidity of anxiety disorders and bronchial asthma.

Keywords: anxiety sensitivity, panic disorder, bronchial asthma, psychogenic bronchospasm, bronchial obstruction syndrome, differential diagnosis, differentiated therapy.

Введение

Выраженный бронхообструктивный синдром (БОС) остаётся клиническим ядром, вокруг которого пересекаются интересы пульмонологии и психиатрии. С

одной стороны, бронхиальная астма (БА) — гетерогенное воспалительное заболевание, при котором обструкция имеет органическую природу и в большинстве случаев обратима на фоне проведения бронхолитической терапии [1, С. 12]. С другой стороны, паническое расстройство и гипервентиляционный синдром воспроизводят практически идентичную субъективную картину: чувство удушья, нехватки воздуха, стеснения в груди, которое пациент нередко интерпретирует как «приступ астмы» [2, С. 1].

Эпидемиологические данные указывают, что паническое расстройство встречается примерно у 10–12% пациентов с БА, тогда как в общей популяции — около 3% [2, С. 1]. Такая коморбидность создаёт двойную клиническую ловушку: гиподиагностика паники у астматика ведёт к избыточному использованию бронхолитиков и повторным обращениям за неотложной помощью, тогда как гипердиагностика астмы у пациента с паническим расстройством влечёт необоснованное назначение этих препаратов и откладывание патогенетической психотерапии [3, С. 6].

Цель работы — систематизировать современные данные о дифференциальной диагностике и дифференцированных подходах к терапии выраженного БОС при БА и психогенных бронхоспазмах, с особым вниманием к клиническим, лабораторным и инструментальным данным и к проблеме коморбидности.

Объекты и методы исследования

Проведен аналитический обзор с элементами структурированного клинического наблюдения. Поиск источников проводился в базах PubMed, eLibrary и на официальном сайте GINA; приоритет отдавался публикациям 2020–2026 гг., клиническим рекомендациям Минздрава России и документам GINA 2019–2025. Критериями включения были: описание механизмов формирования БОС при БА и паническом расстройстве, данных спирометрии, биомаркеров 2-

го типа воспаления, а также подходов к психотерапии и психофармакотерапии панического расстройства. Дополнительно проводилось сопоставление типичных клинических профилей двух групп пациентов по единой схеме: клинические, лабораторные и инструментальные данные. Статистическая обработка не проводилась в связи с обзорным характером работы.

Результаты и их обсуждение

1. Жалобы: «качество» удушья

При психогенном бронхоспазме доминирует затруднение вдоха: «не могу вдохнуть полной грудью», «ком в горле», «не хватает воздуха», «хочется зевать». Предвестником приступа могут быть парестезии, головокружение, ощущение нереальности происходящего, страх смерти или потеря контроля. Симптомы возникают в ситуации эмоционального напряжения, в замкнутом пространстве, в транспорте, при ожидании, при вдыхании холодного воздуха, но нередко и в покое; физическая нагрузка, напротив, может облегчать состояние за счёт нормализации дыхательного паттерна [2, С. 2]. Длительность эпизода обычно 10–20 минут с постепенным самостоятельным затуханием. Окончание приступа не сопровождается отделением небольшого количества стекловидной мокроты, эффект сальбутамола непостоянен [2, С. 4].

При БА пациенты описывают БОС как затруднение выдоха: «не могу выдохнуть», «свистит в груди», «сдавливает». Симптомы носят приступообразный характер, часто возникают ночью или ранним утром, провоцируются аллергеном, холодным воздухом, физической нагрузкой, респираторной инфекцией. Пациент обычно точно указывает триггер. Предвестниками возникновения БОС являются слезотечение, затруднение носового дыхания, выделения из носа, першение в горле, дискомфорт в грудной клетке. Приступ заканчивается выделением небольшого количества

стекловидной мокроты. Пациент отмечает быстрый эффект от ингаляции сальбутамола [1, С. 15].

Существенным дифференциальным признаком является отношение пациента к симптомам: пациент с паническим расстройством воспринимает приступ через «катастрофизацию» телесных ощущений, что укладывается в концепцию тревожной чувствительности (anxiety sensitivity) [2, С. 2], а астматик — как угрозу жизни и ориентирован на приём препарата.

2. Анамнез жизни и коморбидный фон

Психогенные бронхоспазмы формируются на фоне тревожных и депрессивных расстройств, хронического стресса (учебного, профессионального, семейного), психотравмирующих событий, склонности к ипохондрической фиксации на дыхании, часто — множественных обращений к разным специалистам без выявления убедительной органической патологии [2, С. 2]. Как показывает обзор, посвящённый связи панического расстройства и БА, у таких пациентов нередко отмечается «эффект избегания» — они избегают физической нагрузки и мест, где ранее возникал приступ, что может имитировать снижение толерантности к нагрузке [2, С. 3].

Для БА типичны указания на атопический дерматит, аллергический ринит, пищевую или лекарственную аллергию, отягощённую по атопии наследственность, дебют в детском или молодом возрасте, сезонность обострений, связь с профессиональными вредностями [1, С. 18]. Пациенты, как правило, имеют постоянного пульмонолога и базисную терапию.

3. Объективные данные

При психогенном бронхоспазме частота дыхания увеличена, дыхание шумное, однако дистантных свистящих хрипов нет; шум может быть обусловлен напряжением мышц гортани, а также самим учащённым дыханием. Кожные покровы обычной окраски. Вспомогательные мышцы грудной клетки не

участвуют в акте дыхания. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Сатурация кислорода в пределах нормы, несмотря на субъективное ощущение удушья [2, С. 3]. Возможны тремор, похолодание кистей, парестезии вокруг рта — следствие гипервентиляции и респираторного алкалоза.

При осмотре пациента с БА во время приступа выявляются экспираторная одышка, участие вспомогательной мускулатуры, дистанционные свистящие хрипы, при аускультации дыхание везикулярное с удлинённым выдохом, повсеместно свистящие хрипы, при тяжёлом приступе — отсутствие дыхательных шумов, «немое лёгкое» [1, С. 20]. Тахикардия отражает тяжесть обструкции и гипоксемию.

4. Лабораторные данные

При психогенных бронхоспазмах лабораторные показатели, как правило, не изменены. При длительной гипервентиляции и хроническом респираторном алкалозе возможна тенденция к снижению уровня ионизированного кальция и фосфатов, однако эти сдвиги непостоянны и не могут служить надёжным дифференциальным критерием [3, С. 284].

При БА информативны маркеры 2-го типа воспаления: эозинофилия периферической крови ($\geq 0{,}3\times10^9$/л, а при $\geq 0{,}5\times10^9$/л вероятность эозинофильного фенотипа существенно возрастает), повышение общего IgE, сенсибилизация по данным аллергологического обследования [1, С. 22]. В период обострения возможны лейкоцитоз, ускорение СОЭ, повышение С-реактивного белка как отражение инфекционного триггера.

5. Инструментальные данные

Спирометрия с бронхолитической пробой остаётся «золотым стандартом» объективизации вариабельной обструкции. Критериями обратимости служат прирост $ОФВ_1$ ≥12% и ≥200 мл, а также вариабельность ПСВ более 13% [1, С. 25; 4]. Важно подчеркнуть эволюцию диагностических критериев GINA: в 2024

году из обязательных критериев был исключён признак ограничения воздушного потока, что повысило чувствительность диагностики с 46% до 90%, но снизило специфичность со 100% до 77%; добавление в 2025 году биомаркеров 2-го типа воспаления (FeNO >50 ppb и/или эозинофилы крови >0,5×10⁹/л) повысило чувствительность до 96% при дальнейшем снижении специфичности до 67% [10]. Этот тренд имеет прямое отношение к теме: чем шире критерии, тем выше риск гипердиагностики БА у пациентов с психогенными респираторными симптомами.

Измерение FeNO — неинвазивный маркер эозинофильного воспаления дыхательных путей; при БА он повышен, при психогенном бронхоспазме остаётся в пределах нормы [1, С. 27; 10, С. 14].

Результат пульсоксиметрии при психогенном бронхоспазме остаётся в пределах нормальных показателей; при обострении БА возможна гипоксемия, степень которой коррелирует с тяжестью обструкции [2, С. 4].

Дифференциальный тест с β_2-агонистом короткого действия целесообразно рассматривать как клинический эквивалент бронхолитической пробы: быстрый и полный регресс симптомов с объективным приростом $ОФВ_1$ поддерживает БА; отсутствие эффекта при сохранной сатурации и нормальной спирометрии смещает диагностический поиск в сторону психогенной этиологии [2, С. 5].

6. Дифференцированная терапия

При психогенных бронхоспазмах применение бронхолитической терапии неэффективно. Методом первой линии остаётся когнитивно-поведенческая терапия, включающая интероцептивную экспозицию — контролируемое воспроизведение телесных ощущений (гипервентиляция, дыхание через соломинку) с последующей когнитивной переработкой [3, С. 9]. Скоупинг-обзор Cooley и соавт., включивший только рандомизированные контролируемые

исследования, показал, что психологические интервенции улучшают как астма-специфичные, так и психологические исходы, хотя доказательная база остаётся ограниченной из-за малых выборок и короткой длительности исследований [3, С. 284].

Психофармакотерапия панического расстройства включает антидепрессанты (СИОЗС, трициклические) и бензодиазепины [3, С. 10]. Исторические данные указывают на возможное преимущество имипрамина перед альпразоламом и более быстрый ответ на нортриптилин и клоназепам у пациентов с респираторным подтипом [5, С. 138], однако эти работы относятся к периоду до широкого внедрения СИОЗС; современных рандомизированных исследований, прямо сравнивающих ответ подтипов на СИОЗС, за последние пять лет обнаружено не было, что следует обозначить как пробел в доказательной базе.

Дополнительным методом является коррекция дыхания с биологической обратной связью по CO_2 (capnometry-assisted respiratory training, CART), направленная на повышение концентрации CO_2 в конце выдоха и устранение хронической гипокапнии. Ritz и соавт. отмечают, что при паническом расстройстве CART имеет преимущество перед КПТ в отношении проверяемого психофизиологического механизма: изменения PCO_2 опосредуют и предшествуют изменениям страха телесных ощущений; при БА биофидбек не может рассматриваться как самостоятельный метод лечения и допустим лишь как адъювант для отдельных подгрупп [7, С. 240].

При подтверждённой БА основой является противовоспалительная терапия. Современные рекомендации исходят из отказа от монотерапии короткодействующими β_2-агонистами: регулярное или частое применение SABA повышает риск тяжёлых обострений и ассоциировано с повышенной реактивностью дыхательных путей [8]. Предпочтительным является режим с

использованием ИГКС-формотерола: по потребности на нижних ступенях и в режиме MART на ступенях 3–5; альтернативный трек предполагает SABA по потребности с обязательным сопровождением низкой дозой ИГКС [4]. Для пациента с выраженным БОС это означает, что каждый эпизод удушья требует пересмотра базисной терапии, а не наращивания дозы сальбутамола [8].

7. Коморбидность «астма + паника»

Наиболее сложная клиническая ситуация — сочетание подтверждённой БА и панического расстройства. Терапия в этом случае не может строиться по принципу «или-или». Недостаточный контроль воспаления поддерживает тревогу через повторяющиеся эпизоды удушья, а тревога и гипервентиляция снижают порог восприятия симптомов и способствуют переоценке тяжести обструкции, что ведёт к избыточному использованию сальбутамола и, парадоксальным образом, к ухудшению контроля [2, С. 5; 5, С. 22].

Интегрированный подход включает: объективизацию контроля БА с помощью спирометрии и маркеров 2-го типа воспаления; скрининг тревоги и паники с использованием валидированных шкал (HADS, ASI); при выявлении панического расстройства — направление к психиатру или психотерапевту параллельно с продолжением базисной терапии БА; обучение пациента различению «астматического» и «тревожного» удушья на основе реакции на сальбутамол и объективных показателей [3, С. 11]. Ключевым организационным условием является сотрудничество пульмонолога и психиатра, а не попытка ведения обоих состояний в рамках одной специальности [3, С. 12]. Скоупинг-обзор Cooley и соавт., включивший только рандомизированные контролируемые исследования, показал, что психологические и lifestyle-интервенции улучшают как астма-специфичные, так и психологические исходы, тогда как фармакологические и CAM-подходы дали неубедительные результаты; при этом

авторы отмечают малые выборки и короткую длительность большинства исследований [3, С. 284].

Заключение

Дифференцированная терапия выраженного БОС при БА и психогенных бронхоспазмах строится на принципиально разных патогенетических мишенях.

При психогенных бронхоспазмах фармакотерапия БА неэффективна; методом выбора являются КПТ и коррекция дыхательного паттерна с биологической обратной связью, направленные на устранение гипокапнии и разрыв круга «тревога — гипервентиляция — симптом» [3, С. 13; 3, С. 478; 7, С. 245]. При БА основа терапии — противовоспалительная (ИГКС, предпочтительно в комбинации с формотеролом в режиме MART) и документированный контроль вариабельной обструкции [1, С. 30; 4; 8].

Наиболее сложную группу составляют пациенты с коморбидностью, у которых оптимальный результат достигается только при интеграции пульмонологической и психиатрической помощи [2, С. 6; 3, С. 285].

Представленные данные подтверждают необходимость междисциплинарного подхода и обозначают границы доказательной базы: прямых рандомизированных исследований, сравнивающих дифференцированные терапевтические стратегии при БА и психогенных бронхоспазмах за последние пять лет, крайне мало, а концепция респираторного подтипа панического расстройства остаётся предметом дискуссии [3, С. 478; 5, С. 141].

Источники и литература / Sources and references:

1. Бронхиальная астма : клинические рекомендации / Минздрав России. М., 2024. 94 с.

2. Catching your breath: unraveling the intricate connection between panic disorder and asthma // Exploration of Asthma & Allergy. 2024. Vol. 2. P. 1–12.

3. Cooley, C. Impact of interventions targeting anxiety and depression in adults with asthma / C. Cooley, Y. Park, O. Ajilore [et al.] // Journal of Asthma. 2022. Vol. 59, № 2. P. 273–287.

4. Global Initiative for Asthma. Global strategy for asthma management and prevention: 2025 update

5. Nardi, A. E. Panic disorder and control of breathing / A. E. Nardi, R. C. Freire, W. A. Zin // Respiratory Physiology & Neurobiology. 2009. Vol. 167, № 1. P. 133–143.

6. Reddel, H. K. 2026 Global Initiative for Asthma (GINA) Strategy Report: Executive Summary and Key Changes / H. K. Reddel [et al.] // American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine. 2026.

7. Ritz, T. Psychosocial factors and behavioral medicine interventions in asthma / T. Ritz, A. E. Meuret, A. F. Trueba [et al.] // Journal of Consulting and Clinical Psychology. 2013. Vol. 81, № 2. P. 231–250.

8. Global Initiative for Asthma. Global strategy for asthma management and prevention: 2019 update

9. Rolland-Debord, C. Le fardeau psychologique de l’asthme / C. Rolland-Debord, I. Goriounov, V. Pitron // Revue des Maladies Respiratoires. 2021. Vol. 38, № 7. P. 721–732.

10. Simpson, A. J. Global Initiative for Asthma updates for diagnosing asthma in adults / A. J. Simpson, L. Healy, R. Wang [et al.] // JAMA Network Open. 2026. Vol. 9, № 5. Art. e2611907.

ПСИХОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ: ФОРМИРОВАНИЕ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЮ У ПАЦИЕНТОВ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Окулова В. А., Маркина О. П., Маркин А. Д.
Кафедра психиатрии и наркологии
ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Россия, г. Кемерово
Научный руководитель –А. С. Яковлев

Аннотация. В данной статье рассматриваются основные факторы снижения приверженности лечению пациентов психиатрического профиля, а также возможные способы их преодоления и решения проблемы несоблюдения лечения.

Ключевые слова: психотерапия, фармакотерапия, приверженность, факторы, психические расстройства

HEALTH PSYCHOLOGY: ENCHANCING TREATMENT ADHERENCE OF PATIENTS WITH MENTAL DISORDERS

Okulova V.A., Markina O.P., Markin A.D.
Department of Psychiatry and Narcology
Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo
Supervisor – Yakovlev A.S.

Abstract. This article examines the main factors contributing to reduced treatment adherence of psychiatric patients, as well as possible ways to overcome these factors and address the problem of non-compliance with treatment.

Keywords: psychotherapy, pharmacotherapy, adherence, factors, mental disorders

Введение

В современной медицинской практике приверженность лечению понимается как степень соответствия между поведением пациента и рекомендациями, полученными от врача. К таким рекомендациям относятся приём лекарственных препаратов, плановые посещения врача, участие в психотерапии и выполнение согласованных мероприятий по реабилитации и профилактике рецидивов.

Большинство психических расстройств носят хронический характер, что требует проведение длительной фармакотерапии. Низкая приверженность лечению ведет к обострению заболевания, снижению эффективности последующей терапии (развитию резистентности) и рецидивам. Это влечет за собой частые повторные госпитализации, ухудшение психосоциального статуса и качества жизни пациентов.

Специфика психических расстройств заключается в прямом влиянии симптомов на способность пациента адекватно оценивать свое состояние. Так, при психозах часто снижается критика к болезни, а при депрессивных состояниях нарастает чувство безнадежности и падает мотивация к любым действиям. В свою очередь, в маниакальной фазе пациент склонен недооценивать риски своего поведения и отрицать необходимость медицинской помощи. Из этого следует, что приверженность лечению – это не просто проявление воли человека. Она напрямую зависит от текущего психического статуса пациента и требует постоянного наблюдения в динамике.

Таким образом, в рамках психологии здоровья приверженность терапии рассматривается как гибкий поведенческий и психологический процесс. Он формируется в результате комплексного взаимодействия самого пациента, медицинского специалиста, лечебной среды и его социального окружения.

Объекты и методы исследования

Проведен анализ публикаций за период с 2021 по 2026 гг. в информационных системах: eLIBRARY.RU, PubMed, Киберленинка.

Результаты и их обсуждение

Непрерывная долгосрочная фармакотерапия является ключевым фактором поддержания терапевтической эффективности и профилактики рецидивов у пациентов с тяжелыми психическими расстройствами (ТПР), включая шизофрению, биполярное аффективное расстройство (БАР) и большое депрессивное расстройство (БДР). Распространенность несоблюдения режима терапии в психиатрии является очень высокой, достигающей при шизофрении 40-50% [1].

Данные исследований демонстрируют, что низкая приверженность лечению антипсихотическими средствами обусловлена рядом факторов, которые можно разделить на следующие группы:

1) факторы, связанные с фармакотерапией (выраженные побочные эффекты, сложность схем дозирования);
2) факторы, связанные с лечащим врачом;
3) факторы, связанные с продуктивной симптоматикой заболевания;
4) факторы, связанные с негативной симптоматикой заболевания;
5) факторы, связанные с родными пациента;
6) социальные факторы [1].

Выраженные побочные эффекты, такие как седация, увеличение веса и тремор, являются одним из основных препятствий для устойчивой приверженности терапии у пациентов с шизофренией. Основополагающая причина отказа от лечения заключается в ощущении преобладания побочных эффектов над изначальной клинической симптоматикой, пациенты могут быть изначально не предполагают этого. Врачу на начальных этапах диалога о

терапии необходимо предупреждать и объяснять возможное воздействие необходимых лекарственных средств на организм, чтобы пациент был предупрежден и заранее осознавал к чему готовиться.

Необходимость принимать большое количество таблеток в высоких дозах, и перспектива пожизненного лечения часто вызывают у пациентов чувство перегруженности. Длительная непрерывная рутина употребления препаратов сама по себе становится барьером, из-за чего пациенты со временем начинают пропускать прием лекарств или полностью отказываются от них. В качестве эффективного решения выступает упрощение графиков лечения – снижение частоты приема лекарств существенно повышает приверженность пациентов терапии. В частности, переход на прием длительно действующих препаратов, в том числе инъекционных, значительно помогает соблюдать режим лечения по сравнению с необходимостью пить таблетки несколько раз в день [2].

Огромную роль в приверженности терапии играет субъективное восприятие заболевания пациентом, поскольку готовность пациента к сотрудничеству и соблюдению медицинских рекомендаций возможны только при наличии осознания факта заболевания и понимания пользы лечения. Чаще всего низкой приверженностью терапии обладают пациенты с наличием анозогнозии (отрицание у себя заболевания) и гипонозогнозии (недооценивание тяжести своего заболевания). Планируя работу с пациентом необходимо определить наличие или отсутствие критики к заболеванию, а после выявления последнего важно проведение кропотливой работы по разъяснению пациенту причин его заболевания, связи с необходимостью длительного и регулярного лечения, которого необходимо придерживаться [3].

Также немаловажным фактором является психологические особенности личности пациента. Наиболее часто нарушают предписания врача гипертимные, шизоидные и паранойяльные личности. Многие пациенты относятся к лечению

крайне негативно, считают лекарственные препараты ядом и воспринимают болезнь как «испытание». Схожая ситуация возникает при нарастании продуктивных симптомов (галлюцинации, бред, тревога), что приводит к дезорганизации поведения пациента, и заставляет его воспринимать терапию как угрозу или инструмент внешнего контроля. Это в свою очередь влечет за собой изменение тактики взаимодействия с пациентом: кроме сухого объяснения значимости назначенного лечения, специалисту также необходимо выстроить атмосферу взаимного доверия, что возможно благодаря индивидуальному подходу к каждому, а также чуткого отношения врача к проблемам и переживаниям пациента. Возможна методика проведения курсовой терапии, в которой пациент принимает участие в совместном формировании решений о приеме препаратов с целью повышения приверженности. Это в свою очередь также повысит заинтересованность пациента в своем лечении, его осознанность и увеличит шансы постоянного приема лекарственных средств [4].

Клиническая картина у пациентов с психическими расстройствами является определяющей в плане прогноза приверженности терапии. Сам факт наличия психического расстройства в любом его проявлении значительно снижает вероятность хорошей приверженности терапии. При этом следует обращать внимание на характер и выраженность продуктивной и негативной симптоматики. Так, нарастание негативных симптомов (например, апатия, абулия) может лишать пациента мотивации к терапии и приводить к забывчивости. В данном случае существует множество тактик улучшения приема лекарственных средств. Уместны стратегии текстовых напоминаний пациентам с помощью мобильных телефонов, а также беседы с пациентом, увеличивающие мотивацию последнего [5].

Факторы, связанные с родными пациента, критически важны для эффективной фармакотерапии, но в зависимости от каждой конкретной ситуации

в семье они могут оказывать двойственное влияние. Уровень поддержки со стороны родственников и друзей может стать как решающим стимулом для продолжения терапии, так и главным барьером на пути приверженности. Практика показывает, что близкие могут препятствовать приему лекарственных препаратов или требовать прервать стационарное лечение, так и напротив, семейная поддержка и постоянные напоминания о приеме препаратов формирует положительный социальный фон, что в свою очередь оказывает положительный эффект в соблюдении правил лечения [6,7].

Врач-психиатр является основным связующим звеном в терапевтическом процессе. Успех терапии определяется не только качеством лекарственных препаратов, но и качеством взаимодействия в системе «врач-пациент». Эффективность этой системы обеспечивают профессионализм, эмпатия и партнерский стиль общения, тогда как авторитарная позиция врача, нетерпимость сотрудника сферы здравоохранения к пациенту и отсутствие корректной формы общения с последним приводят к низкой приверженности терапии [8].

Заключение

Таким образом, пациенты психиатрического профиля имеют множество причин, которые в той или иной мере понижают комплаентность, однако по каждому из вышеописанных факторов возможно и нужно работать специалистам сферы здравоохранения, поскольку своевременное выполнение всех назначений врача является одной из важнейших составляющих любой терапии. Улучшение осведомленности пациента о возможных побочных эффектах, снижение количества приема препаратов с помощью использования длительно действующих препаратов, наряду с выстраиванием атмосферы доверия, многократными беседами и социальной поддержкой семейного окружения

являются основными методиками, воздействующие на факторы снижения приверженности терапии.

Источники и литература / Sources and references:

1. Пермякова, Н. В. Комплаенс-терапия как один из методов психотерапии психических заболеваний / Н. В. Пермякова // Наука, образование, общество: тенденции и перспективы развития : материалы II Всероссийской научно-практической конференции. 2025.

2. Bröms, G. Psychoeducation and motivational interviewing to reduce relapses and increase patients' involvement in antipsychotic treatment: interventional study / G. Bröms, L. Cahling, A. Berntsson, L. Öhrmalm // BJPsych Bull. 2020. № 6. С. 265–268.

3. Аддиктивное поведение как часть поведения социального: социологический анализ / В. А. Жуков, Н. В. Баблоян, А. М. Лилюхин, Л. П. Вардомацкая // Государственное и муниципальное управление. Учёные записки. 2022. № 2. — С. 253.

4. Pérez-Revuelta, J. I. Shared decision making with schizophrenic patients: a randomized controlled clinical trial with booster sessions (DECIDE Study) / J. I. Pérez-Revuelta, F. González-Sáiz, J. M. Pascual-Paño [et al.] // Patient Educ Couns. 023. № 110. С. 107656.

5. Cahaya, N. Interventions to Improve Medication Adherence in People with Schizophrenia: A Systematic Review / N. Cahaya, S. A. Kristina, A. W. Widayanti, J. Green // Patient Prefer Adherence. 2022. № 16. С. 2431–2449.

6. Kim, S. H. Effectiveness of family interventions for patients with schizophrenia: A systematic review and meta-analysis / S. H. Kim, S. Park // Int J Ment Health Nurs. 2023. № 32(6). С. 1598–1615.

7. Guo, J. Influencing factors of medication adherence in schizophrenic patients: a meta-analysis / J. Guo, X. Lv, Y. Liu [et al.] // Schizophrenia (Heidelb). 2023. № 9(1). С. 31.

8. Лукашенко, Д. В. Аддиктивное поведение как одна из форм отклоняющегося поведения / Д. В. Лукашенко // Российский научный вестник. 2026. № 4. С. 299.

КОГНИТИВНЫЕ СТИЛИ СТУДЕНТОВ И ИХ СВЯЗЬ С АКАДЕМИЧЕСКОЙ УСПЕВАЕМОСТЬЮ

Осипова Э. М.
Кафедра клинической психологии
ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово.
Научный руководитель- С. А. Юдин

Аннотация. В статье рассматривается связь когнитивных стилей студентов с академической успеваемостью. Анализируются основные параметры когнитивного стиля — полезависимость/поленезависимость (Г. Уиткин), импульсивность/рефлексивность (Дж. Каган), узкий/широкий диапазон эквивалентности — и их роль в учебной деятельности. Представлен подход М. А. Холодной к пониманию когнитивных стилей и феномену «расщепления» их полюсов. Раскрывается понятие академической успеваемости и её операционализация в психологических исследованиях. На основе обзора современных эмпирических исследований, включая мета-аналитические данные, описываются механизмы влияния стилевых характеристик на успешность обучения и проблема согласованности стиля студента и стиля учебных заданий. Приводятся результаты проведённого опроса студентов (N = 34) и сформулированы практические рекомендации для преподавателей. Делается

вывод, что когнитивные стили выступают значимым, но неоднозначным предиктором академической успеваемости.

Ключевые слова: когнитивные стили, полезависимость, поленезависимость, импульсивность, рефлексивность, аналитичность, холистичность, академическая успеваемость.

STUDENTS' COGNITIVE STYLES AND THEIR RELATIONSHIP TO ACADEMIC PERFORMANCE

Osipova E. M.
Department Psychology
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia.
Scientific Supervisor- S. A. Yudin.

Abstract. This article examines the relationship between students' cognitive styles and their academic performance. It analyzes key cognitive style parameters—field dependence/independence (H. Witkin), impulsivity/reflectivity (J. Kagan), and narrow/broad equivalence range—and their role in academic activity. The approach developed by M. A. Kholodnaya regarding the understanding of cognitive styles and the phenomenon of the "splitting" of their poles is presented. The concept of academic performance and its operationalization in psychological research are also discussed. Based on a review of contemporary empirical studies, including meta-analytic data, the article describes the mechanisms through which stylistic characteristics influence learning success, as well as the issue of alignment between a student's cognitive style and the nature of academic tasks. The results of a survey conducted among students (N = 34) are presented, and practical recommendations for educators are offered. The article concludes that cognitive styles serve as a significant, yet complex, predictor of academic performance.

Keywords: cognitive styles, field dependence, field independence, impulsivity, reflectivity, analyticity, holism, academic achievement.

Проблема прогнозирования академической успеваемости студентов традиционно связывается с уровнем интеллекта, мотивацией и качеством обучения. Однако исследования последних десятилетий показывают, что существенный вклад в успешность учебной деятельности вносят когнитивные стили — индивидуальные способы переработки информации, характеризующие устойчивые различия в восприятии, мышлении и решении задач. В отличие от интеллекта, когнитивный стиль описывает не уровень способностей, а способ их реализации.

Актуальность обращения к этой проблеме обусловлена не только теоретическим интересом, но и практической необходимостью. Если когнитивные стили действительно связаны с успеваемостью, преподаватель может адаптировать формы подачи материала и контроля, чтобы разные студенты могли реализовать свой потенциал. Однако данные о направлении и силе этой связи остаются противоречивыми: одни исследования подтверждают преимущество поленезависимости и рефлексивности, другие не обнаруживают значимых различий. Кроме того, за последнее десятилетие количество публикаций по проблеме когнитивных стилей выросло в 10 раз [3], что указывает на сохраняющийся интерес к теме и её недостаточную изученность.

Цель настоящей работы — на основе интеграции классических и современных исследований, а также проведённого опроса показать, как концептуальный аппарат теории когнитивных стилей позволяет объяснить различия в академической успеваемости студентов.

1. Понятие когнитивного стиля

Когнитивные стили представляют собой индивидуально-своеобразные способы переработки информации, устойчиво проявляющиеся в познавательной деятельности. Как отмечает М. А. Холодная, когнитивный стиль — это индивидуальный способ переработки информации «в виде индивидуальных

различий в восприятии, анализе, структурировании, категоризации, оценивании происходящего» [4, с. 38]. Когнитивные стили не сводятся к отдельным способностям, а характеризуют индивидуальные различия в интеллектуальной продуктивности: времени отбора информации, оценивании гипотез, точности перцептивного сканирования.

М. А. Холодная выделяет ряд когнитивных стилей, среди которых наиболее изученными являются полезависимость/поленезависимость, узкий/широкий диапазон эквивалентности, ригидный/гибкий познавательный контроль, импульсивность/рефлексивность, конкретная/абстрактная концептуализация, когнитивная простота/сложность [4].

В современном белорусском исследовании Дроздовой, Журавкиной и Лобанова (2023) когнитивные стили рассматриваются через призму теории метастилей В. А. Колга и концепции конфигурации когнитивных стилей А. Г. Тицкого. Авторы подчёркивают, что полюса когнитивных стилей могут группироваться в два метастиля — аналитичность и синтетичность, а их конфигурация влияет на эффективность обучения по гуманитарным и техническим дисциплинам [2].

2. Подход Г. Уиткина: полезависимость/поленезависимость

Одним из первых и наиболее влиятельных направлений в изучении когнитивных стилей стала теория психологической дифференциации Г. Уиткина (Herman Witkin), разработанная в 1950–1970-е годы. Уиткин исходил из представления о том, что когнитивное функционирование человека характеризуется степенью дифференцированности — от более глобального, синкретичного восприятия к более артикулированному, аналитическому [14;15].

Центральным конструктом его теории стала полезависимость/поленезависимость (ПЗ-ПНЗ). Поленезависимость означает способность выделять существенные признаки объекта или явления независимо

от контекста, в который они включены; полезависимость, напротив, означает большую зависимость восприятия от внешнего поля, контекста, фона. Поленезависимые индивиды ориентируются на собственные знания и опыт, а не на внешние ориентиры; они легче выделяют существенные признаки в условиях избыточной или противоречивой информации [9].

Для диагностики ПЗ-ПНЗ Уиткин разработал несколько методик, наиболее известными из которых стали тест «Встроенные фигуры» (Embedded Figures Test) и его групповая версия «Фигуры Готтшальдта» (Group Embedded Figures Test). Испытуемому предлагается найти простую геометрическую фигуру внутри сложного узора, который маскирует её. Поленезависимые справляются быстрее и точнее, поскольку способны вычленить фигуру из контекста [9].

Связь ПЗ-ПНЗ с успеваемостью активно изучалась в 1970–1990-е годы. Обзор исследований показал, что поленезависимые учащиеся в среднем успешнее полезависимых, будь то в конкретной дисциплине или по всем предметам [15]. Более поздний мета-анализ 42 исследований подтвердил значимую положительную корреляцию ПЗ-ПНЗ с академической успеваемостью [16][18]. При этом модераторами связи выступили инструмент измерения когнитивного стиля, предметная область и тип академического достижения; пол и образовательная ступень значимого влияния не оказали.

В исследовании А. А. Кузнецовой (2015) на выборке 43 студентов вуза было показано, что для успевающих студентов характерно преобладание поленезависимости, рефлексивности, формальности, практичности, способности к категоризации и логичности. Среднеуспевающие студенты, напротив, характеризуются полезависимостью, импульсивностью, интуитивностью и сниженной способностью к категоризации. С помощью регрессионного анализа автор выявила, что на успеваемость по естественнонаучному циклу влияют

поленезависимость, рефлексивность, формальность и практичность, а по гуманитарному циклу — гибкость, логичность и рефлексивность [3].

3. Подход Дж. Кагана: импульсивность/рефлексивность

Вторым классическим направлением стало изучение импульсивности/рефлексивности (И-Р), начало которому положил Дж. Каган (Jerome Kagan) в 1960-е годы. Каган обратил внимание на то, что дети различаются не только по уровню способностей, но и по темпу и точности принятия решений в ситуациях неопределённости [12].

Рефлексивный стиль предполагает тщательный анализ альтернатив перед принятием решения: человек дольше думает, но ошибается меньше. Импульсивный стиль, напротив, связан с быстрыми, но менее точными решениями: человек выбирает первую пришедшую в голову альтернативу, не проверяя её [4].

Для диагностики И-Р Каган разработал тест MFFT (Matching Familiar Figures Test), в котором испытуемому предлагается найти среди нескольких вариантов тот, который точно совпадает с эталоном. Фиксируется время первого ответа и количество ошибок: рефлексивные студенты дольше думают, но ошибаются меньше; импульсивные —быстрее, но с большим числом ошибок [12].

Связь И-Р с успеваемостью подтверждается рядом исследований. Лонгитюдное исследование с участием 124 студентов показало, что импульсивные студенты демонстрируют худшую успеваемость по сравнению с рефлексивными; при совместном учёте рефлексивности/импульсивности и эффективности/неэффективности оценки выстраиваются от низших к высшим в следующем порядке: импульсивные-неэффективные, импульсивные-эффективные, рефлексивные-неэффективные, рефлексивные-эффективные [17]. В российском исследовании динамики когнитивного стиля у студентов также

установлено, что начиная со второго курса более успешными становятся студенты с преобладанием рефлексивного стиля [7].

4. Узкий и широкий диапазон эквивалентности

Третий параметр, который традиционно рассматривается в связи с успеваемостью, — узкий/широкий диапазон эквивалентности. Он характеризует индивидуальные различия в масштабах оценки сходства и различия объектов. Люди с узким диапазоном склонны разделять объекты на большое количество групп, замечая мельчайшие различия; люди с широким диапазоном, напротив, объединяют объекты в крупные группы, ориентируясь на общее сходство [8].

В исследовании Дроздовой и соавторов (2023) у студентов гуманитарного профиля преобладал именно узкий диапазон эквивалентности (18,17 против 12,31 у широкого). То есть будущие специалисты помогающих профессий склонны скорее дробить информацию на части, чем объединять её в крупные блоки [2].

5. Подход М. А. Холодной: интеграция и феномен «расщепления»

М. А. Холодная внесла значительный вклад в систематизацию теории когнитивных стилей в отечественной психологии. Она рассматривает когнитивный стиль как интегральную характеристику индивидуальности, которая не сводится к отдельным способностям, а определяет способ взаимодействия человека с информацией [4].

Холодная описала феномен «расщепления» полюсов когнитивных стилей: внутри каждого полюса могут выделяться субгруппы, различающиеся по дополнительным показателям — мере дифференцированности конструктов, предметной эффективности и т. д. [4;5]. Это означает, что связь когнитивного стиля с успеваемостью может быть нелинейной и опосредованной другими когнитивными характеристиками. Например, среди поленезависимых могут

встречаться как «эффективные», так и «неэффективные» в учебной деятельности студенты.

Холодная также подчёркивает, что когнитивные стили обладают ресурсом подвижности: они могут изменяться под влиянием специально организованного обучения [10]. Это открывает перспективу не только диагностики, но и целенаправленного развития стилевых характеристик.

Понятие академической успеваемости

Под академической успеваемостью в работе понимается мера соответствия фактических результатов обучения запланированным, выраженная в оценках. На практике в исследованиях её чаще всего фиксируют через средний балл за семестр или через оценки по отдельным дисциплинам [16;18]. При этом успеваемость отражает не только сумму знаний, но и сформированность учебных умений и мотивацию студента.

Как отмечают исследователи, связь когнитивного стиля с успеваемостью сильнее, когда мера стиля по специфичности соответствует мере успеваемости: домен-специфичные стилевые характеристики лучше предсказывают оценки по конкретному предмету, чем общие характеристики — общий балл [16].

В современных условиях цифровизации образования, роста учебных нагрузок и неопределённости профессиональных перспектив возрастает роль психологических факторов, включая когнитивные и личностные характеристики студентов [1].

Современные исследования связи когнитивных стилей и успеваемости

Современные исследования продолжают уточнять характер связи когнитивных стилей с успеваемостью. Обобщение данных 42 исследований показало устойчивую положительную связь полезависимости/поленезависимости с успеваемостью. При этом сила этой связи

неодинакова: она выше для учащихся средней школы по сравнению с начальной и зависит от предметной области [16;18].

Вместе с тем, когда речь заходит о вербально-образном и холистически-аналитическом стилях, явного преимущества ни одного из полюсов в отношении академических достижений выявлено не было [13]. Это говорит о том, что связь когнитивного стиля с успеваемостью не универсальна и зависит от конкретного стилевого измерения и условий обучения.

Изучение студентов старших курсов также не выявило статистически значимых различий между успешностью обучения и определёнными полюсами стилевых измерений. Студентов с «соответствующим» (поленезависимым, рефлексивным, гибким) стилем оказалось незначимо больше среди успевающих, но в этой выборке часто встречались и противоположные стили. В итоге был сделан вывод, что успешные студенты обладают разными когнитивными стилями, а не только «соответствующими» стилю преподавания [9].

Ключевым механизмом, объясняющим неоднозначность результатов, выступает согласованность когнитивного стиля студента и стиля учебных заданий. Исследования показывают, что успеваемость повышается, когда требования задачи соответствуют стилевым предпочтениям обучающегося. Студенты с поленезависимым, рефлексивным и аналитичным стилем показывают более высокие результаты при выполнении контрольных заданий аналитического варианта. Те, у кого сильнее выражены полезависимость, импульсивность и синтетичность, лучше справляются с заданиями синтетического варианта. Было доказано повышение академической успешности при соответствии когнитивного стиля обучающихся и стиля средств контроля учебной деятельности [23;25].

Эти данные согласуются с представлением о том, что рассогласование когнитивного стиля и стиля обучения приводит не только к снижению

успеваемости, но и к формированию повышенного уровня тревожности. Напротив, согласованность заданий индивидуальному когнитивному стилю создаёт благоприятные условия для поддержания познавательной мотивации [23].

В исследовании студентов гуманитарного профиля были выделены три группы по конфигурации полюсов когнитивных стилей. Установлено, что студенты помогающих профессий не отличаются по степени выраженности полезависимости и склонности к широкому диапазону эквивалентности. Доминирующим стилем обучения оказался «мыслитель» (40,28 % респондентов), а наиболее редким — «прагматик» (5,56 %). Полученные данные позволяют дифференцировать группы обучающихся и внедрять студентоцентрированные образовательные технологии [2].

Отдельно стоит упомянуть работу, в которой изучалась связь фаталистических установок, копинг-стратегий и академической успеваемости. Хотя когнитивные стили не были предметом этого исследования, его результаты важны для понимания психологических факторов успеваемости: было установлено, что проблемно-ориентированный копинг демонстрирует статистически значимую положительную связь с академической успеваемостью, тогда как эмоционально-ориентированные и избегающие стратегии не оказывают существенного влияния на учебные результаты [1].

Результаты эмпирического исследования

Для проверки связи когнитивных стилей с академической успеваемостью было организовано исследование, в котором приняли участие 34 студента. Респонденты представляют различные вузы (КемГМУ, КемГУ, ТГУ, КузГТУ и др.) и направления подготовки — от клинической психологии и педиатрии до радиофизики, строительства и IT. Большинство участников обучаются на 2 курсе (76,5 %).

Распределение по успеваемости. Большинство участников оценили свою успеваемость как «среднюю» (44,1 %) или «скорее высокую» (29,4 %). «Очень высокую» успеваемость отметили 23,5 % респондентов, «скорее низкую» — 2,9 %. По статусу обучения: 38,2 % назвали себя отличниками, 50 % — хорошистами, 5,9 % — троечниками, ещё 5,9 % затруднились ответить.

Стилевые предпочтения. Анализ ответов на 12 утверждений опросника показал, что у респондентов аналитичность выражена чуть сильнее, чем холистичность. Большинство участников согласились с утверждениями о том, что им помогает чёткий алгоритм или пошаговая инструкция (61,8 % выбрали «5»), и что они лучше запоминают факты и определения, чем общие идеи (26,5 % выбрали «5» и 29,4 % — «3»). При этом высокая доля ответов «5» (44,1 %) была получена по утверждению «Мне проще понять тему, если я разберу её на отдельные части». Это указывает на преобладание аналитического подхода к обучению.

Холистичность оказалась выражена несколько слабее. Например, с утверждением «Мне проще понять тему, если я сначала увижу общую картину, а потом разберусь в деталях» полностью согласились 23,5 % (оценка «5»), а большинство (35,3 %) выбрали «3». Однако с утверждением «Я хорошо понимаю связи между разными темами и предметами» 29,4 % выбрали «5», что говорит о наличии у части студентов целостного восприятия материала.

Гибкость оказалась на среднем уровне: большинство ответов на утверждения о переключении между способами решения и удержании противоречий распределились между «2», «3» и «4» (29,4 %, 14,7 % и 26,5 % соответственно). Это значит, что студенты испытывают определённые трудности при переключении, но не критичные.

Соотношение стилей и успеваемости. На основе описательных статистик можно предположить, что студенты с более выраженной аналитичностью (что

характерно для данной выборки в целом) чаще относят себя к хорошистам и отличникам. Однако для строгой проверки гипотезы о статистической связи требуется корреляционный анализ на основе индивидуальных данных, который выходит за рамки данного описательного этапа.

Практические рекомендации для преподавателей

Представленные ниже рекомендации сформулированы на основе данных проведённого опроса и учитывают выявленные стилевые предпочтения студентов.

1) Давать больше алгоритмов и пошаговых инструкций. Это самый выраженный запрос выборки: 61,8 % респондентов поставили максимальный балл утверждению «Мне помогает учиться, когда преподаватель даёт чёткий алгоритм или пошаговую инструкцию». Преподавателю рекомендуется при объяснении сложной темы предлагать студентам план действий: «Шаг 1 — сделайте это, шаг 2 — это». Такая структура не упрощает материал искусственно, а соответствует аналитическому стилю переработки информации и снижает когнитивную нагрузку при первичном освоении темы.

2) Связывать новую тему с уже пройденным материалом. 29,4 % респондентов выбрали «5» (и ещё 26,5 % — «4») на утверждение «Я хорошо понимаю связи между разными темами и предметами». Это означает, что значительная часть студентов нуждается в явном указании на эти связи. Преподавателю рекомендуется в начале каждой лекции уделять 2–3 минуты на то, чтобы показать, как новая тема связана с предыдущей: не «сегодня мы пройдём вот это», а «мы изучали X, и сегодняшняя тема — продолжение, потому что…». Это помогает и холистикам, и аналитикам, поскольку даёт общую рамку, внутри которой можно разбирать детали.

3) Не путать медленный ответ с незнанием. Почти половина респондентов (29,4 % выбрали «2», 14,7 % — «3») отметили, что им не всегда легко

переключаться между разными способами решения задачи. При этом 38,2 % участников — отличники. Это означает, что студент с высокой успеваемостью может нуждаться в дополнительном времени на «вхождение» в задачу. Преподавателю рекомендуется на семинарах и контрольных давать 1–2 минуты на обдумывание перед тем, как требовать ответ. Если студент долго думает, это может быть проявлением рефлексивного стиля, а не отсутствием знаний.

Заключение

Проведённый теоретический анализ и обзор эмпирических исследований позволяют сделать следующие основные выводы. Когнитивные стили студентов представляют собой значимый, но неоднозначный фактор академической успеваемости. Мета-аналитические данные подтверждают положительную связь полезависимости/поленезависимости с успеваемостью, а также преимущество рефлексивного стиля над импульсивным. В то же время часть исследований не обнаруживает значимых различий, что указывает на зависимость связи от конкретного стилевого измерения и условий обучения [5;13].

Проведённый опрос (N = 34) показал, что в студенческой выборке преобладает аналитический подход к обучению: большинство студентов предпочитают разбирать материал на части и действовать по алгоритму. При этом успеваемость большинства оценивается как средняя или скорее высокая, а доля отличников и хорошистов составляет 88,2 %. Это согласуется с литературными данными о том, что аналитичность и поленезависимость в среднем связаны с более высокой успеваемостью [3;16].

Ключевым механизмом, объясняющим неоднозначность результатов, выступает согласованность когнитивного стиля студента и стиля учебных заданий. Это открывает практическую перспективу: преподаватель может не «подгонять» студентов под один стиль, а варьировать формы учебной работы, создавая условия для реализации разных когнитивных стратегий.

Современные исследования расширяют представление о связи когнитивных стилей с успеваемостью: они показывают, что эта связь опосредована конфигурацией стилевых полюсов, предметной областью и копинг-стратегиями студентов. Перспективными направлениями будущих исследований являются изучение связи когнитивных стилей с успеваемостью в разных предметных областях и разработка адаптивных учебных сред, учитывающих индивидуальные различия студентов.

Источники и литература / Sources and references:

1. Карюченко А. Е. Связь фаталистических установок, копинг-стратегий поведения и академической успеваемости у студентов // Вестник магистратуры. 2025. № 12-2 (171). С. 36–40.

2. Дроздова Н. В., Журавкина И. С., Лобанов А. П. Style mix: стили обучения и когнитивные стили студентов // Цифровая гуманитаристика и технологии в образовании (DHTE 2023). М.: МГППУ, 2023. С. 695–709.

3. Кузнецова А. А. Влияние когнитивных стилей на академическую успеваемость студентов // Материалы конференций. Курск: Курский государственный медицинский университет, 2015. С. 35–36.

4. Холодная М. А. Когнитивные стили: о природе индивидуального ума. СПб.: Питер, 2004. 384 с.

5. Холодная М. А. Психология интеллекта: парадоксы исследования. СПб.: Питер, 2019. 272 с.

6. Либин А. В. Дифференциальная психология: на пересечении европейских, российских и американских традиций. М.: Смысл, 1999. 532 с.

7. Сленко Ю. Н., Цымбалюк А. Э. Динамика формирования когнитивного стиля «рефлексивность–импульсивность» и успешность учебной деятельности студентов // Ярославский педагогический вестник. 2016. № 1. С. 194–198.

8. Колга В. А. Дифференциально-психологическое исследование когнитивного стиля и обучаемости: дис. … канд. психол. наук. Л.: ЛГУ, 1976.

9. Кукаркин Б. А. Когнитивные стили и успешность обучения студентов // Ломоносов-2007: материалы конференции. — М.: МГУ, 2007.

10. Григоренко Е., Стернберг Р. Стили мышления в школе // Вестник МГУ. Серия 14. Психология. 1996. № 3. С. 34–42.

11. Клаус Г. Введение в дифференциальную психологию учения. М.: Педагогика, 1987. 176 с.

12. Kagan J. Impulsivity and reflectivity in children // Journal of Abnormal Psychology. 1965. Vol. 70, No. 5. P. 345–352.

13. Peterson E. R., Meissel K. The effect of Cognitive Style Analysis (CSA) test on achievement: A meta-analytic review // Learning and Individual Differences. 2015. Vol. 38. P. 115–122.

14. Riding R., Cheema I. Cognitive styles — an overview and integration // Educational Psychology. 1991. Vol. 11, No. 3–4. P. 193–215.

15. Tinajero C., Paramo M. F. Field dependence-independence cognitive style and academic achievement // European Journal of Psychology of Education. 1998. Vol. 13, No. 2. P. 227–251.

16. Xie Q., Yang K., Ji R., Qian Y., Tong L., Chao C. N. G. Cognitive style and students' academic achievement: a meta-analysis // Frontiers in Education. 2025. Vol. 10. Art. 1634732.

17. Entwistle N. J. Styles of teaching and learning. Chichester: Wiley, 1981.

18. Шадриков В. Д. Проблемы системогенеза профессиональной деятельности. М.: Наука, 1982. 185 с.

19. Wardell D. M., Royce J. R. Toward a Multifactor Theory of Style and Their Relationship to Cognition and Affect // Journal of Personality. 1978. Vol. 46, No. 3. P. 474–505.

20. Volkova E. V., Rusalov V. M. Cognitive styles and Personality // Personality and Individual Differences. 2016. Vol. 99. P. 266–271.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ РЕАГИРОВАНИЯ НА КРИЗИСНЫЕ И ЭКСТРЕМАЛЬНЫЕ СИТУАЦИИ: ФАКТОРЫ УСТОЙЧИВОСТИ И ПОДХОДЫ К ПОМОЩИ

Павлова В. В.
Кафедра психиатрии и наркологии
ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Россия, г. Кемерово
Научный руководитель – А. А. Яковлева

Аннотация. Современный мир стал значительно сложнее и опаснее. На психику человека постоянно воздействуют стрессоры высокой интенсивности, вызывающие чувство тревоги и незащищённости. В статье рассматриваются психологические механизмы реагирования человека на кризисные и экстремальные ситуации, включая острые стрессовые реакции, особенности когнитивной оценки угрозы и факторы психологической устойчивости. Доказано что, своевременная поддержка, восстановление чувства безопасности и доступ к профессиональной помощи могут снижать риск закрепления неблагоприятных последствий стресса.

Ключевые слова: кризисная ситуация, экстремальная ситуация, психологический стресс, психологическая устойчивость.

PSYCHOLOGICAL MECHANISMS OF RESPONSE TO CRISIS AND EXTREME SITUATIONS: RESILIENCE FACTORS AND APPROACHES TO ASSISTANCE

Pavlova V. V.
Department of Psychiatry and Narcology
Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo
Scientific supervisor – Yakovleva A. A.

Abstract. The modern world has become significantly more complex and dangerous. The human psyche is constantly exposed to high-intensity stressors that cause feelings of anxiety and insecurity. The article examines the psychological mechanisms of human response to crisis and extreme situations, including acute stress reactions, the specifics of cognitive appraisal of threat, and factors of psychological resilience. It has been proven that timely support, restoration of a sense of safety, and access to professional assistance can reduce the risk of adverse stress consequences becoming entrenched.

Keywords: crisis situation, extreme situation, psychological stress, psychological resilience

Введение

Психология кризисных и экстремальных ситуаций — отрасль психологии, предметом которой являются: экстремальные и кризисные состояния и переживания; особенности функционирования психики в экстраординарных условиях; механизмы психической травматизации; этиологические факторы развития психических нарушений вследствие психотравматизации; детерминанты психической устойчивости в экстремальных и кризисных ситуациях [6].

Данная отрасль психологии является значимым объектом исследования, так как затрагивает базовые механизмы адаптации человека. Объектом исследования становиться здоровые люди, пережившие экстремальную ситуацию. К таким обстоятельствам относятся природные и техногенные катастрофы, вооружённые конфликты, внезапная утрата близкого человека, тяжёлые медицинские события, насилие и другие ситуации, в которых привычные способы совладания оказываются недостаточными.

Экстремальность определяется объективной тяжестью события, тем, как человек оценивает угрозу, какие ресурсы считает доступными, какую поддержку получает.

В научной литературе кризис описывают как состояние нарушения привычного равновесия, возникающее при столкновении значимого жизненного события с ограниченными возможностями преодоления. В условиях высокой интенсивности угрозы, дефицита времени, неопределенности связана экстремальная ситуация с потенциальным риском для жизни, здоровья или целостности личности. Понятия пересекаются, однако не являются полностью тождественными: кризис развивается без непосредственной физической опасности. Экстремальное событие не у каждого человека приводит к длительному психологическому кризису.

Цель статьи – обобщение современных теоретических представлений о психологическом реагировании на кризисные и экстремальные ситуации, выделение факторов, связанных с устойчивостью, описание основных принципов первичной психологической поддержки. Актуальность темы обусловлена стремительным развитием современного мира: неустойчивость международной обстановки, экономическим кризисом, войнами, психологического напряжения на работе.

Объекты и методы исследования

Объектом рассмотрения выступают психологические реакции человека на кризисные и экстремальные обстоятельства. Предмет исследования — особенности оценки угрозы, эмоциональные и поведенческие реакции, ресурсы адаптации и подходы к оказанию первичной поддержки.

Методологическую основу составляет теоретический анализ и обобщение научных публикаций по психологии стресса, совладания, психологической устойчивости и психологической первой помощи. Использованы сравнительно-

аналитический подход и тематическая систематизация положений, представленных в работах Р. Лазаруса и С. Фолкман, Дж. Бонанно, Дж. Хобфолла, Хрусталёвой и коллег, а также в руководствах Всемирной организации здравоохранения и Межведомственного постоянного комитета [1–6]. Эмпирическое исследование в рамках данной статьи не проводилось, поэтому выводы имеют теоретико-обобщающий характер.

Результаты и их обсуждение

Психологическое реагирование на кризис нельзя свести к одной последовательности. Реакции зависят от нескольких факторов: характера события, предшествующего опыта, состояния здоровья, возраста, культурного контекста, доступности помощи и субъективной оценки происходящего. Один человек может демонстрировать активность и собранность, другой — растерянность, плач, оцепенение или стремление избегать контакта.

В рамках транзакционной модели стресса Р. Лазаруса и С. Фолкман стрессовое переживание рассматривается как результат взаимодействия человека и среды, опосредованный когнитивной оценкой ситуации [1]. При первичной оценке человек определяет, представляет ли событие угрозу, потерю или вызов. При вторичной оценке он соотносит требования ситуации с доступными ресурсами: собственными навыками, временем, материальными возможностями и социальной поддержкой. Если требования воспринимаются как превышающие ресурсы, напряжение может усиливаться; изменение оценки ситуации и появление практической помощи способны облегчить совладание.

На физиологическом уровне острый стресс может сопровождаться учащением сердцебиения и дыхания, мышечным напряжением, потливостью, дрожью, тошнотой и нарушениями сна. На эмоциональном уровне возможны страх, тревога, гнев, вина, печаль или эмоциональное онемение. Когнитивные проявления включают сужение внимания, трудности концентрации, замедление

или импульсивность принятия решений, повторное мысленное возвращение к событию. Поведенчески могут наблюдаться беспокойство, стремление немедленно действовать, уход от контактов либо временная пассивность. Эти реакции нередко являются кратковременными ответами организма на чрезвычайную нагрузку.

Но также нужно учитывать тот факт, что не у всех людей после экстремального события длительно остаются нарушения. Дж. Бонанно подчеркивает вариативность траекторий адаптации и описывает психологическую устойчивость как один из возможных распространенных вариантов реагирования на потенциально травматические события [2]. Устойчивость в данном контексте обозначает о способности сохранять или постепенно восстанавливать функционирование при наличии внутренних и внешних ресурсов. Поэтому нельзя оценивать состояние человека только по внешней собранности: отсроченные реакции также возможны.

К числу индивидуальных факторов, способных поддерживать адаптацию, относятся гибкость мышления, навыки эмоциональной регуляции, реалистичная оценка рисков, опыт успешного преодоления трудностей и способность обращаться за помощью. Существенную роль играет социальное окружение: эмоционально доступные близкие, понятная информация, предсказуемость действий специалистов и возможность удовлетворить базовые потребности. Осложнить ситуацию могут длительная изоляция, повторное воздействие угрозы.

Особое значение имеет социальная поддержка. В условиях кризиса человеку может быть трудно самостоятельно организовать действия, обработать информацию и сформулировать просьбу о помощи. Присутствие другого человека, ясные короткие объяснения и практическое содействие способны восстановить ощущение ориентировки и контроля

Психологическая первая помощь (ППП) представляет собой гуманную, поддерживающую и практическую помощь людям, пережившим тяжёлое событие, с уважением к их достоинству, культуре и возможностям [3; 4]. Она не является психотерапией и не предполагает обязательного подробного пересказа травматического опыта. В руководствах ВОЗ и Межведомственного постоянного комитета подчёркиваются принципы безопасного контакта, уважения, внимательного выслушивания без давления, выявления актуальных потребностей и соединения человека с доступными источниками помощи [3; 4]. Общие вопросы психологического сопровождения личности в экстремальных и критических ситуациях также систематизированы в учебнике под редакцией Н. С. Хрусталёвой [6].

Практически оказание первичной поддержки можно организовать в несколько взаимосвязанных шагов. Во-первых, необходимо оценить безопасность места и при необходимости привлечь экстренные службы. Во-вторых, следует представиться, говорить спокойно и объяснить, какую помощь возможно предоставить. В-третьих, важно выяснить первоочередные потребности: медицинская помощь, вода, связь с близкими, информация о родственниках, транспорт или безопасное место. В-четвертых, человеку предлагают конкретные варианты действий, сохраняя его право выбора там, где это возможно. В-пятых, при согласии помогают связаться с близкими, медицинскими и социальными службами. Поддержка должна учитывать возраст, инвалидность, языковые и культурные особенности.

После завершения непосредственной угрозы важны восстановление режима сна и бодрствования, безопасность, поддержание общения. Следует избегать как патологизации любой сильной реакции, так и недооценки стойких симптомов. Если тревога, навязчивые воспоминания, избегание, нарушения сна или снижение способности выполнять повседневные обязанности сохраняются,

усиливаются либо существенно нарушают жизнь, целесообразно обратиться к специалисту. При угрозе самоубийства, выраженной спутанности сознания, тяжелой диссоциации или невозможности обеспечить базовую безопасность требуется срочная профессиональная оценка.

Отдельного внимания заслуживает профилактика вторичного травматического стресса у специалистов, регулярно работающих с последствиями катастроф, насилия, утрат. Медицинские работники, спасатели, психологи, волонтеры сталкиваются с эмоциональным истощением, нарушением сна, чувством вины, повышенной настороженностью. Для профессиональной устойчивости предусмотрены реалистичное распределение нагрузки, регулярные перерывы, командное обсуждение сложных случаев, обучение, доступ к конфиденциальной психологической помощи.

Обобщение рассмотренных подходов показывает, что эффективное реагирование на кризисные ситуации требует сочетания нескольких уровней поддержки: обеспечения физической безопасности, удовлетворения базовых потребностей, восстановления социальных связей, при необходимости, предоставления специализированной психологической или психиатрической помощи. К конкретному контексту адаптируются универсальные рекомендации. Методы, подходящие для спокойной обстановки, неприменимы для автоматического переноса на ситуацию продолжающейся угрозы: единый способ эмоциональной регуляции не универсален для всех людей.

Особенности реакций в разные периоды кризиса

Реакция на чрезвычайное событие – динамика во времени. В первые минуты, часы на первый план выдвинуты задачи непосредственного выживания: поиск безопасного места, оказание первой помощи, установление контакта с близкими, получение достоверной информации. В этот период человек демонстрирует автоматизм, сильное возбуждение либо, напротив,

заторможенность. Внешнее спокойствие не всегда означает отсутствие внутреннего напряжения. Эмоциональная реакция не обязательно отражает неспособность действовать. Обстоятельства, поведение человека, способность понимать инструкции оценены при оценке состояния.

По мере снижения непосредственной угрозы проявляются усталость, раздражительность, чувство утраты контроля, тревожные воспоминания, нарушения сна. Иногда эмоциональные реакции возникают не сразу, а после того, как человек оказывается в относительной безопасности, получает возможность осознать произошедшее. Подобная динамика требует терпеливого отношения, отказа от жестких ожиданий относительно того, когда человек «должен прийти в себя». Восстановление редко происходит линейно: периоды улучшения сменяются усилением переживаний.

Различают распространенные стрессовые реакции, состояния, требующие клинической оценки. Посттравматическое стрессовое расстройство или другое психическое нарушение автоматически не диагностировано по факту переживания опасного события. Для диагностики учитываются характеристики симптомов: характер, длительность, выраженность, влияние на повседневное функционирование, другие критерии. Задача неспециалиста – обеспечение безопасности, внимательное отношение к потребностям, своевременное направление за профессиональной помощью, не постановка диагноза.

Коммуникация и этические принципы помощи

Качество коммуникации существенно влияет на то, как человек воспринимает доступную помощь. Коммуникация в условиях неопределенности – сообщение информации короткими фразами, отделение подтвержденных сведений от предположений, прямое обозначение неизвестного. Если информация меняется, объясняют причину изменения, не создавая впечатление ложной определенности. Практические инструкции давались небольшими

последовательными шагами, проверялось, правильно ли человек их понял. Подход особенно важен при сильном стрессе, когда способность удержания внимания, обрабатывания сложных сообщений может быть временно снижена.

Этическая поддержка предполагает уважение автономии человека, конфиденциальности, культурных особенностей, когда перед прикосновением, перемещением или привлечением других людей по возможности просят согласие, объясняя свои действия. Без соответствующего согласия запрещено требовать от пострадавшего публично рассказывать о пережитом, фотографировать пострадавшего без разрешения, использовать историю в учебных, информационных целях. Работа с детьми – учет возраста, понятные объяснения при безопасных условиях, поддержание контакта с ответственным взрослым. Если человек отказывается от разговора, решение уважается с предложением доступной практической помощи.

Не менее важно избегать фраз, обесценивающих переживания: «успокойтесь», «другим еще хуже», «вам нужно быть сильным» или «все обязательно будет хорошо». Даже если они произносятся с добрыми намерениями, высказывания усиливают чувство одиночества, вины. В разговоре уместны нейтральные формулировки. Фразы поддержки звучат: «Я рядом», «Давайте разберемся, что нужно в первую очередь», «Я могу помочь связаться с близкими». Эмпатия – не обещание невозможного, не принятие на себя ответственности, выходящей за пределы компетенции оказывающего помощь.

Организационные условия и профилактика неблагоприятных последствий

Психологическая помощь – наиболее эффективная при встроенности в общую систему реагирования на чрезвычайные события. Она должна координироваться с медицинскими, социальными, спасательными службами, чтобы человек не получал противоречивые инструкции, не был вынужден

многократно пересказывать обстоятельства произошедшего. В местах временного размещения созданы доступная навигация, понятные правила, возможность уединения, безопасные пространства для детей, условия для поддержания семейных контактов. Даже простые организационные решения снижают уровень неопределенности, возвращают ощущение предсказуемости.

Профилактика длительных последствий предполагает индивидуальные консультации, поддержку сообщества. Для постепенного возвращения к повседневной жизни созданы необходимые условия благодаря группе взаимопомощи, восстановлению привычных социальных ролей, доступу к образованию, работе, помощи в решении бытовых вопросов, достоверному информированию. Групповые форматы – добровольные, безопасные практики без принуждения участников к подробному раскрытию личного опыта, с учетом неодинаковой полезности коллективного обсуждения для каждого.

Для специалистов, работающих в условиях высокой эмоциональной нагрузки, существенны обучение до возникновения чрезвычайной ситуации, регулярная отработка алгоритмов взаимодействия. Подготовка включает распознавание признаков острого стресса, навыки деэскалации, правила передачи информации, знание границ профессиональной компетенции, понимание маршрутов направления к профильным специалистам. Организациям следует предусматривать разумную продолжительность смен, перерывы, сменяемость задач, возможность обращения за помощью без стигматизации. Профессиональная устойчивость не должна трактоваться как обязанность постоянно выдерживать любую нагрузку без поддержки.

Учитывают ограничения настоящего обзора: работа – теоретический анализ выбранных научных публикаций, руководств, без систематического поиска по всем доступным базам данных, без собственных эмпирических данных. Представленные положения обобщают ключевые концепции, не

оценивая эффективность конкретной программы помощи. Перспективным направлением дальнейшей работы станет изучение психологической грамотности студентов медицинских специальностей, готовности к оказанию первичной поддержки, потребности в практическом обучении навыкам общения с людьми в кризисе.

Заключение

Кризисные, экстремальные ситуации – источник значительной нагрузки на эмоциональные, когнитивные, поведенческие механизмы адаптации. Характер, длительность реакций существенно различаются. Стрессовое реагирование определяется не только объективными параметрами события, но и его субъективной оценкой, предыдущим опытом, доступными ресурсами и социальным контекстом.

Психологическая устойчивость не ограничена полным отсутствием негативных переживаний; с сохранением или восстановлением функционирования, использованием доступной поддержки она связана. В качестве ключевых ресурсов адаптации рассматривают гибкие копинг-стратегии, безопасные социальные связи, ясную информацию, возможность удовлетворения базовых потребностей.

При оказании психологической первой помощи обеспечена гуманная, практичная, ненавязчивая помощь, ориентированная на безопасность, актуальные потребности, достоинство человека. Она не заменяет специализированную помощь при тяжелых или стойких симптомах. Системная подготовка специалистов, повышение психологической грамотности населения – важные условия снижения неблагоприятных последствий кризисных, экстремальных событий.

Источники и литература / Sources and references:

1. Бонанно, Дж. А. Потеря, травма и человеческая устойчивость: мы недооценили способность человека процветать после чрезвычайно неблагоприятных событий? / Дж. А. Бонанно // Американский психолог. 2004. Т. 59, № 1. С. 20–28. DOI: 10.1037/0003-066X.59.1.20.
2. Всемирная организация здравоохранения, Фонд «Ворлд Вижн Интернэшнл», организация «Уорлд Вижн». Первая психологическая помощь: руководство для работников на местах. Женева : Всемирная организация здравоохранения, 2011.
3. Межведомственный постоянный комитет. Руководство Межведомственного постоянного комитета по психическому здоровью и психосоциальной поддержке в чрезвычайных ситуациях. Женева : МППК, 2007.
4. Лазарус, Р. С. Стресс, оценка и совладание / Р. С. Лазарус, С. Фолкман. Нью-Йорк : Спрингер, 1984.
5. Хобфолл, С. Э. Пять основных принципов немедленного и среднесрочного вмешательства при массовой травме: эмпирические данные / С. Э. Хобфолл, П. Уотсон, К. К. Белл [и др.] // Психиатрия. 2007. Т. 70, № 4. С. 283–315. DOI: 10.1521/psyc.2007.70.4.283.
6. Психология кризисных и экстремальных ситуаций : учебник / под ред. Н. С. Хрусталёвой. 2-е изд., стер. СПб. : Изд-во С.-Петерб. ун-та, 2022. — 748 с.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ О СЕБЕ И СОЦИОМЕТРИЧЕСКОГО СТАТУСА У ПОДРОСТКОВ

Пак В. О., Хайдарова Д. Б.
Национальный Университет Узбекистана,
Республика Узбекистан, г. Ташкент
Научный руководитель – Е. В. Бондарева

Аннотация. Целью статьи является теоретический анализ и обобщение научных данных о взаимосвязи представлений подростка о себе и его социометрического статуса в группе сверстников. Методом исследования выступил сравнительный анализ монографий и эмпирических исследований, опубликованных в 1983–2026 гг. Анализ показал, что имеющиеся, преимущественно корреляционные, данные согласуются с предположением о взаимном влиянии оценок сверстников и представлений подростка о себе, однако одновременно оба показателя измерялись лишь в немногих работах, прямая связь общей самооценки с реальным социометрическим статусом подтверждается не во всех исследованиях, а крупномасштабные данные касаются субъективно воспринимаемого, а не реального принятия, поэтому выводы обзора носят предварительный характер. Полученные обобщения могут быть использованы школьными психологами и педагогами при психолого-педагогическом сопровождении подростков с неблагоприятным статусным положением.

Ключевые слова: подростковый возраст, Я-концепция, образ «Я», самооценка, социометрический статус, межличностные отношения, группа сверстников.

THE RELATIONSHIP BETWEEN SELF-CONCEPT AND SOCIOMETRIC STATUS IN ADOLESCENTS

Pak V.O., Khaydarova D.B.
National University of Uzbekistan, Tashkent
Scientific supervisor – Bondareva E. V.

Abstract. The article aims to theoretically analyse and summarise research data on the relationship between adolescents' self-concept and their sociometric status in the peer group. The study is based on a comparative analysis of monographs and empirical studies published between 1983 and 2026. The analysis shows that the

available, mainly correlational, data are consistent with the assumption of mutual influence between peer evaluations and adolescents' self-perceptions; however, both variables were measured together in only a few studies, a direct link between global self-esteem and actual sociometric status is not confirmed in all of them, and large-scale data concern perceived rather than actual peer acceptance, so the conclusions of the review are preliminary. The findings can be used by school psychologists and teachers in providing psychological and educational support to adolescents with an unfavourable status in the peer group.

Keywords: adolescence, self-concept, self-image, self-esteem, sociometric status, interpersonal relationships, peer group.

Введение

Подростковый возраст традиционно рассматривается как период интенсивного становления самосознания, когда вопросы «Кто я?» и «Каким меня видят другие?» приобретают для личности особую остроту. Как отмечает Г. М. Ибадуллаева, ведущей деятельностью этого периода становится интимно-личностное общение со сверстниками, а наряду с авторитетом родителей всё большее влияние на становление личности приобретает авторитет группы [8, с. 41]. Положение, которое подросток занимает в классе, перестаёт быть для него нейтральным фоном: принятие или отвержение одноклассниками воспринимается как оценка собственной ценности и включается в представления о себе.

Классическая модель Я-концепции Р. Бернса подчёркивает, что представления человека о себе складываются под решающим влиянием оценок значимых других [3]. В подростковом возрасте, как показывает И. С. Кон, такими значимыми другими во многом становятся сверстники [10]; А. А. Реан и И. А. Коновалов подчёркивают, что общение с ними необходимо для формирования

самооценки и коммуникативной компетентности [15, с. 62]. Отсюда закономерно вытекает предположение о тесной связи между тем, каким подросток видит себя, и тем, какое место он занимает в системе межличностных отношений учебной группы. Вместе с тем эмпирические данные по этому вопросу разрознены, получены на выборках разного объёма и с помощью разных методик, а их выводы не всегда согласуются между собой.

Проблема формирования образа «Я» и самооценки подростков активно обсуждается в работах последних лет: Д. А. Махмудова и М. З. Сафаев подчёркивают высокую чувствительность образа «Я» подростка к оценкам окружающих [12, с. 300], а Р. Ш. Ахмедова рассматривает роль семьи, сверстников и образовательной среды в его формировании [2, с. 89]. Однако эти работы носят теоретический характер, а вопрос о связи образа «Я» именно с социометрическим статусом в них специально не рассматривается. Это определяет необходимость систематизации накопленных научных данных.

Цель статьи – обобщить имеющиеся теоретические положения и данные исследований о том, как представления подростка о себе связаны с его положением в группе сверстников.

Объекты и методы исследования

Объектом анализа выступили научные публикации, посвящённые Я-концепции, самооценке и социометрическому статусу подростков. Поиск публикаций проводился в октябре 2026 г. в электронной научной библиотеке КиберЛенинка, на портале психологических изданий PsyJournals.ru, на сайтах научных журналов, а также с помощью общих поисковых систем по запросам на русском языке: «социометрический статус подростков», «самооценка и статус в группе», «Я-концепция подростков», «образ „Я“ подростков». Для научных статей рассматривался период 2002–2026 гг.; классические монографии, составляющие теоретическую основу проблемы, включались без ограничений по

году издания. Критериями служили: изучение подросткового возраста; наличие описания выборки и метдик (для эмпирических работ) либо теоретическая значимость работы для понимания проблемы. В обзор намеренно включены и работы, результаты которых не подтверждают прямую связь самооценки со статусом. В итоге отобраны 20 источников: 7 монографий и 13 научных статей. Ограничением обзора является то, что в него вошли только русскоязычные публикации. Использовались методы теоретического анализа, сравнения, систематизации и обобщения научных данных.

Результаты и их обсуждение

Методологической основой изучения проблемы является положение С. Л. Рубинштейна о том, что самосознание формируется в отношениях человека с другими людьми: познавая других, человек познаёт и самого себя [16]. В трактовке Р. Бернса Я-концепция включает когнитивный компонент (образ «Я»), оценочный компонент (самооценку) и поведенческий компонент, а каждый элемент может существовать в модальностях «Я-реального», «Я-зеркального» (представления о том, как меня видят другие) и «Я-идеального» [3]. Именно «зеркальное Я» служит каналом, через который мнение окружения входит в самосознание личности.

В. В. Столин рассматривает самоотношение как особый компонент самосознания, выражающий эмоционально-ценностное отношение личности к своему «Я» [18]. Это позволяет различать знание подростка о себе и его отношение к себе, которые могут по-разному зависеть от положения в группе. И. С. Кон подчёркивает, что в подростковом и юношеском возрасте самосознание выходит на качественно новый уровень, а общение со сверстниками становится одним из главных источников самопознания [10].

Современные исследования подтверждают особую сенситивность подросткового возраста для формирования Я-концепции. А. А. Екимов,

обследовав 20 девятиклассников, делает вывод о том, что показатели их самоотношения выражены преимущественно на высоком и низком уровнях, что автор трактует как недостаточную сформированность представлений о себе [5, с. 36–40]. Д. А. Махмудова и М. З. Сафаев характеризуют образ «Я» подростка как противоречивый и высоко чувствительный к оценкам окружающих [12, с. 300]; Р. Ш. Ахмедова выделяет среди факторов его формирования семью, сверстников и образовательную среду [2, с. 89]. Масштабное исследование И. В. Шаповаленко и соавторов (62 312 подростков 11–17 лет из 85 регионов России) выявило нелинейную динамику: ясность Я-концепции снижается от 11 к 12 годам и затем возрастает до 17 лет, тогда как демографические и ситуационные переменные (пол, возраст, успеваемость, территория проживания) объясняют не более 2 % различий между подростками [20, с. 145, 147, 153]. По мнению авторов, это смещает фокус на индивидуально-личностные и микросоциальные механизмы становления «Я» [20, с. 153]; к числу микросоциальных условий, на наш взгляд, относится и положение подростка в группе сверстников.

Как показывает Г. М. Андреева, межличностные отношения в малой группе образуют её неформальную структуру, которая может не совпадать с официальной [1]. Для её изучения Дж. Морено предложил социометрический тест, результаты которого представляются в виде социоматрицы и социограммы [13]. Как подчёркивает Р. А. Золотовицкий, социометрия позволяет измерить систему притяжений и отталкиваний между членами группы и выявить её неформальную структуру [7, с. 103–113]. По определению, приводимому Г. М. Ибадуллаевой, статус в группе – это положение человека в системе внутригрупповых отношений, характеризующее степень его авторитета в глазах других её членов [8, с. 42].

В литературе используются различные классификации статусов. Широко распространена классификация Я. Л. Коломинского, выделяющая «звёзд»,

«предпочитаемых», «принимаемых», «изолированных» и «отверженных» [9]; её подробно рассматривает и Г. М. Ибадуллаева [8, с. 42]. И. Г. Дорошина, модифицировав её, описывает семь уровней статуса – от «любимцев» до «гонимых» [4, с. 26]. Эмпирическую иллюстрацию статусной структуры приводит М. А. Зимина: в девятом классе были выделены «звёзды», «предпочитаемые», «пренебрегаемые» и «отверженные», а «изолированных» выявлено не было [6, с. 1356].

Я. Л. Коломинский показал, что высокостатусные подростки отличаются общительностью и принятием групповых норм, тогда как низкостатусные чаще не принимают нормы группы или противостоят им [9]. Кроме того, как отмечают со ссылкой на его работы Г. М. Ибадуллаева и Е. И. Лебедева, статус обладает устойчивостью и нередко сохраняется при переходе человека в другую группу [8, с. 44; 11, с. 89–100]. Г. М. Ибадуллаева, обобщая исследования, выделяет внешние (нормы и ценности группы) и внутренние (физические и индивидуально-психологические) факторы статуса и подчёркивает, что статус и личностные черты подростка взаимно обусловлены [8, с. 44].

Основные эмпирические исследования, рассмотренные в обзоре, сопоставлены в таблице 1. Следует отметить, что одновременно социометрический статус и представления о себе измерялись лишь в двух из них – у И. А. Наумовой [14] и у М. Е. Сачковой и И. Н. Тимошиной [17]; в остальных изучались статусная структура класса (М. А. Зимина [6]), связи статуса с личностными особенностями (И. Г. Дорошина [4], Е. И. Лебедева [11]), динамика статуса в процессе обучения (Д. Н. Чернов [19]) либо представления о себе без социометрии (И. В. Шаповаленко и соавторы [20]).

Таблица 1

Эмпирические исследования, рассмотренные в обзоре

Автор(ы), год	Выборка	Методики	Основной результат
Дорошина И. Г., 2010 [4]	Подростки учебных групп (экспериментальная и контрольная группы)	Социометрия (модификация классификации Я. Л. Коломинского), личностные методики, психокоррекционная программа	Слабые значимые связи статуса с эмпатией, социальной адаптацией, у мальчиков – с коммуникативными способностями; после программы в экспериментальной группе статус повысился у 37 % и понизился у 17 %, в контрольной – по 38 %
Сачкова М. Е., Тимошина И. Н., 2013 [17]	138 подростков 12–14 лет	Социометрия, референтометрия, определение неформальной структуры власти, опросник С. Бем	Статусные слои 20 % / 52 % / 28 %; чем ниже статус, тем реже подросток видит у себя лидерские способности (41 % / 36 % / 23 %)
Зимина М. А., 2016 [6]	15 учащихся 9 класса, 14–16 лет	Социометрия Дж. Морено	Выделены «звёзды», «предпочитаемые», «пренебрегаемые», «отверженные»; единственная «отверженная» ученица описана как замкнутая и неуверенная в себе

Автор(ы), год	Выборка	Методики	Основной результат
Лебедева Е. И., 2018 [11]	41 учащийся 5 классов	Социометрия, опросник Р. Кеттелла, опросник Басса – Дарки, методики В. В. Бойко и В. В. Суворова	«Звёзды» эмоционально устойчивее, увереннее и эмпатичнее; изолированные и пренебрегаемые – обособленнее и агрессивнее
Чернов Д. Н., 2019 [19]	74 учащихся 6 классов, 12 лет	Социометрия до и после обучающих занятий	Поляризация статусов до обучения; при групповом обучении с участием педагога индексы статуса значимо возросли, при работе без него – значимых улучшений нет
Шаповаленко И. В. и др., 2026 [20]	62 312 подростков 11–17 лет	«Профиль самовосприятия» С. Хартер, Шкала ясности Я-концепции Дж. Кэмпбелл	Ясность «Я» связана с глобальной самооценкой (r = 0,41) и самооценкой социального принятия (r = 0,33); социометрия не проводилась

Автор(ы), год	Выборка	Методики	Основной результат
Наумова И. А., 2026 [14]	40 учащихся 9 классов, 15–16 лет	Методика С. А. Будасси, социометрия Я. Л. Морено, методика Ю. М. Орлова, авторская анкета	Самооценка не связана значимо с социометрическими выборами; реальные выборы тесно связаны с ожидаемым принятием и отвержением (число наблюдений в корреляциях превышает объём выборки без пояснения)

Сопоставление данных позволяет выделить несколько согласующихся тенденций.

Во-первых, подростки с разным статусом различаются по содержанию представлений о себе. В исследовании М. Е. Сачковой и И. Н. Тимошиной высокостатусные учащиеся описывали себя преимущественно феминнными и гендерно нейтральными качествами, а низкостатусные – маскулинными [17, с. 55]; при этом с понижением статуса снижалась доля подростков, отмечавших у себя лидерские способности [17, с. 56].

Во-вторых, статус связан с эмоционально-личностными характеристиками: по данным Е. И. Лебедевой, «звёзды» отличаются эмоциональной устойчивостью, уверенностью в себе и эмпатией, тогда как изолированные и пренебрегаемые подростки более обособлены, агрессивны и менее эмпатичны [11, с. 89–100]. Слабые, но статистически значимые связи статуса с эмпатией и социальной адаптацией (у мальчиков – также с коммуникативными способностями) обнаружила И. Г. Дорошина [4, с. 27], а М.

А. Зимина описывает единственную «отверженную» ученицу класса как замкнутую, неуверенную в себе и малообщительную [6, с. 1356].

В-третьих, по данным общероссийского исследования И. В. Шаповаленко и соавторов, ясность Я-концепции положительно связана с самооценкой социального принятия (r = 0,33) и с глобальной самооценкой (r = 0,41) [20, с. 152]; подчеркнём, что речь идёт о субъективно воспринимаемом принятии, а не о социометрическом статусе, который в этом исследовании не измерялся.

Однако не все данные согласуются с этими тенденциями. В исследовании И. А. Наумовой самооценка девятиклассников не показала значимой связи ни с положительными, ни с отрицательными социометрическими выборами, тогда как реальные выборы оказались тесно связаны с тем, какого отношения подросток ожидает от одноклассников: положительные – с ожидаемым принятием, отрицательные – с ожидаемым отвержением [14, с. 309–312]. Этот результат следует интерпретировать с осторожностью: в таблице корреляций число наблюдений (n = 53) превышает число участников исследования (40), а единица анализа автором не поясняется. С учётом этой оговорки можно лишь предположить, что с положением в группе связана не столько общая самооценка, сколько более конкретный компонент самоотношения – представления подростка о том, как к нему относятся сверстники.

Рассмотренные исследования имеют и ряд ограничений. Прежде всего, одновременно социометрический статус и представления о себе измерялись лишь в двух из них – у И. А. Наумовой и у М. Е. Сачковой и И. Н. Тимошиной [14; 17], что существенно ограничивает возможность обобщений. Часть работ выполнена на малых выборках (15–41 человек) в одном-двух классах (М. А. Зимина, Е. И. Лебедева, И. А. Наумова) [6; 11; 14]. Большинство исследований носят корреляционный характер и не позволяют судить о направлении связи.

Исследователи используют разные классификации статусов и разные методики оценки представлений о себе, что затрудняет прямое сравнение результатов. Крупномасштабное исследование И. В. Шаповаленко и соавторов [20] свидетельствует о связи Я-концепции с субъективно воспринимаемым, а не с реальным положением в группе. Открытым остаётся и вопрос о точности восприятия подростком своего положения. Г. М. Ибадуллаева со ссылкой на ряд авторов отмечает, что из-за действия психологических защит подростки с крайними статусами нередко воспринимают его неадекватно: низкостатусные склонны переоценивать своё положение, высокостатусные – недооценивать [8, с. 44].

Данные И. А. Наумовой о тесном соответствии ожиданий подростков реально полученным выборам [14, с. 309–312] ставят это предположение под сомнение, однако из-за отмеченной неясности в статистической обработке не позволяют его опровергнуть; этот вопрос требует специальной проверки.

Теоретические положения и рассмотренные данные позволяют выдвинуть предположение о двустороннем характере связи образа «Я» и статуса. С одной стороны, согласно теории, Я-концепции Р. Бернса и представлениям В. В. Столина о самоотношении, оценки сверстников через «зеркальное Я» входят в отношение подростка к себе [3; 18].

С другой стороны, личностные особенности – общительность, эмпатия, эмоциональная устойчивость, принятие групповых норм – связаны с тем, какое место подросток занимает в группе, что показано в работах И. Г. Дорошиной, Я. Л. Коломинского и Е. И. Лебедевой [4, с. 27; 9; 11, с. 89–100]; на взаимную обусловленность статуса и личностных черт указывает и Г. М. Ибадуллаева [8, с. 44]. Следует подчеркнуть, что направление связи в рассмотренных корреляционных исследованиях не устанавливалось. Косвенные данные о направлении влияния дают лишь работы с воздействием – И. Г. Дорошиной и Д.

Н. Чернова [4; 19], показавшие, что изменение личностных особенностей и условий взаимодействия может сопровождаться изменением статуса; данных о влиянии статуса на самооценку, полученных в лонгитюдных исследованиях, в проанализированной литературе нет. Если взаимное влияние существует, может формироваться замкнутый круг, при котором неуверенность в себе снижает шансы на принятие, а отсутствие принятия усиливает неуверенность; эта гипотеза нуждается в эмпирической проверке.

Данные о естественной динамике статуса показывают, что без специальной работы изменения носят разнонаправленный характер: в контрольной группе И. Г. Дорошиной доли подростков, повысивших и понизивших статус, оказались равными (по 38 %), а автор характеризует такой процесс социализации как стихийный, с непредсказуемыми результатами [4, с. 28]. В экспериментальной группе после психокоррекционной программы, включавшей социально-психологический тренинг, статус повысился у 37 % и понизился лишь у 17 % подростков [4, с. 28]; таким образом, эффект программы проявился прежде всего в снижении доли подростков, утрачивающих позиции в группе. Д. Н. Чернов показал, что опосредованное значимой совместной деятельностью взаимодействие педагога и учеников способствует улучшению психологического климата учебной группы [19, с. 68]: значимый рост индексов социометрического статуса наблюдался лишь в подгруппах, где совместная работа строилась при участии педагога, тогда как при самостоятельной групповой работе без его участия значимых улучшений не произошло, а часть «непринятых» учеников перешла в разряд «изгоев» [19, с. 66–67]. Эти данные, полученные на небольших выборках, позволяют предположить, что работа с подростками, имеющими неблагоприятный статус, будет эффективнее, если сочетать развитие коммуникативных навыков и эмпатии с изменением условий взаимодействия в самой группе.

Заключение

Проведённый анализ позволяет сформулировать следующие выводы.

1. Подростковый возраст является сенситивным периодом для становления Я-концепции, которая формируется под влиянием оценок значимых других, прежде всего сверстников; представления подростка о себе отличаются неустойчивостью и высокой чувствительностью к оценкам окружающих.

2. Социометрический статус отражает положение подростка в неформальной структуре группы, обладает относительной устойчивостью и взаимно обусловлен с его личностными особенностями.

3. Эмпирические данные указывают на связь статуса с содержанием образа «Я», уверенностью в себе, эмоциональной устойчивостью и эмпатией, однако одновременно статус и представления о себе измерялись лишь в двух исследованиях, прямая связь общей самооценки с реальным статусом подтверждается не во всех работах, а крупномасштабные данные касаются субъективно воспринимаемого, а не реального принятия; поэтому данный вывод следует рассматривать как предварительное обобщение.

4. Теоретические положения и имеющиеся данные согласуются с предположением о двустороннем характере связи представлений о себе и статуса, однако направление связи эмпирически пока не установлено; исследования с воздействием косвенно указывают на целесообразность комплексной работы с подростками, сочетающей развитие их личностных ресурсов с организацией совместной деятельности в классе.

Практическая значимость обзора состоит в возможности использовать его результаты школьными психологами и педагогами при диагностике и сопровождении подростков с неблагоприятным статусным положением. Перспективы исследования связаны с проведением эмпирических работ, в которых социометрический статус и представления о себе измерялись бы

одновременно, в том числе на выборках подростков Узбекистана, которые в проанализированной литературе не представлены, а также лонгитюдных исследований, позволяющих установить направление связи между представлениями о себе и социометрическим статусом.

Источники и литература / Sources and references:

1. Андреева Г. М. Социальная психология. М.: Аспект Пресс, 2000. 376 с.

2. Ахмедова Р. Ш. Самооценка и формирование образа «Я» в подростковом возрасте // Studying the progress of science and its shortcomings. 2026. Т. 3, № 2. С. 89–93.

3. Бернс Р. Развитие Я-концепции и воспитание / пер. с англ. М.: Прогресс, 1986. 422 с.

4. Дорошина И. Г. Изменение социометрического статуса подростков в процессе социализации в учебной группе // Социосфера. 2010. № 1. С. 26–28.

5. Екимов А. А. Исследование психолого-педагогического формирования «Я-концепции» учащихся в старшем подростковом возрасте // Научно-методический электронный журнал «Концепт». 2015. Т. 10. С. 36–40. URL: http://e-koncept.ru/2015/95051.htm (дата обращения: 17.10.2026).

6. Зимина М. А. Социальный статус подростка в коллективе сверстников // Молодой учёный. 2016. № 10 (114). С. 1354–1357.

7. Золотовицкий Р. А. Социометрия Я. Л. Морено: мера общения // Социологические исследования. 2002. № 4. С. 103–113.

8. Ибадуллаева Г. М. Психологические аспекты исследования социометрического статуса у подростков // Восточно-европейский научный журнал. 2021. № 3-4 (67). С. 41–52. DOI: 10.31618/ESSA.2782-1994.2021.4.67.4.

9. Коломинский Я. Л. Психология взаимоотношений в малых группах: общие и возрастные особенности. 2-е изд., доп. Минск: ТетраСистемс, 2000. 432 с.

10. Кон И. С. В поисках себя: Личность и её самосознание. М.: Политиздат, 1984. 335 с.

11. Лебедева Е. И. Эмоциональные и личностные особенности младших подростков с различным социометрическим статусом // Вестник Ленинградского государственного университета им. А. С. Пушкина. 2018. № 4. С. 89–100.

12. Махмудова Д. А., Сафаев М. З. Психологические особенности формирования образа «Я» у подростков // Maktabgacha va maktab ta'limi. 2025. Т. 3 : Zamonaviy psixologiyaning dolzarb muammolari : материалы Междунар. науч.-практ. конф. С. 300–302. DOI: 10.5281/zenodo.17852368.

13. Морено Я. Л. Социометрия: Экспериментальный метод и наука об обществе / пер. с англ. А. Боковикова. М.: Академический Проект, 2001. 383 с.

14. Наумова И. А. Взаимосвязь самооценки, мотивации достижения, цифровой вовлечённости и положения подростков в классе // Молодой учёный. 2026. № 24 (627). С. 309–312.

15. Реан А. А., Коновалов И. А. Социально-перцептивный образ различных социальных групп в сознании подростков // Социальная психология и общество. 2018. Т. 9, № 2. С. 60–80. DOI: 10.17759/sps.2018090205.

16. Рубинштейн С. Л. Бытие и сознание. Человек и мир. СПб.: Питер, 2003. 512 с.

17. Сачкова М. Е., Тимошина И. Н. Особенности представлений подростков о себе и лидере в школьном классе: гендерный аспект // Психологическая наука и образование psyedu.ru. 2013. Т. 5, № 2. С. 48–61. URL: https://psyjournals.ru/journals/psyedu/archive/2013_n2/61306 (дата обращения: 17.10.2026).

18. Столин В. В. Самосознание личности. М. : Изд-во МГУ, 1983. 284 с.

19. Чернов Д. Н. Изменение социометрического статуса младших подростков в процессе обучения // Известия Саратовского университета. Новая

серия. Серия: Акмеология образования. Психология развития. 2019. Т. 8, вып. 1 (29). С. 63–69. DOI: 10.18500/2304-9790-2019-8-1-63-69.

20. Шаповаленко И. В., Кочетова Ю. А., Семья Г. В., Меркуль И. А., Радчиков А. С. Личностная идентичность современных подростков: результаты общероссийского исследования // Психологическая наука и образование. 2026. Т. 31, № 1. С. 141–157. DOI: 10.17759/pse.2026000005.

ВЛИЯНИЕ ЭКСТРЕМАЛЬНОГО СТРЕССА НА ПРИНЯТИЕ РЕШЕНИЙ ЧЕЛОВЕКОМ В ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ: ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР

Пасюта Е. А.

Кафедра клинической психологии

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

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

Аннотация. В статье рассматривается влияние экстремального стресса на когнитивные и эмоционально-волевые процессы, участвующие в принятии решений в чрезвычайных ситуациях. Анализируются изменения внимания, памяти и мышления, роль нервно-психического напряжения, индивидуальные различия и возможности психологической подготовки. Цель исследования - обобщить отечественные научные представления о том, как экстремальный стресс влияет на принятие решений, и выделить способы повышения надёжности действий в чрезвычайных ситуациях.

Ключевые слова: экстремальный стресс, чрезвычайная ситуация, принятие решений, нервно-психическое напряжение, внимание, мышление, саморегуляция, психологическая подготовка.

THE IMPACT OF EXTREME STRESS ON HUMAN DECISION-MAKING IN EMERGENCY SITUATIONS

Pasyuta E. A.
Department of Clinical Psychology
Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo
Scientific supervisor - Yanko E. V.

Abstract. The article examines how extreme stress affects cognitive and emotional-volitional processes involved in human decision-making during emergencies. The aim of the study is to summarize Russian scientific perspectives on how extreme stress affects decision-making and to identify ways to improve the reliability of actions in emergency situations.

Keywords: extreme stress, emergency, decision-making, mental tension, attention, thinking, self-regulation, psychological preparation.

Введение

Чрезвычайные ситуации требуют от человека действий при дефиците времени, неполноте информации и высокой цене ошибки. В таких условиях решение зависит не только от знаний и опыта, но и от текущего функционального состояния, эмоционального возбуждения и способности сохранять контроль над действиями. Отечественные исследования стресса показывают, что при сильном напряжении могут изменяться восприятие, память, мышление и межличностное поведение [1, С. 46-53]. Поэтому важно рассматривать стресс не как однозначно разрушающий фактор, а как состояние, влияние которого зависит от интенсивности, продолжительности, условий деятельности и ресурсов человека [2, С. 29-33].

Особую значимость проблема приобретает в ситуациях, связанных с угрозой жизни и здоровью, авариями, стихийными бедствиями и другими чрезвычайными событиями. В подобных обстоятельствах человеку необходимо

быстро оценить обстановку, определить приоритетные задачи, спрогнозировать возможные последствия и выбрать наиболее безопасный вариант действий. При этом информация может поступать фрагментарно, условия быстро меняться, а времени на тщательное обдумывание нескольких альтернатив часто недостаточно. Высокая эмоциональная нагрузка способна затруднять объективную оценку обстоятельств и повышать вероятность импульсивных решений либо, напротив, приводить к замедлению реакции и нерешительности. Следовательно, изучение психологических механизмов принятия решений при экстремальном стрессе имеет важное теоретическое и практическое значение.

При этом последствия стрессового воздействия не являются одинаковыми для всех людей. На качество решений могут влиять индивидуальные особенности нервной системы, уровень профессиональной подготовки, предыдущий опыт действий в сложных условиях, степень утомления и способность регулировать собственное эмоциональное состояние. Определённую роль играет и наличие заранее освоенных алгоритмов поведения: они помогают организовать действия в условиях неопределённости и уменьшить зависимость от спонтанных реакций. Вместе с тем чрезмерное напряжение может затруднять переключение внимания, ограничивать поиск альтернатив и снижать гибкость мышления [1, С. 46-53; 2, С. 29-33]. Поэтому анализ влияния экстремального стресса должен учитывать как его потенциально неблагоприятные последствия, так и условия, при которых человек способен сохранять работоспособность и принимать обоснованные решения.

Объекты и методы исследования

Объектом рассмотрения выступают психологические процессы принятия решений человеком в условиях чрезвычайной ситуации. Предмет - изменения внимания, памяти, мышления, эмоциональной регуляции и поведения под воздействием экстремального стресса.

Теоретическую основу исследования составили труды отечественных психологов, посвящённые проблемам психологического стресса, нервно-психического напряжения, саморегуляции и особенностям принятия решений в сложных условиях. В качестве основных теоретических источников использованы работы В. А. Бодрова, рассматривающего концептуальные основы стресса, механизмы его преодоления, а также стратегии и стили совладающего поведения [1, С. 32-40; 2, С. 106-116; 3]. Существенное значение для исследования имеют труды Л. А. Китаева-Смыка, в которых анализируются изменения психической деятельности человека под воздействием стресса [6], и Т. А. Немчина, посвящённые состояниям нервно-психического напряжения [8]. Также учитывались работы А. Б. Леоновой и А. С. Кузнецовой по вопросам психопрофилактики стресса [7], Е. П. Ильина, рассматривающего психофизиологические особенности состояний человека [5], и Р. М. Грановской, посвящённые практическим аспектам психологии [4]. Для более широкого понимания роли индивидуальных особенностей и психологических механизмов регуляции поведения в исследовании также использованы труды К. К. Платонова и С. Л. Рубинштейна [9; 10].

Результаты и их обсуждение

Экстремальный стресс возникает при воздействии значимого стрессора, когда требования ситуации воспринимаются как превышающие доступные ресурсы или когда последствия ошибки оцениваются как опасные. В чрезвычайной обстановке к стрессорам относятся угроза жизни и здоровью, внезапность события, сенсорная перегрузка, неопределённость и необходимость действовать быстро. В. А. Бодров в своих исследованиях нервно-психического напряжения описывает его как состояние, возникающее при повышенных требованиях к качеству деятельности, дефиците времени и недопустимости ошибок [3, С. 24-48].

Сама по себе активация не всегда ухудшает деятельность: умеренное напряжение может мобилизовать ресурсы. Однако чрезмерное или длительное напряжение повышает вероятность сужения внимания, поспешных выводов и трудностей в переключении между вариантами действий [1, С. 46-53; 2, С. 23-33].

Теоретические модели преодоления стресса и его регуляции обсуждаются также в работах, посвящённых концептуальным основаниям проблемы стресса [7, С. 32-40].

Влияние стресса на внимание, память и мышление.

Одним из наиболее значимых эффектов сильного стресса становится изменение распределения внимания. Человек может сосредоточиться на наиболее заметном признаке угрозы и пропустить второстепенные, но важные данные. Такое сужение поля внимания особенно опасно, если ситуация быстро меняется и решение требует одновременного учёта нескольких факторов.

Стресс также может затруднять извлечение информации из памяти и гибкое использование ранее усвоенных знаний. В описании изменений сознания при стрессе Л. А. Китаев-Смык выделяет разные варианты мыслительной деятельности - от затруднения поиска решения до гиперактивности и пассивного ухода от проблемы [1, С. 46-53]. В результате человек может либо слишком долго фиксироваться на одном варианте, либо действовать поспешно, не проверив исходные предположения.

В работах В. А. Бодрова и Р. М. Грановской по психологическому стрессу подчёркивается, что реакции определяются сочетанием характера стрессора, субъективной оценки ситуации и индивидуальных ресурсов [2, С. 29-33; 4, С. 106-116]. Следовательно, качество решения зависит не только от силы внешнего воздействия, но и от того, насколько человек способен оценить обстановку, удержать цель и проверить доступные сведения.

Общие положения о регуляции состояния, эмоциях и личности также рассматриваются в отечественных трудах по психофизиологии и общей психологии [6, С. 180-195; 8, С. 250-270; 9, С. 350-370; 10, С. 90-110].

Эмоциональные реакции и поведенческие ошибки.

При угрозе могут возникать страх, тревога, гнев, растерянность или эмоциональное оцепенение. Эти реакции способны влиять на оценку риска: одни люди переоценивают опасность и избегают необходимых действий, другие недооценивают её и выбирают неоправданно рискованную стратегию. Важным фактором становится способность распознавать собственное состояние и не принимать интенсивность эмоции за точную оценку объективной ситуации.

Исследования психопрофилактики стресса подчёркивают практическую значимость методов активного самовоздействия и психологической саморегуляции [5, С. 15-30]. При этом саморегуляция не означает подавление эмоций любой ценой: её задача - снизить вероятность импульсивного поведения и вернуть внимание к цели и последовательности действий.

Факторы, определяющие качество решения

На устойчивость принятия решений влияют опыт, тренированность, понятность алгоритмов, физическое состояние, утомление, наличие командной поддержки и качество коммуникации. Важны также личностные и профессиональные характеристики: стресс может по-разному отражаться на когнитивной, эмоционально-волевой и психомоторной сферах человека [2, С. 38-43].

Отдельное значение имеет стратегия преодоления стресса. В. А. Бодров рассматривает стратегии и стили преодоления с учётом когнитивных, поведенческих и эмоциональных проявлений, а также характеристик трудной ситуации и самого субъекта [4, С. 106-116]. В условиях чрезвычайной ситуации более надёжным является не универсальный шаблон, а подготовленный порядок

действий, который допускает проверку обстановки и адаптацию к изменяющимся обстоятельствам.

Пути повышения эффективности решений в чрезвычайной ситуации.

Практические меры должны сочетать индивидуальную подготовку и организацию деятельности.

Во-первых, полезно заранее отрабатывать алгоритмы действий в моделируемых стрессовых условиях: повторение последовательности операций снижает зависимость от импровизации в момент перегрузки.

Во-вторых, инструкции должны быть короткими, ясными и приоритетными: сначала устранение непосредственной угрозы, затем оценка обстановки, распределение задач и проверка результата.

В-третьих, следует использовать простые приёмы саморегуляции, доступные в конкретной ситуации: короткую паузу перед действием, контролируемое дыхание, проговаривание ближайшей задачи и повторную проверку критически важных данных. Психопрофилактика и обучение приёмам саморегуляции рассматриваются в отечественной литературе как способы оптимизации неблагоприятных функциональных состояний [5, С. 31-60; 6, С. 20-35].

В-четвёртых, командная работа должна снижать вероятность индивидуальной ошибки: полезны подтверждение полученной команды, распределение ролей, проговаривание опасностей и взаимная проверка ключевых решений. Для специалистов, регулярно работающих в экстремальных условиях, необходимы тренировки, разбор действий после учений и восстановление после интенсивной нагрузки.

Заключение

Экстремальный стресс способен менять внимание, память, мышление и эмоциональную регуляцию, вследствие чего повышается риск как поспешных

решений, так и задержки выбора. При этом влияние стресса не является одинаковым для всех людей и всех ситуаций: оно зависит от интенсивности и продолжительности воздействия, опыта, ресурсов саморегуляции и организации деятельности. Наиболее обоснованный путь повышения надёжности решений - сочетание профессиональной подготовки, заранее отработанных алгоритмов, простых средств саморегуляции и командной проверки критически важных действий. Подготовка должна быть направлена не на устранение любой эмоциональной реакции, а на сохранение способности оценивать обстановку и действовать последовательно.

Источники и литература / Sources and references:

1. Бодров В. А. Проблема преодоления стресса. Часть 1: Концептуальные и теоретические основы // Психологический журнал. 2006. Т. 27, № 1. . 32-40.

2. Бодров В. А. Проблема преодоления стресса. Часть 3: Стратегии и стили преодоления стресса // Психологический журнал. 2006. Т. 27, № 3. С. 106-116.

3. Бодров В. А. Психологический стресс: развитие и преодоление. М.: ПЕР СЭ, 2006. 528 с.

4. Грановская Р. М. Элементы практической психологии. СПб.: Свет, 1997. 608 с.

5. Ильин Е. П. Психофизиология состояний человека. СПб.: Питер, 2005. 412 с.

6. Китаев-Смык Л. А. Психология стресса. М.: Наука, 1983. 68 с.

7. Леонова А. Б., Кузнецова А. С. Психопрофилактика стрессов. М.: Издательство Московского университета, 1993. 123 с.

8. Немчин Т. А. Состояния нервно-психического напряжения. Л.: Издательство Ленинградского университета, 1983. 167 с.

9. Платонов К. К. Структура и развитие личности. М.: Наука, 1986. 256 с.

10. Рубинштейн С. Л. Основы общей психологии. СПб.: Питер, 2002. 720с.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ В ЦИФРОВОЙ СРЕДЕ

Поспелова В. А.
Кафедра социальной психологии и виктимологии
ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный педагогический университет», Россия, г. Новосибирск
Научный руководитель – канд. психол. наук, доцент Е. Н. Петренко

Аннотация. Цель работы состоит в анализе психологических и социально-психологических факторов, связанных с формированием девиантного поведения подростков в условиях цифровой социализации. Материалом послужили отечественные научные публикации, в которых рассматриваются саморегуляция, копинг-стратегии, агрессивность, ценностные ориентации, семейная среда и особенности взаимодействия подростков в интернете. Анализ показывает, что цифровая среда не выступает самостоятельной причиной девиаций: риск возрастает при сочетании личностной уязвимости, дефицита поддержки, трудностей саморегуляции и включенности в деструктивные модели общения. Профилактика требует работы не только с поведением подростка, но и с его способами совладания, семейными отношениями, групповыми нормами и цифровой грамотностью.

Ключевые слова: девиантное поведение, подростки, цифровая среда, саморегуляция, агрессивность, профилактика.

PSYCHOLOGICAL FACTORS OF ADOLESCENT DEVIANT BEHAVIOR IN THE DIGITAL ENVIRONMENT

Pospelova V.A.
Department of Social Psychology and Victimology
Novosibirsk State Pedagogical University, Russia, Novosibirsk
Scientific supervisor - Petrenko E.N.

Abstract. The paper analyzes psychological and socio-psychological factors associated with adolescent deviant behavior under conditions of digital socialization. The review focuses on Russian studies of self-regulation, coping strategies, aggressiveness, value orientations, family environment and adolescent interaction on the Internet. The findings show that the digital environment should not be treated as an independent cause of deviant behavior; risks increase when personal vulnerability, insufficient social support, self-regulation difficulties and destructive communication patterns interact. Prevention should address not only observable behavior but also coping skills, family relationships, peer-group norms and digital literacy.

Keywords: deviant behavior, adolescents, digital environment, self-regulation, aggressiveness, prevention.

Введение

Подростковый возраст связан с быстрым изменением социальных ролей, расширением самостоятельности и повышенной чувствительностью к оценке сверстников. В этот период экспериментирование с нормами поведения само по себе не означает сформированную девиацию. Для психологического анализа большее значение имеют устойчивость нарушения, повторяемость поступков, вред для самого подростка или окружающих, ухудшение учебной и социальной адаптации. Девиантное поведение поэтому целесообразно рассматривать не как отдельный поступок, а как результат взаимодействия личностных особенностей, ближайшего окружения и конкретной ситуации развития.

Междисциплинарный анализ причин отклоняющегося поведения показывает, что единая объяснительная схема здесь недостаточна. Е.А. Никитская объединяет психолого-педагогические, биологические, социальные, мировоззренческие и криминологические причины, подчеркивая необходимость комплексной оценки несовершеннолетнего [4, С. 210–216]. Для психологии

особенно значимы эмоциональная регуляция, способы преодоления трудностей, самооценка, агрессивность, ценностные ориентации, качество отношений с родителями и положение в группе сверстников. Изолированное рассмотрение одного признака создаёт риск ошибочно принять сопутствующее проявление за главную причину.

Цифровая среда изменила условия, в которых происходит социализация подростка. Общение со сверстниками, получение признания, участие в группах, конфликты и поиск информации уже не разделяются на полностью «онлайн» и «офлайн» части. Е.Н. Волкова и Г.В. Сорокоумова связывают цифровую социализацию с новой совмещенной средой жизни, где психологическое благополучие зависит не только от субъективного комфорта, но и от просоциальности поведения, цифровой грамотности, доверительных отношений и осмысленности жизненной перспективы [1, С. 12–27]. Предметное рассмотрение цифровой социализации помогает уйти от упрощенной идеи, будто сам интернет автоматически провоцирует девиации.

Проблема приобретает практическое значение в ситуациях, когда цифровая коммуникация усиливает уже существующие трудности. Подросток с высокой импульсивностью, низкой переносимостью фрустрации или дефицитом эмоциональной поддержки получает доступ к постоянной аудитории, а конфликт может продолжаться после окончания школьного дня. Одновременно сеть дает возможность обратиться за помощью, сохранить контакт с поддерживающей группой и получить сведения о способах защиты. Направление влияния определяется сочетанием личностных и средовых условий.

Цель работы – выделить психологические факторы девиантного поведения подростков, проявляющиеся или усиливающиеся в цифровой среде, и определить направления профилактики, которые учитывают взаимосвязь личностных, семейных и групповых механизмов.

Объекты и методы исследования

Объектом анализа выступает девиантное поведение подростков в ситуации цифровой социализации. Предмет анализа составляют психологические и социально-психологические факторы, связанные с риском устойчивых нарушений поведения: особенности саморегуляции и совладания, агрессивность, ценностные ориентации, семейная поддержка, влияние сверстников и характеристики онлайн-взаимодействия.

Работа выполнена как теоретико-аналитическое исследование. Использованы сравнительный анализ, смысловая группировка результатов и сопоставление выводов восьми отечественных публикаций 2012–2026 гг. В выборку литературы включались исследования, посвященные подростковой девиантности, цифровой социализации, кибербуллингу, агрессивности, копинг-стратегиям, ценностной сфере и психокоррекционной работе. Публикации с эмпирическими данными рассматривались отдельно от теоретических работ, чтобы не смешивать фактические результаты конкретных выборок с более общими интерпретациями.

При анализе учитывалось, что понятие девиантного поведения используется авторами неодинаково. В одних работах акцент сделан на делинквентных и агрессивных действиях, в других – на более широком диапазоне нарушений адаптации, включая аддиктивные и саморазрушительные формы. По этой причине выводы формулировались на уровне факторов риска и защитных ресурсов, а не как жесткая причинная схема.

Результаты и их обсуждение

Устойчивое девиантное поведение формируется при наложении нескольких неблагоприятных условий. Личностная уязвимость редко действует отдельно от семейной ситуации, школьного опыта и группы сверстников. Даже выраженная агрессивность не дает достаточного основания прогнозировать

нарушение норм, если подросток способен контролировать импульсы, распознает последствия своих действий и получает поддержку от значимых взрослых.

Одним из центральных психологических механизмов выступает саморегуляция. В исследовании А.А. Шак и Д.В. Парфенова на подростках, столкнувшихся с кибербуллингом, более высокий общий уровень осознанной саморегуляции был связан с конструктивными способами реагирования: выстраиванием границ, обращением за поддержкой и активным игнорированием провокации [7, С. 514–522]. Полученные данные значимы не только для проблемы цифровой травли. Способность удерживать цель, оценивать ситуацию и выбирать действие между немедленной реакцией и более безопасным вариантом снижает вероятность импульсивного ответа на давление со стороны сверстников.

Дефицит регуляторных навыков заметен и в работах, посвященных копинг-поведению. М.Г. Кушка выявил у подростков с девиантным поведением большую выраженность стратегии избегания при столкновении со стрессом [3, С. 129–132]. Избегание кратковременно снижает напряжение, но не решает конфликт и не меняет источник трудности. При повторяющихся школьных неудачах, семейных спорах или травле накопление нерешенных ситуаций повышает вероятность побегов, пропусков занятий, употребления психоактивных веществ либо агрессивных ответов. Значение имеет не сам факт переживания стресса, а привычный способ обращения с ним.

Агрессивность занимает отдельное место среди факторов риска. В междисциплинарном анализе Е.А. Никитской эмоциональная нестабильность, физическая и вербальная агрессия, недисциплинированность и трудности преодоления жизненных проблем включены в ряд психологических причин, связанных с отклоняющимся поведением несовершеннолетних [4, С. 210–216].

Практический смысл состоит в том, что профилактическая работа не должна ограничиваться требованием «не проявлять агрессию». Подростку нужны альтернативные формы достижения цели, выражения несогласия, защиты границ и снятия напряжения.

Ценностная сфера задает направление, в котором используются личностные ресурсы. Е.В. Харитонова и А.Ю. Хамдамова в эмпирическом исследовании подростков, склонных к девиантному поведению, показали специфику их ценностных ориентаций [6, С. 56–69]. Для профилактики результаты означают необходимость работать не только с запретами и последствиями нарушения правил. Подросток оценивает поступок через значимые для него цели: признание группы, самостоятельность, статус, переживание справедливости, материальную выгоду или возможность избежать унижения. Если просоциальные способы достижения значимой цели отсутствуют в личном опыте, запрет остается внешним и легко теряет силу под групповым давлением.

Семейная среда влияет на поведение через качество эмоционального контакта, последовательность требований и доступность взрослого в трудной ситуации. Семейное неблагополучие нельзя механически связывать с девиацией: одинаковая формальная структура семьи дает разные психологические последствия. Более информативны постоянная конфликтность, эмоциональное отвержение, жестокие способы контроля, отсутствие понятных границ либо резкие колебания между жестким контролем и безразличием. Е.А. Никитская рассматривает неблагоприятный психологический климат семьи как один из факторов социально-психологической уязвимости несовершеннолетнего [4, С. 210–216].

Цифровая среда усиливает значение семейного контакта, поскольку прямой внешний контроль за онлайн-жизнью подростка ограничен. Попытка

полностью заменить доверие техническими запретами часто переводит коммуникацию в скрытый режим. Более продуктивной оказывается позиция, при которой взрослый знает основные цифровые интересы подростка, способен спокойно обсуждать конфликтные эпизоды и не превращает обращение за помощью в повод для наказания. При сохраненном доверии рискованная онлайн-ситуация раньше становится предметом совместного решения.

Группа сверстников остается сильным источником норм и оценки. А.В. Кондрашкин и К.Д. Хломов еще при раннем этапе массового распространения интернет-коммуникации описывали изменение социальной ситуации подростка и перенос части взаимодействия из уличных компаний в сеть [2, С. 102–113]. За прошедшие годы граница между двумя пространствами стала еще менее заметной. Групповой конфликт может начаться в школе, продолжиться в чате и на следующий день вернуться в класс. Репутационный ущерб, насмешка или распространение унижающего материала при этом получают более широкую аудиторию и сохраняются дольше, чем устный эпизод.

Цифровая коммуникация меняет форму девиантных проявлений, но не отменяет базовые психологические механизмы. Потребность в принадлежности к группе, страх исключения, борьба за статус, подражание лидерам и снижение личной ответственности в коллективном действии работают и в офлайн-среде, и в сети. Различие связано с техническими возможностями: быстрым распространением сообщения, анонимностью, постоянной доступностью контакта, фиксацией контента и возможностью собрать большую аудиторию вокруг конфликта.

В работе Е.Н. Волковой и Г.В. Сорокоумовой цифровая грамотность рассматривается среди критериев психологического благополучия подростка в процессе цифровой социализации [1, С. 12–27]. Для профилактики девиаций цифровая грамотность должна включать не только техническое умение

пользоваться сервисами. Подростку требуется понимание границ публичности, последствий публикации, способов блокировки и фиксации угроз, правил обращения за помощью, признаков манипуляции и давления. Без этих навыков высокий уровень технической компетентности не защищает от вовлечения в деструктивное взаимодействие.

Отдельной проблемой выступает кибербуллинг. Цифровая травля создает ситуацию, где пострадавший не всегда имеет физическое пространство для отдыха от агрессии: сообщения приходят дома, а публикации доступны круглосуточно. А.А. Шак и Д.В. Парфенов показывают, что конструктивная реакция требует регуляторного ресурса и готовности обращаться к поддерживающим людям [7, С. 514–522]. Профилактическая программа поэтому должна обучать конкретным действиям, а не ограничиваться общим сообщением о вреде травли.

Вместе с рисками цифровая среда дает защитные возможности. Подросток может сохранить связь с поддерживающими сверстниками при смене школы, найти сообщество по интересам, получить информацию о психологической помощи, обсудить сложную ситуацию анонимно и безопаснее, чем при очном обращении. Оценка цифровой активности только по количеству времени в сети недостаточна. Содержание взаимодействия, эмоциональный результат, сохранность сна и учебной активности, наличие реальных контактов и способность прекращать использование сервиса дают более точное представление о благополучии.

Психологическая профилактика должна начинаться до появления устойчивой системы нарушений. На раннем этапе заметны изменения, которые сами по себе не являются девиацией, но указывают на ухудшение адаптации: резкое сужение круга интересов, постоянные конфликты, падение успеваемости, повторяющиеся прогулы, выраженная раздражительность, уход от общения с

близкими, появление устойчивой враждебности к любым требованиям. Смысл ранней помощи состоит не в маркировке подростка как «проблемного», а в поиске функции поведения. Один и тот же поступок способен выполнять разные задачи: привлекать внимание, снижать напряжение, поддерживать статус в группе, выражать протест или помогать избегать ситуации неуспеха.

Психокоррекционные программы дают лучший результат, когда развивают ресурсы личности, а не только подавляют нежелательные формы поведения. Г.В. Сорокоумова и А.А. Печников в исследовании программы иппотерапии показали возможность снижения склонности к отдельным формам девиантного поведения через работу с личностными характеристиками подростков [5, С. 41–53]. Конкретный метод не является универсальным, но вывод отражает более общий принцип: устойчивое изменение поведения связано с развитием организованности, ответственности, способности взаимодействовать и переживать успех в социально приемлемой деятельности.

Работа с подростком требует согласованности взрослых. Если психолог обучает навыкам самоконтроля, а семейное или школьное окружение постоянно провоцирует унижение и силовое противостояние, эффект будет ограничен. Полезно разделять ответственность: подросток отвечает за собственные действия, взрослые – за безопасные правила, последовательные последствия и доступность помощи. Публичное унижение, навешивание ярлыка и сравнение с «нормальными» сверстниками повышают сопротивление и укрепляют идентичность, построенную вокруг конфликта с системой.

Профилактику можно представить как сочетание четырех направлений. Первое связано с развитием саморегуляции: распознаванием эмоционального напряжения, паузой перед действием, планированием и оценкой последствий. Второе включает обучение совладающему поведению – поиску поддержки, решению проблемы, безопасному выходу из конфликта и отказу от избегания

как единственной стратегии. Третье направлено на семейную коммуникацию и восстановление предсказуемых границ. Четвертое касается цифровой среды: навыков безопасного общения, критической оценки контента, действий при травле и понимания ответственности за собственные публикации.

Психологический подход к девиантному поведению требует сохранять различие между подростком и его поступком. Фиксация личности через характеристику «девиантный» упрощает работу специалиста, но сужает возможности изменений. Поведение поддается анализу через условия возникновения, подкрепление, последствия и доступные альтернативы. Предметный анализ делает профилактику адресной: специалист работает не с абстрактной «девиантностью», а с конкретными дефицитами и ресурсами.

Материалы исследований подтверждают необходимость осторожного отношения к причинным выводам. Большинство психологических факторов связано с девиацией вероятностно. Низкая саморегуляция, агрессивность, семейный конфликт или интенсивное использование цифровых сервисов увеличивают риск лишь при определенном сочетании обстоятельств. Защитные отношения со взрослым, включенность в значимую деятельность, способность обратиться за помощью и опыт успешного решения конфликтов способны изменить траекторию поведения.

Цифровая среда в данной системе выступает усилителем уже действующих процессов. При развитой саморегуляции и поддерживающих отношениях она расширяет коммуникацию и дает новые ресурсы. При сочетании импульсивности, одиночества, группового давления и дефицита помощи сеть облегчает доступ к агрессивному контенту, деструктивным сообществам и круглосуточному конфликту. Профилактическая работа должна учитывать обе стороны, иначе она сводится к запретам, которые не меняют психологические причины поведения.

Заключение

Девиантное поведение подростков связано с взаимодействием личностных и социальных факторов. Наиболее последовательно в рассмотренных исследованиях проявляются трудности саморегуляции, неэффективные способы совладания со стрессом, агрессивность, особенности ценностной сферы, семейная конфликтность и влияние референтной группы. Ни один из перечисленных факторов не действует как обязательная причина нарушения поведения. Цифровая среда меняет скорость, продолжительность и охват подросткового взаимодействия. Кибербуллинг, публичность конфликтов и постоянная доступность группы усиливают нагрузку на регуляторные способности подростка. Одновременно интернет сохраняет профилактический потенциал через доступ к поддержке, информации и просоциальным сообществам. Оценка цифровой активности должна учитывать не только время использования, но и содержание контактов, эмоциональные последствия и сохранность повседневной адаптации.

Обоснованным направлением профилактики выступает развитие психологических ресурсов подростка при одновременной работе с семейной и школьной средой. Саморегуляция, конструктивные копинг-стратегии, умение обращаться за помощью, понятные границы и опыт социально приемлемого достижения значимых целей уменьшают потребность в рискованных и агрессивных формах поведения. Практическая помощь эффективнее при раннем выявлении трудностей и отказе от стигматизации подростка.

Источники и литература / Sources and references:

1. Волкова Е. Н., Сорокоумова Г. В. Психологические критерии благополучия современных подростков в контексте изучения цифровой социализации // Социальная психология и общество. 2024. Т. 15, № 2. С. 12–27.

2. Кондрашкин А. В., Хломов К. Д. Девиантное поведение подростков и Интернет: изменение социальной ситуации // Психология. Журнал Высшей школы экономики. 2012. Т. 9, № 1. С. 102–113.

3. Кушка М. Г. Деструктивные копинг-ресурсы как фактор риска девиантного поведения подростков // Проблемы современного педагогического образования. 2018. № 58-1. С. 129–132.

4. Никитская Е. А. Понимание детерминации девиантного поведения несовершеннолетних как основа профессиональной подготовки специалистов социальной сферы // Вестник экономической безопасности. 2026. № 2. С. 210.

5. Сорокоумова Г. В., Печников А. А. Исследование возможности психокоррекции девиантного поведения подростков методом иппотерапии // Гуманизация образования. 2024. № 3. С. 41–53.

6. Харитонова Е. В., Хамдамова А. Ю. Ценностные ориентации подростков, склонных к девиантному поведению // Южно-российский журнал социальных наук. 2023. Т. 23, № 4. С. 56–69.

7. Шак А. А., Парфенов Д. В. Связь саморегуляции со стратегиями преодоления ситуаций кибербуллинга у подростков // Научно-методический электронный журнал «Концепт». 2026. № 7. С. 514–522.

МУЗЫКОТЕРАПИЯ КАК МЕТОД ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОДДЕРЖКИ СТУДЕНТОВ КЕМГМУ: ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВАНИЯ И ПРАКТИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ

Пташко З. Д., Голянский И. В.

Кафедра общественного здоровья, организации и экономики здравоохранения имени профессора А. Д. Ткачева

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

Научный руководитель- канд. экон. наук, доцент М.В. Соколовский

Аннотация. Музыкотерапия рассматривается как перспективный метод психологической поддержки студентов медицинского университета, испытывающих высокие учебные нагрузки и эмоциональное напряжение. Цель исследования — теоретическое обоснование и разработка практической модели применения музыкотерапии для профилактики и снижения психологического напряжения у студентов Кемеровского государственного медицинского университета. Предложена шестинедельная групповая модель музыкотерапевтической поддержки с критериями оценки её эффективности и ограничениями применения. Сделан вывод о целесообразности включения музыкотерапевтических занятий в систему психологического сопровождения студентов при соблюдении принципов добровольности, конфиденциальности и профессионального сопровождения.

Ключевые слова: музыкотерапия, психологическая поддержка, студенты медицинского университета, учебный стресс, тревожность, эмоциональная саморегуляция, профилактика, групповая работа.

MUSIC THERAPY AS A METHOD OF PSYCHOLOGICAL SUPPORT FOR STUDENTS AT KEMSMU: THEORETICAL FOUNDATIONS AND PRACTICAL MODEL

Ptashko Z.D., Goliansky I.V.
Department of Public Health, Organization and Economics of Healthcare named after Professor A. D. Tkachev
Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo
Scientific supervisor – Sokolovsky M.V.

Abstract. Music therapy is considered a promising method of psychological support for medical university students facing high academic loads and emotional stress. The study aims to theoretically justify and develop a practical model of music therapy for preventing and reducing psychological tension among students at

Kemerovo State Medical University. A six-week group music therapy support model is proposed, with criteria for evaluating its effectiveness and limitations outlined. The conclusion supports incorporating music therapy sessions into the psychological support system for medical students, provided that principles of voluntariness, confidentiality, and professional guidance are observed.

Keywords: Music therapy, psychological support, medical university students, academic stress, anxiety, emotional self-regulation, prevention, group work.

Введение

Период обучения в медицинском университете связан с высокой интенсивностью образовательного процесса, значительным объемом теоретической информации, ранним включением в клиническую практику и необходимостью формирования профессиональной ответственности. Для студентов медицинского профиля характерно сочетание интеллектуального, эмоционального и коммуникативного напряжения. Дополнительными факторами риска выступают нарушения режима сна, недостаток времени для восстановления, страх ошибок, трудности адаптации к новым формам обучения и переживание неопределенности, связанной с будущей профессиональной деятельностью.

Психологическая поддержка студентов должна быть направлена не только на коррекцию уже сформировавшихся нарушений, но и на профилактику эмоционального истощения, развитие навыков саморегуляции и повышение устойчивости к стрессовым ситуациям. В связи с этим особое значение приобретают немедикаментозные и относительно доступные методы помощи, которые могут использоваться в образовательной среде в рамках профилактической и консультативной работы.

Одним из таких методов является музыкотерапия. В профессиональном понимании музыкотерапия представляет собой целенаправленное использование музыкальных средств и музыкальной активности в рамках терапевтического или психокоррекционного взаимодействия. Она отличается от обычного прослушивания музыки тем, что предполагает наличие сформулированной цели, определенную структуру занятий, рефлексию возникающих переживаний и сопровождение со стороны подготовленного специалиста [1, с. 15–28].

Музыкальные интервенции способны воздействовать на эмоциональное состояние, уровень физиологического напряжения, внимание, процессы саморегуляции и межличностное взаимодействие. Обобщение исследований показывает, что музыкальные программы могут быть связаны со снижением показателей стресса и тревожности, однако выраженность эффекта зависит от формата вмешательства, длительности программы, индивидуальных музыкальных предпочтений и профессиональной организации занятий [2, с. 294–324].

Для студентов медицинского университета музыкотерапия представляет интерес как средство, которое может быть интегрировано в систему психологического сопровождения без существенной перестройки образовательного процесса. При этом ее следует рассматривать не как замену медицинской или психотерапевтической помощи, а как дополнительный профилактический ресурс [5;6].

Музыка как средство эмоциональной регуляции

Одним из основных направлений применения музыки в психологической поддержке является регуляция эмоционального состояния. Музыкальное произведение может вызывать, усиливать или трансформировать эмоциональные переживания человека. При этом реакция на музыку

определяется не только ее объективными характеристиками, но и личным опытом, культурным контекстом, ассоциациями и текущим психоэмоциональным состоянием слушателя.

Музыкальная деятельность может способствовать осознанию эмоциональных состояний, которые затруднительно выразить словами. Это особенно важно в условиях хронического напряжения, когда студент привык подавлять усталость, тревогу или раздражение ради выполнения учебных обязанностей. В процессе музыкальной работы эмоциональное содержание может быть вынесено во внешний объект и затем осмыслено в безопасной форме.

Согласно психофизиологическому подходу, музыка способна влиять на уровень возбуждения нервной системы, темп дыхания, мышечное напряжение и субъективное ощущение спокойствия. Медленные музыкальные композиции, дыхательные упражнения и направленное сосредоточение на звуковых характеристиках могут использоваться для формирования навыков расслабления. Более ритмичная музыка, напротив, может применяться для повышения активности и мобилизации, если это соответствует цели занятия.

Музыка как инструмент саморегуляции

Для студента медицинского университета важно не только временное снижение напряжения, но и формирование самостоятельных способов управления своим состоянием. В этом отношении музыка может выполнять функцию доступного средства самопомощи. Осознанное прослушивание музыкальных произведений, ведение музыкального дневника, подбор индивидуального «ресурсоориентированного» плейлиста и сочетание музыки с дыхательными упражнениями позволяют включать музыкальные практики в повседневную жизнь.

Однако использование музыки в целях саморегуляции должно быть осознанным. Не всякая музыка снижает стресс. Музыкальное произведение может усиливать тревогу, вызывать нежелательные воспоминания или поддерживать негативное эмоциональное состояние. Поэтому в рамках профессиональной программы необходимо обучать студентов анализу собственных реакций и выбору музыкального материала с учетом индивидуальных особенностей.

Музыка как средство группового взаимодействия

Групповые музыкальные занятия создают условия для взаимодействия, совместного внимания и снижения чувства социальной изоляции. В процессе совместного музицирования, ритмических упражнений или обсуждения музыкальных образов участники получают возможность проявлять себя без необходимости постоянно демонстрировать академическую успешность.

Особую ценность это имеет для студентов младших курсов, которые находятся на этапе адаптации к университетской среде. Группа может стать пространством формирования поддерживающих связей, обмена опытом и нормализации переживаний. При этом ведущий должен следить за тем, чтобы музыкальная активность не превращалась в соревнование и не усиливала тревогу у участников, не обладающих специальной музыкальной подготовкой.

Музыкотерапия и снижение стресса

Систематические обзоры указывают на возможность применения музыкальных интервенций для снижения субъективного и физиологического стресса. В метааналитическом исследовании, посвященном влиянию музыкальных вмешательств на стресс-связанные показатели, были обобщены данные о воздействии музыки на психологические и физиологические параметры стресса [2, с. 294–324]. Авторы отмечают, что результативность музыкальных программ определяется не только самим фактом прослушивания

музыки, но и способом ее применения, продолжительностью, контекстом и особенностями участников.

Отдельный интерес представляют исследования групповой музыкотерапии студентов. В современных работах изучались шестинедельные программы, включавшие регулярные групповые занятия, направленные на профилактику стресса и тревожности. Полученные результаты свидетельствуют о перспективности такого формата для образовательной среды, однако требуют осторожной интерпретации и воспроизведения в различных университетских условиях [3].

Практическая модель музыкотерапевтической поддержки студентов КемГМУ

Предлагаемая модель ориентирована на студентов, испытывающих повышенное учебное напряжение, ситуативную тревожность, трудности эмоциональной саморегуляции или адаптации к университетской среде. Программа не предназначена для самостоятельной работы с тяжелыми психическими расстройствами и не заменяет обращение к врачу-психиатру, медицинскому психологу или психотерапевту.

Оптимальный формат — закрытая группа численностью от 8 до 12 человек. Продолжительность программы — 6 недель. Занятия проводятся один раз в неделю по 60–75 минут. Ведущим может выступать специалист по музыкальной терапии, медицинский психолог или клинический психолог, прошедший дополнительную подготовку по использованию музыкальных методов.

Таблица 1

Структура шестинедельной программы м

узыкотерапевтической поддержки

Этап	Содержание	Основная цель	Примерная продолжительность
Диагностико-ориентационный	Знакомство, информирование, оценка самочувствия, обсуждение ожиданий и музыкальных предпочтений	Формирование безопасной атмосферы и определение индивидуальных целей	1 занятие
Стабилизационный	Осознанное прослушивание, дыхательные упражнения, работа с темпом и громкостью	Снижение текущего напряжения и освоение базовых приемов саморегуляции	2 занятия
Рефлексивный	Обсуждение эмоциональных реакций на музыку, музыкальный дневник, подбор личных ресурсов	Развитие эмоциональной осознанности и навыков самонаблюдения	2 занятия
Интеграционный	Совместное музицирование, ритмические упражнения, разработка индивидуального плана самопомощи	Перенос приобретенных навыков в учебную и повседневную деятельность	1 занятие

Результаты теоретического анализа и обсуждение

Проведенный анализ позволяет выделить несколько положений.

Во-первых, музыкотерапия может рассматриваться как многоуровневый метод психологической поддержки, воздействующий одновременно на эмоциональную, когнитивную, телесную и коммуникативную сферы. Это отличает ее от простого отвлекающего прослушивания музыки.

Во-вторых, для студентов медицинского университета наиболее перспективными представляются краткосрочные групповые программы, ориентированные на профилактику стресса и развитие навыков саморегуляции. Такой формат не требует длительного включения в образовательный процесс и может быть организован в рамках деятельности психологической службы, центра здоровья или студенческого объединения.

В-третьих, активные и рецептивные формы музыкальной работы имеют различные области применения. Рецептивные практики, связанные с осознанным слушанием, могут быть удобны для снижения текущего напряжения и самостоятельного использования. Активные формы — ритмические упражнения, совместное музицирование и вокальная импровизация — могут быть особенно полезны для развития групповой сплоченности и эмоционального самовыражения.

В-четвертых, эффективность музыкальной интервенции нельзя оценивать только по факту положительных эмоций после занятия. Необходимо изучать устойчивые изменения в уровне тревожности, способности к саморегуляции, качестве сна, учебной адаптации и субъективном благополучии.

В-пятых, музыкотерапия имеет ограничения. Музыкальные предпочтения индивидуальны, а эмоциональная реакция на одно и то же произведение может существенно различаться. Некоторые музыкальные композиции способны активировать неприятные воспоминания или усиливать эмоциональное возбуждение. Кроме того, музыка не должна использоваться как универсальное средство лечения психических расстройств.

Полученные теоретические выводы согласуются с данными современных исследований, в которых музыкальные вмешательства рассматриваются как потенциально эффективный компонент профилактики стресса и тревожности у студентов. Вместе с тем результаты разных исследований нельзя автоматически

переносить на студентов конкретного университета. Культурные особенности, организация учебного процесса, состав группы и квалификация ведущего могут существенно влиять на итоговый эффект [3; 4].

Заключение

Музыкотерапия является перспективным дополнительным методом психологической поддержки студентов медицинского университета. Ее потенциальная ценность связана с возможностью воздействия на эмоциональное состояние, телесное напряжение, навыки саморегуляции и качество группового взаимодействия.

Для студентов КемГМУ предложена шестинедельная групповая модель, включающая диагностико-ориентационный, стабилизационный, рефлексивный и интеграционный этапы. Основными компонентами программы являются осознанное прослушивание музыки, дыхательные и ритмические упражнения, музыкальная рефлексия, совместная музыкальная активность и разработка индивидуального плана самопомощи.

Практическое внедрение модели возможно при соблюдении принципов добровольности, конфиденциальности, индивидуализации и профессионального сопровождения. Музыкотерапия должна рассматриваться как часть комплексной системы психологической поддержки, а не как альтернатива медицинской, психиатрической или психотерапевтической помощи.

Перспективным направлением дальнейшей работы является проведение пилотного исследования на базе Кемеровского государственного медицинского университета с участием студентов разных курсов. Такое исследование позволит оценить динамику тревожности, учебного стресса, эмоционального истощения и субъективного благополучия, а также определить наиболее эффективное соотношение рецептивных и активных музыкальных методов.

Источники и литература / Sources and references:

1. Брушиа, К. Э. Defining music therapy / K. E. Bruscia. 3rd ed. niversity Park, IL : Barcelona Publishers, 2014. XXX, 387 p.

2. de Witte, M. Effects of music interventions on stress-related outcomes: a systematic review and two meta-analyses / M. de Witte, A. Spruit, S. van Hooren [et al.] // Health Psychology Review. 2020. Vol. 14, no. 2. P. 294–324.

3. de Witte, M. Music therapy for stress reduction: a systematic review and meta-analysis / M. de Witte, A. da Silva Pinho, G.-J. Stams [et al.] // Health Psychology Review. 2022. Vol. 16, no. 1. P. 134–159.

4. Thoma, M. V. The effect of music on the human stress response / M. V. Thoma, R. La Marca, R. Brönnimann [et al.] // PLOS ONE. 2013. Vol. 8, no. 8. Art. e70156.

5. Соколовская, В. В. Практический опыт применения арт-технологий в коррекционной работе с детьми дошкольного возраста / В. В. Соколовская, М. В. Соколовский // Практика исцеления творчеством: современная арт-терапия в образовании, медицине и социальной сфере : сборник материалов Международной научно-практической конференции, Кемерово, 15 апреля 2022 года. Кемерово : Кемеровский государственный медицинский университет, 2022. С. 385–391.

6. Соколовский, М. В. Цифровая трансформация здравоохранения в России / М. В. Соколовский // Прокузбасс 2023 : материалы межрегионального форума с международным участием, Кемерово, 04–06 июля 2023 года. Кемерово: Кемеровский государственный медицинский университет, 2023. С. 71–77.

АРТ-ТЕРАПИЯ КАК ИНСТРУМЕНТ ПРОФИЛАКТИКИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА ГОРОДА СЕМЕЙ

Разак Р. А., Мажитов Е. Б., Албекова А. Д., Черубаева А. М.
НАО «Медицинкский университет Семей»
Республика Казахстан, г. Семей
Научный руководитель- А. А. Алмагамбетова

Аннотация. В данной статье можно наблюдать за проблемой эмоционального выгорания у студентов медицинского вуза. Нашей целью исследования является использование арт-терапии для снижения уровня эмоционального выгорания. В иследовании, использовались методы анкетирования и сравнительного анализа. В анкетировании приняли участие 51 студентов. Было доказано, что использование арт терпавтических практик помогает снизить уровень стресса и выгорания у обучающихся. Был сделан вывод о эффективности внедрения их в образовательный процесс.

Ключевые слова: Эмоциональное выгорание, арт-терапия, студенты, медицина, арт-терапия с закрытыми глазами, письменная арт-терапия, дыхательная практика «4–6».

ART THERAPY FOR EMOTIONAL BURNOUT IN STUDENTS OF THE SEMEI MEDICAL UNIVERSITY

NEO «Semey Medical University»
Republic of Kazakhstan, Semey
Scientific supervisor – A. A. Almagambetova

Abstract. This article shows the problem of emotional burnout among medical students. Our article aimed to use art therapy to reduce the level of emotional burnout. The study utilized surveys and comparative analysis. Fifty-one students participated in the survey. It was demonstrated that the use of art therapy practices helps reduce stress

and burnout among students. A conclusion was finished with the effectiveness of their implementation in the educational process.

Keywords: Emotional burnout, art therapy, students, medicine, art therapy with closed eyes, writing art therapy, «4-6» breathing practice.

Введение

Эмоциональный стресс в настоящее время является одной из актуальных проблем мирового здравоохранения [11]. Эмоциональное выгорание - это состояние, характеризующееся истощением, которое приводит к снижению силы, интенсивности эмоциональных переживаний и сопровождается потерей радости по отношению ко всем аспектам жизни. Увеличение академической нагрузки в вузе, усиление образовательных требований и формирование конкурентной среды оказывают существенное влияние на психоэмоциональное состояние студентов [6].

Три основных компонента: эмоциональное истощение, цинизм (деперсонализация) и снижение чувства личных достижений понятие эмоционального выгорания [12]. Чаще всего, согласно исследованиям, среди студентов-медиков отмечается высокий уровень стресса [1]. От 45% до 71% студентов испытывают различные виды эмоционального стресса [20]. Вместе с тем, дефицитом времени, нарушением нормального сна, академическим стрессом эти факторы считаются элементами риска [8].

Хронический стресс в профессиональном плане увеличивает риск дезадаптации и, скорее всего, сохранится в ходе дальнейшей деятельности [2]. Эмоциональный стресс может негативно сказаться на успеваемости и качестве получения образования, психическом здоровье основного студента [8].

Эти данные подчеркивают актуальность эмоционального стресса среди студентов в области медицины.

Цель работы: изучить, каким образом арт терапия помогает студентам с эмоциональным выгоранием, которое напрямую влияет на эмоциональное состояние и продуктивность. Мы предполагаем, что тревожность и стресс не являются первопричиной возникновения выгорания у студентов. Дополнительно важно рассмотреть эффективность проведения анкетирования среди студентов медицины и работать с их результатами. Это помогает им в формировании устойчивости нервной системы к разному виду стресса и проведение арт-терпевтических практик улучшает их эмоциональное состояние.

Объекты и методы исследования

Данная работа базируется на анализе профессиональной литературы и актуальных публикаций, охватывающих период с 2020 по 2025 годы. Для поиска соответствующих данных были использованы базы данных PubMed, Medline, а также ресурсы Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) и другие авторитетные источники. Сбор первичных данных о тревожности и эмоциональном выгорании среди 51 студента НАО МУС осуществлялся в феврале 2026 года посредством анкетирования. После проведения анкетирования была реализована практическая часть исследования, включающая применение арт-терапевтических методик.

По завершении практических интервенций проводилось повторное анкетирование с целью оценки динамики уровня эмоционального выгорания и выявления возможного снижения данного показателя.

Результаты и их обсуждение:

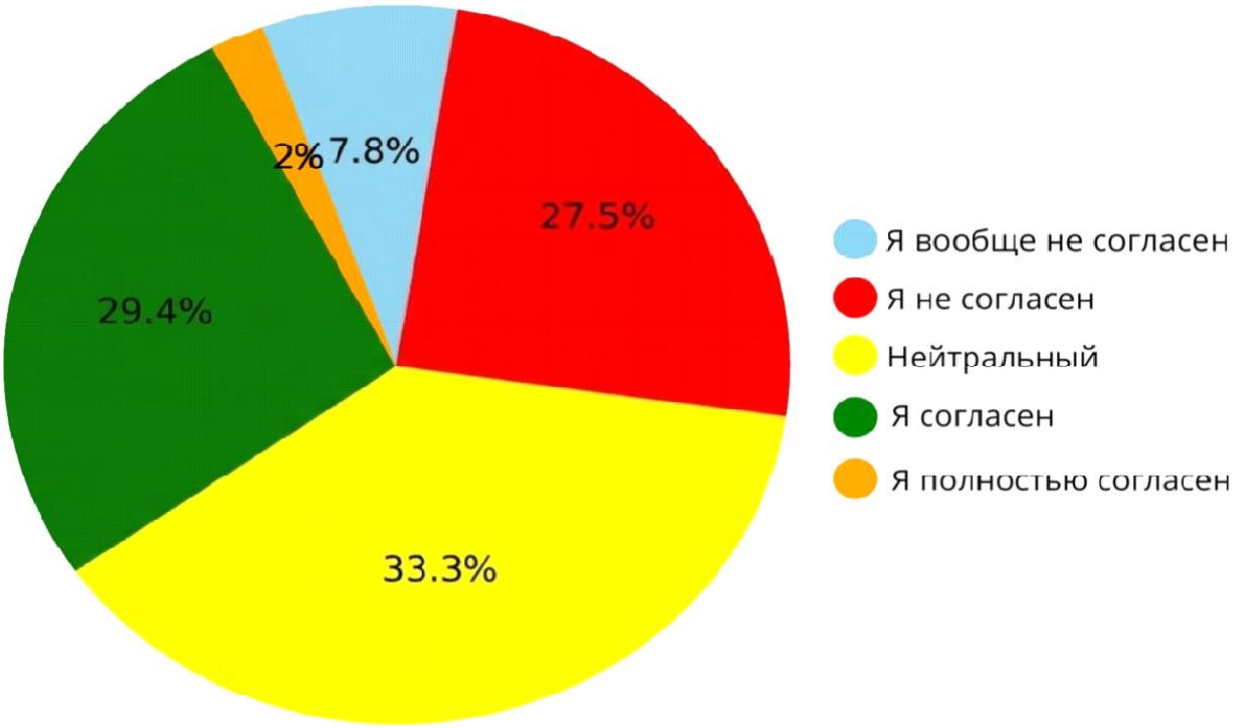


Рис. 1. *Результаты первичного опроса показали, что полностью не согласны с утверждением о наличии чувства «пустоты» лишь 7,8% (n=4) респондентов. Еще 27,5% (n=14) студентов скорее не разделяют это мнение. 33,3% (n=17) учащихся — заняла нейтральную позицию. Суммарно около трети выборки подтвердили наличие данного состояния: 29,4% (n=15) выразили согласие с тезисом, и 2% (n=1) людей полностью с ним согласны.*

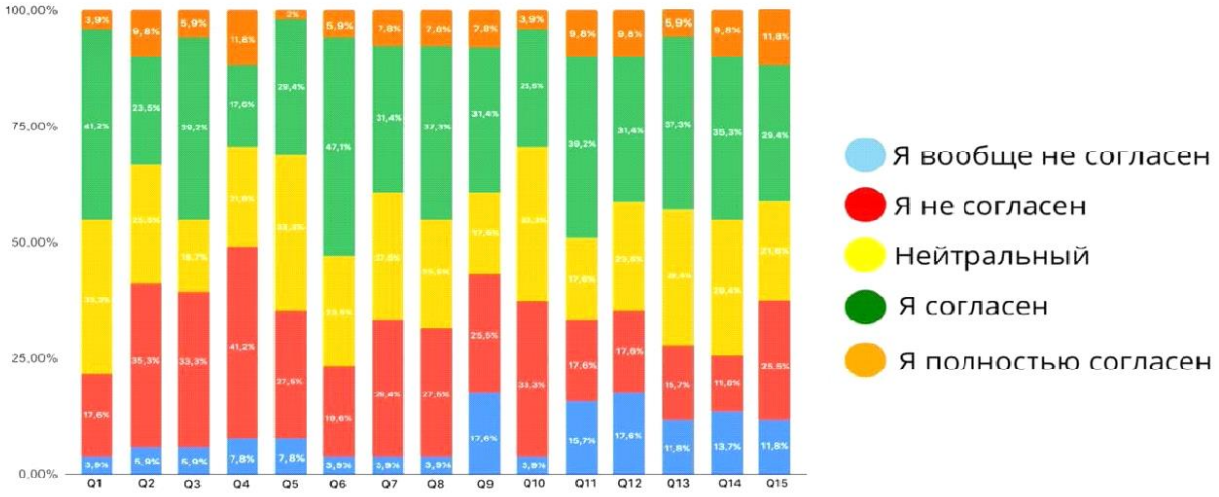


Рис. 2.- *После первого анкетирования среди 51 студентов было выявлено: Число тех, кто согласен с утверждением сильной усталости после учебы и клинической практики составляет 45,1% (n=23) С проблемой эмоциональным истощением из за занятии и обязанности согласны были 45,1% (n=32) студентов. Доля тех, кто согласны с утверждением о недосыпе 53% (n=27). 45,1% (n=23) студентов сталкиваются с проблемой усталостью от учебы каждый день. Чувство неполноценности во время учебы посещает 49% (n=25) студентов НАО МУС. 45,1% (n=23) согласны с тем что их успеваемость улучшится если улучшить и их эмоциональное состояние.*

Практическая часть

Арт-терапия с закрытыми глазами.

В процессе исследования использовалась специализированная методика арт-терапии, основанная на проведении творческой деятельности в условиях отсутствия зрительного контроля. Практическая реализация данного метода проводилась в специально подготовленном помещении с низким уровнем шумового загрязнения для обеспечения психологического комфорта респондентов. На начальном этапе участникам рекомендовалось занять удобное

сидячее положение и закрыть глаза. Основной этап практики заключался в свободном нанесении графических линий на рабочую поверхность. Важным требованием было отсутствие когнитивного контроля над эстетическими качествами и правильностью композиции. Движения рук участника были спонтанными, отражая текущее психоэмоциональное состояние. Для углубления трансового состояния в ряде сессий применялось фоновое аудиосопровождение с использованием композиций медитативного характера. Заключительный этап методики включал в себя процедуру дебрифинга. После открытия глаз участники приступили к визуальному изучению созданного произведения. Исследовали свои работы, описывали возникшие ассоциации, рассматривали выделенные паттерны и анализировали эмоциональные реакции на завершённый творческий процесс. Этот этап способствовал переходу бессознательного материала в осознаваемую плоскость, углубляя рефлексию и самоанализ участников.

Письменная арт-терапия.

В качестве ключевого диагностического и терапевтического инструмента в данном исследовании был задействован метод письменной арт-терапии, реализуемый через технику свободного экспрессивного письма. Методологическая основа данного подхода заключается в создании условий для максимально полной экстернализации внутреннего эмоционального состояния субъекта посредством фиксации потока сознания на бумажном носителе. Процедура проведения предполагала полное отчуждение от нормативных требований языка: испытуемым ставилась задача осуществлять запись в течение 10–20 минут, полностью игнорируя правила синтаксиса, пунктуации или логическую связность повествования. Ключевым требованием выступала непрерывность процесса и радикальная спонтанность самовыражения, что достигалось за счет введения запрета на саморедактирование, перечитывание или любую критическую оценку создаваемого текста в моменте работы.

Использование традиционных письменных принадлежностей (ручки и бумаги) в данном контексте рассматривается как фактор, усиливающий психомоторную связь и способствующий более глубокому погружению в рефлексивный процесс. Такой подход позволяет временно нейтрализовать действие защитных механизмов психики и цензуру сознания, создавая пространство для проявления латентных переживаний. Завершающий этап практики включал в себя вербализацию возникших ассоциативных рядов и последующую интерпретацию выявленных структурных паттернов, что в совокупности обеспечивало эффективную трансформацию неосознаваемого материала в область осознанного когнитивного и эмоционального опыта респондентов.

«Дыхание 4-6»

Во время исследования применялся метод «Дыхание 4-6». Практика занимает около 1-2 минут времени в день. Студенты принимали удобное сидячее положение с прямыми спинами упираясь в пол. Они должны чувствовать опору под ногами. Для контроля за процессом левую руку располагали на живот. А правую руку на грудную клетку. Программа включала в себе медленный вдох через нос в течении 4 секунд и такой же выдох через рот в течении 6 секунд. Учащающиеся фокусировали внимание на ощущение подъема и опускания грудной клетки и района живота. От 8 до 12 дыхательных циклов выполнялось за один сеанс. Данный метод позволил добиться уравновешенного ритма дыхания и увеличения его глубины.

Повторное анкетирование

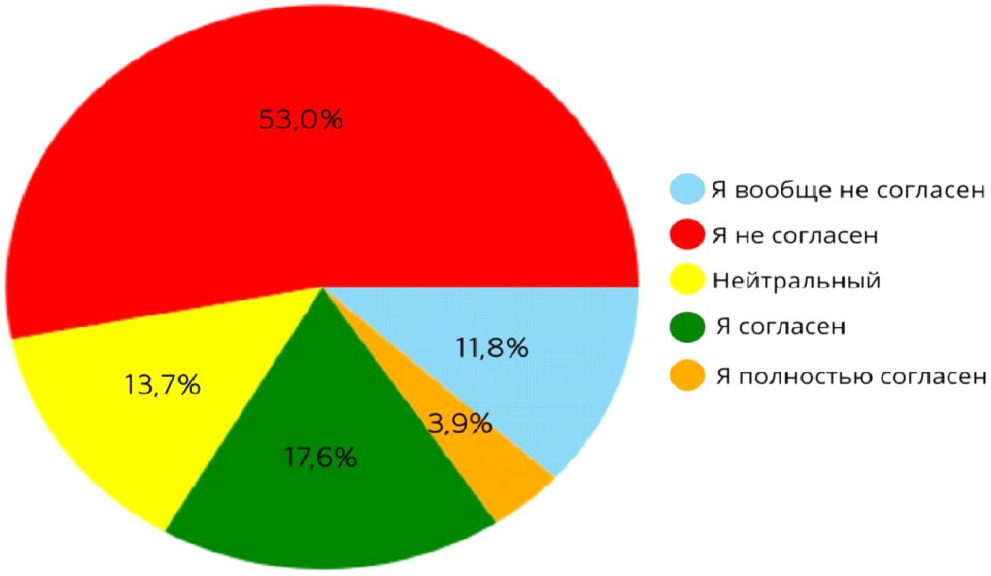


Рис. 3. *При повторном анкетировании число тех кто "вообще не согласен" с написанным о том что чувствуют психологическую «пустоту» составляет 11,8% (n=6). Те которые не согласны 53% (n=27). Люди придерживающиеся нейтральную сторону 13,7% (n=7). 17,6% (n=9) студентов согласны с данными утверждениями. Всего 3,9% (n=2) количество полностью согласны*

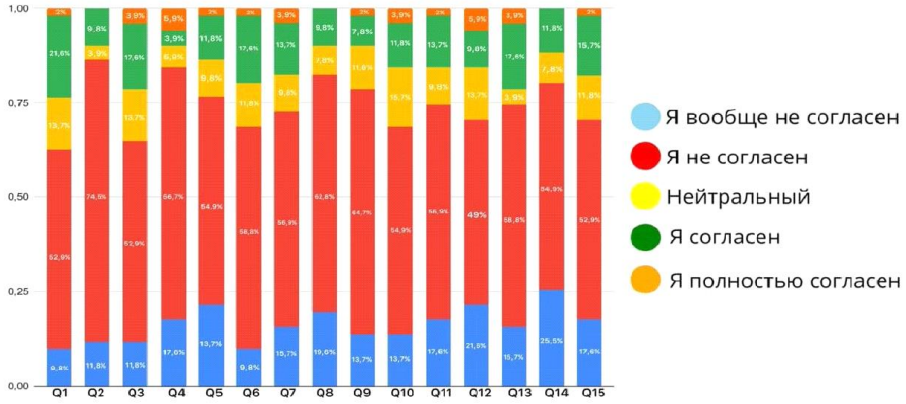


Рис. 4.- *После вторичного анкетирования среди 51 студентов НАО МУС было выявлено: Число тех, кто согласен с утверждением сильной усталости после учебы и клинической практики снизился до 23,6% (n=12) С проблемой*

эмоциональным истощением из за занятии и обязанности согласны были 21,4% (n=11) студентов. Процент тех кто чувствовал эмоциональную «пустоту» снизился до 13,8% (n=7). Доля тех, кто согласны с утверждением о недосыпе 19,6% (n=10). 9,8% (n=5) студентов сталкиваются с проблемой усталостью от учебы каждый день. Чувство неполноценности во время учебы посещает 15,7% (n=8) студентов НАО МУС

Сравнительный анализ:

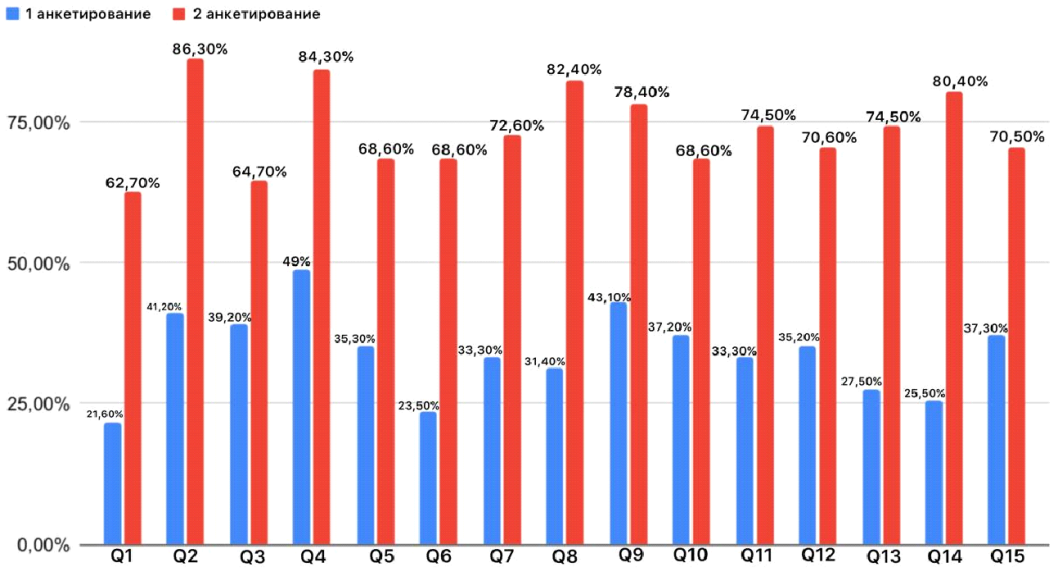


Рис. 5. - Сравнительный анализ

После проведения первого и второго анкетирования среди 51 студентов зафиксированы значительные изменения в оценках состояния. Кто не согласен с утверждением о сильной усталости после учёбы и практики (включая ответы «я вообще не согласен» и «я не согласен»), возросла с 21,5% (n=11) в ходе первого опроса до 62,7% (n=32) — во время повторного. Отсутствие эмоционального истощения, связанного с учебой и дежурствами, в первый раз отвергали 39,2% (n=20), а во второй раз — уже 64,7% (n=33). Таким образом, данные второго анкетирования свидетельствуют о снижении уровня эмоционального выгорания и общем улучшении психологического благополучия студентов после реализации образовательных и поддерживающих мероприятий.

Заключение

Проблема эмоционального выгорания является самой распространённой проблемой среди студентов медицины. Наше иследование показало что при помощи арт терапевтических методов такие как: арт-терапия с закрытыми глазами, письменная арт-терапия и дыхательная практика «4–6» помогают понизить уровень эмоционального выгорания.

Результаты исследования показали что, уровень эмоционального выгорания снизился с 62,7% до среднего показателя 21,5%. Можно увидеть что студенты медицинской специальности имеют высокий риск к выгоранию, по нашему первичному анкетированию. Чтобы снизить эти показатели мы рекомендуем внедрить эти практики в учебный процесс. Мы считаем что добавление арт терапевтический практик в виде профилактики помогает в росте будущих специалистов.

Источники и литература / Sources and references:

1. Agyapong, B. Interventions to Reduce Stress and Burnout among Teachers: A Scoping Review / B. Agyapong, P. Brett-MacLean, L. Burback [et al.] // International Journal of Environmental Research and Public Health. 2023. Vol. 20, No. 9. P. 5625.

2. Almutairi, H. Prevalence of burnout in medical students: A systematic review and meta-analysis / H. Almutairi, A. Alsubaiei, S. Abduljawad [et al.] // International Journal of Social Psychiatry. 2022. Vol. 68, No. 6. P. 1157–1170.

3. Akiki, Z. Burnout and quality of life among medical students in a conflict affected-region: a cross-sectional study / Z. Akiki, V. Yazbeck Karam, W. Salame [et al.] // BMC Medical Education. 2025. Vol. 25. P. 1337.

4. Dyrbye, L. N. Systematic review of depression, anxiety, and other indicators of psychological distress among U.S. and Canadian medical students / L. N.

Dyrbye, M. R. Thomas, T. D. Shanafelt // Academic Medicine. 2006. Vol. 81, No. 4. P. 354–373.

5. Di Vincenzo, M. Is There a Burnout Epidemic among Medical Students? Results from a Systematic Review / M. Di Vincenzo, E. Arsenio, B. Della Rocca [et al.] // Medicina (Kaunas). 2024. Vol. 60, No. 4. P. 575.

6. Dyrbye, L. N. Burnout among U.S. medical students, residents, and early career physicians relative to the general U.S. population / L. N. Dyrbye, C. P. West, D. Satele [et al.] // Academic Medicine. 2014. Vol. 89, No. 3. P. 443–451.

7. Haykal, K. A. Medical student wellness assessment beyond anxiety and depression: A scoping review / K. A. Haykal, L. Pereira, A. Power, K. Fournier // PLoS One. 2022. Vol. 17, No. 10. Art. e0276894.

8. Maslach, C. Job Burnout / C. Maslach, W. Schaufeli, M. Leiter // Annual Review of Psychology. 2001. Vol. 52. P. 397–422.

9. Kilic, R. Academic burnout among medical students: respective importance of risk and protective factors / R. Kilic, J. A. Nasello, V. Melchior, J. M. Triffaux // Public Health. 2021. Vol. 198. P. 187–195.

10. March-Amengual, J. M. Psychological Distress, Burnout, and Academic Performance in First Year College Students / J. M. March-Amengual, I. Cambra Badii, J. C. Casas-Baroy [et al.] // International Journal of Environmental Research and Public Health. 2022. Vol. 19, No. 6. P. 3356.

11. От истоков к современности. 130 лет организации психологического общества при Московском университете : сборник материалов юбилейной конференции. В 2 т. Т. 2. М., 2015.

12. Развитие творческого потенциала личности в образовательном процессе : практическое пособие / под ред. 2-е изд., перераб. и доп. М. 2025.

13. Rosales-Ricardo, Y. Effects of Physical Exercise on Burnout Syndrome in University Students / Y. Rosales-Ricardo, J. P. Ferreira // MEDICC Review. 2022. Vol. 24, No. 1. P. 36–39.

14. Thun-Hohenstein, L. Burnout in medical students / L. Thun-Hohenstein, C. Höbinger-Ablasser, S. Geyerhofer [et al.] // Neuropsychiatr. 2021. Vol. 35, No. 1. P. 17–27.

15. Treat, R. Medical Student Burnout as Impacted by Trait Emotional Intelligence - Moderated by Three-Year and Four-Year Medical Degree Programs and Gender / R. Treat, W. J. Hueston, J. Fritz [et al.] // WMJ. 2021. Vol. 120, No. 3. P. 188–194.

МЕХАНИЗМЫ ФОРМИРОВАНИЯ СОЦИАЛЬНЫХ СТЕРЕОТИПОВ: КОГНИТИВНЫЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И КУЛЬТУРНЫЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ

Рябцева Д. А., Филиппова Ю. А.
Кафедра клинической психологии
ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово
Научный руководитель – канд. псих. наук, доцент Е. В. Янко

Аннотация. В статье представлен теоретико-эмпирический анализ механизмов формирования социальных стереотипов как многоуровневого феномена, возникающего на пересечении когнитивных, социальных и культурных детерминант. Исходной теоретической рамкой служит концепция У. Липпмана, определившего стереотипы как «картинки в голове», которые экономят когнитивные усилия и защищают ценности человека, но одновременно упрощают и искажают восприятие действительности. На этой основе в работе последовательно раскрываются три группы детерминант. Когнитивные механизмы (социальная категоризация, схематизация, каузальная атрибуция, иллюзорная корреляция, эвристики доступности и репрезентативности,

предвзятость подтверждения) рассматриваются как универсальные инструменты обработки социальной информации, обеспечивающие форму и устойчивость стереотипов. Социальные детерминанты (социализация, референтные группы и конформность, межгрупповые отношения, институты, нормы) определяют, какие группы становятся объектами стереотипизации и какой эмоциональный заряд получают образы. Культурные детерминанты (язык, фольклор и искусство, культурные нарративы и коллективная память, эссенциалистские установки, медиа) наполняют стереотипы конкретным содержанием и обеспечивают их трансляцию из поколения в поколение.

Особое внимание уделено взаимодействию уровней и его эмпирической верификации. Проанализированы модель содержания стереотипов С. Фиске (SCM), связывающая воспринимаемые теплоту и компетентность группы с её социальным статусом; двойственная модель обработки стереотипной информации (Система 1 — Система 2), показывающая возможности контролируемого подавления стереотипов; феномен стереотипной угрозы и объединённая модель Т. Шмадер, М. Джонса и Б. Форбса. Приведены данные российских эмпирических исследований — в том числе на этнических, профессиональных, возрастных и поколенческих выборках, а также кросскультурные сравнения (московская и тувинская выборки), подтверждающие, что культурно обусловленные социальные практики формируют разные когнитивные стили стереотипизации. Делается вывод, что стереотип представляет собой не изолированную ошибку мышления, а динамическую конструкцию, формирующуюся в замкнутом цикле: когнитивные процессы, создают форму, социальная структура задаёт направление, культура наполняет содержанием. Именно взаимодействие трёх уровней делает стереотипы одновременно функциональными с точки зрения когнитивной экономии и потенциально деструктивными с точки зрения социальной

справедливости, что определяет многоуровневый характер возможных интервенций — от развития метакогнитивных стратегий до трансформации культурных нарративов и инклюзивных социальных практик.

Ключевые слова: социальные стереотипы, стереотипизация, когнитивные детерминанты, социальные детерминанты, культурные детерминанты, модель содержания стереотипов, стереотипная угроза, межгрупповые отношения, коллективная память, эссенциализм.

MECHANISMS OF SOCIAL STEREOTYPE FORMATION: COGNITIVE, SOCIAL, AND CULTURAL DETERMINANTS

Ryabtseva D. A., Filippova Y.A.
Department of Clinical Psychology
Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo

Abstract. The article presents a theoretical and empirical analysis of the mechanisms underlying the formation of social stereotypes as a multi-level phenomenon emerging at the intersection of cognitive, social, and cultural determinants. The conceptual framework is grounded in W. Lippmann's theory, which defines stereotypes as "pictures in our heads" that save cognitive effort and protect individual values, yet simultaneously simplify and distort the perception of reality. Building on this foundation, the paper systematically examines the three groups of determinants. Cognitive mechanisms — including social categorization, schematization, causal attribution, illusory correlation, availability and representativeness heuristics, and confirmation bias — are treated as universal tools for processing social information, providing the form and stability of stereotypes. Social determinants — such as socialization, reference groups and conformity, intergroup relations, institutions, and social norms — determine which groups become the targets of stereotyping and the emotional charge associated with these images.

Cultural determinants — including language, folklore and art, cultural narratives and collective memory, essentialist beliefs, and media — endow stereotypes with specific content and ensure their transmission across generations.

Particular attention is paid to the interaction between the levels and its empirical verification. The Stereotype Content Model (SCM) by S. Fiske is analyzed, linking the perceived warmth and competence of a group to its social status. The dual-process model of stereotype processing (System 1 vs. System 2) is discussed to illustrate the potential for controlled suppression of stereotypes. The phenomenon of stereotype threat and the integrated model proposed by T. Schmader, M. Johns, and B. Forbes are also examined. The paper draws on Russian empirical studies, including research on ethnic, occupational, age-related, and generational groups, as well as cross-cultural comparisons (e.g., samples from Moscow and Tuva), which confirm that culture-specific social practices shape different cognitive styles of stereotyping.

It is concluded that a stereotype is not an isolated cognitive error but a dynamic construct formed within a self-reinforcing cycle: cognitive processes provide the form, social structure sets the direction, and culture supplies the content. It is precisely the interaction of these three levels that makes stereotypes simultaneously functional in terms of cognitive economy and potentially harmful in terms of social justice. This insight underscores the need for multi-level interventions — ranging from the development of metacognitive strategies to the transformation of cultural narratives and the promotion of inclusive social practices.

Keywords: social stereotypes, stereotyping, cognitive determinants, social determinants, cultural determinants, stereotype content model, stereotype threat, intergroup relations, collective memory, essentialism.

Введение

Социальным стереотипом называют устойчивую систему представлений о какой-либо группе, явлении или событии, которая складывается не из личного опыта, а из обобщённых сведений, почерпнутых из СМИ, культурной среды, семьи и других общественных институтов. Термин был введён У. Липпманом.

В трактовке Липпмана стереотипы — это образы представителей иных групп, создаваемые культурой; они помогают объяснить и оценить их поведение. Учёный рассматривал их как избирательное и неточное отражение действительности: восприятие упрощается, а на его почве вырастают предрассудки. Одновременно Липпман подчёркивал неизбежность этого феномена — стереотипы возникают как естественное следствие взаимодействия человека с миром, как проекция на него собственных чувств и ценностей. Он называл их «картинками в головах»: такие упрощённые образы избавляют человека от необходимости разбираться в непомерной сложности окружающего. Этот выразительный оборот со временем стал почти синонимом самого понятия.

Впервые применительно к практике пропаганды термин использовал американский журналист Уолтер Липпман (1889–1974) в книге «Общественное мнение» (1922). Разработанная им концепция, позже подхваченная последователями, легла в основу метода стереотипизации общественного мнения. Анализируя обыденное сознание и роль прессы в формировании оценок, Липпман пришёл к выводу, что восприятие целиком подчинено стереотипам — предвзятым суждениям. Суть его позиции такова: поскольку действительность слишком обширна, сложна и переменчива, чтобы познавать её напрямую, человек «сначала представляет мир, а потом уже видит его» и подгоняет его под простую схему. Сведения о событиях, а не личное наблюдение, порождают в сознании стандартизированные упрощённые образы. Будучи построенными на внешнем, поверхностном знании, они нередко оказываются ложными.

Стереотипы выполняют роль стимула: они пробуждают эмоциональный отклик — симпатию или антипатию, страх и гнев, любовь и ненависть к тем или иным общественным явлениям.

При этом их формирование и закрепление — не разовый акт, а многоуровневый процесс. Механизмы стереотипизации принято рассматривать на трёх планах: когнитивном, социальном и культурном. Эти уровни не существуют порознь, а образуют единый цикл, где восприятие, институты и культурные практики сообща создают устойчивые социальные образы. В последующих разделах статьи каждый из них разобран отдельно — с опорой на теоретические подходы и эмпирические данные.

Актуальность исследования

Социальные стереотипы сопровождают человека на всём протяжении истории общества, однако в условиях современного информационного пространства их влияние многократно возрастает. Медиа, соцсети, алгоритмы рекомендаций и массовая культура ежедневно поставляют миллионам людей готовые упрощённые образы социальных групп, которые затем закрепляются автоматическими когнитивными процессами и воспроизводятся через социальные институты. При этом стереотипы не просто искажают восприятие — они напрямую влияют на поведение: от результатов тестирования при стереотипной угрозе до легитимации социального неравенства и межгрупповой напряжённости. Несмотря на обилие теоретических моделей и эмпирических данных, в отечественной и зарубежной литературе недостаточно работ, которые рассматривали бы формирование стереотипов не как результат одного изолированного механизма, а как продукт взаимодействия когнитивных, социальных и культурных детерминант в их взаимосвязи. Этим обусловлена актуальность настоящего исследования.

Цель исследования — выявить и проанализировать механизмы формирования социальных стереотипов на когнитивном, социальном и культурном уровнях, а также показать характер их взаимодействия на основе современных эмпирических данных.

Объект исследования — социальные стереотипы как устойчивые обобщённые представления о социальных группах, формирующиеся в процессе взаимодействия человека с социальной действительностью.

Предмет исследования — когнитивные, социальные и культурные детерминанты формирования социальных стереотипов и характер их взаимодействия.

Когнитивные детерминанты формирования стереотипов.

Когнитивный подход понимает стереотипизацию не как сбой или патологию мышления, а как закономерное следствие того, как устроено познание. Поток социальной информации, с которой сталкивается человек, заведомо превосходит способность переработать её детально и всесторонне. Мышление выходит из этого положения через упрощение: выделяет один или несколько броских признаков и строит на них обобщённый образ, распространяя его затем на всю группу. Отбор, ограничение и категоризация входящих сведений и образуют когнитивный фундамент стереотипизации [1, с. 137–142]. Д. Мацумото в книге «Психология и культура» перечисляет базовые психологические процессы, на которых вырастают стереотипы: избирательное внимание, оценка, образование понятий и категоризация, атрибуция, эмоции, память и схематизация [9, с. 218–225].

Ключевым механизмом здесь выступает социальная категоризация — отнесение людей к группам по легко распознаваемым признакам: полу, возрасту, национальности, профессии. Г. Тэджфел определял её как процесс, при котором индивидам, сгруппированным по броским характеристикам, приписывается

целый набор черт, ролей, эмоций, способностей и интересов. Категоризация упорядочивает в сознании события, ситуации и людей, позволяя оперативно оперировать их образами: вместо разбора каждого отдельного случая задействуется готовая категория, что укорачивает путь к выбору стратегии поведения [1, с. 140–143]. Она срабатывает автоматически, без сознательного усилия, и потому её нельзя назвать иррациональной — она отражает разумную избирательность воспринимающего, который физически не в состоянии рассматривать каждую группу как уникальную. Оборотная сторона в том, что при этом теряются тонкие нюансы объектов и их динамика: характеристика, лёгшая в основу стереотипа, застывает, становится инерционной, и в дальнейшем мешает вовремя замечать перемены или обнаруживать искажения.

Вслед за категоризацией в социализацию вступает схематизация — поиск в опыте подходящей ментальной схемы. Схемы — это связанные между собой мысли и обобщённые представления об объектах и ситуациях, служащие для распознавания, быстрой оценки и прогноза развития событий при минимуме исходных данных. Они рождаются из прямого или опосредованного опыта общения с социальным окружением. Встречаясь с ситуацией, человек нередко уже располагает схематизированной структурой представлений о ней — это ускоряет реакцию, но ведёт к промахам, если обстоятельства изменились. Г. А. Берулава замечает, что когнитивные стереотипы строятся на уже сложившейся картине мира и усваиваются из стереотипов, существующих в обществе и ближайшем окружении. В итоге индивидуальные представления о действиях в конкретных ситуациях возникают ещё до того, как появится реальный опыт поведения в этих обстоятельствах.

Ещё один существенный механизм — каузальная атрибуция: истолкование наблюдателем причин и мотивов чужого поведения. При атрибуции основания поступков приписываются людям исходя из их групповой принадлежности, а

само поведение объясняется влиянием внутренних (личностных) либо внешних (ситуативных) факторов [1, с. 168–172]. В формировании стереотипов атрибуции играют важную роль: организуют сведения в психологически значимом ключе и встраивают новые данные о мире в уже существующую систему понимания намерений и поступков окружающих, устраняя несоответствия между старым и новым. Исследования показывают, что атрибуции связаны с потребностью в контроле: чем сильнее человек стремится к нему, тем чаще производит подобные объяснения. Отсюда устойчивость стереотипов — они дарят ощущение понятности и предсказуемости социального мира.

Особое место в закреплении неточных образов занимает иллюзорная корреляция — искажение, при котором человек преувеличивает тесноту связи между явлениями, которой в действительности нет или которая заметно слабее предполагаемой. Классический эксперимент Д. Гамильтона и Р. Гиффорда (1976) продемонстрировал, как иллюзорные корреляции порождают стереотипы о меньшинствах. Участникам показывали слайды с представителями группы большинства и группы меньшинства, совершавшими желательные и нежелательные поступки. Доля позитивных и негативных действий у обеих групп совпадала, но поскольку члены меньшинства и их нежелательные поступки встречались реже, их одновременное появление было редкой, бросающейся в глаза ситуацией и притягивало внимание. В итоге испытуемые завысили частоту дурных поступков у меньшинства и оценили эту группу строже [16, p. 398–401]. Механизм прост: редкие и отличительные события цепляют внимание и лучше запоминаются. Когда совпадают две необычные приметы — принадлежность к меньшинству и негативное поведение, — психика фиксирует эту пару и переоценивает её распространённость [5, с. 127–130].

С иллюзорной корреляцией соседствует эвристика доступности — искажение, при котором вероятность события оценивается по лёгкости его

припоминания: что проще вспомнить, то и кажется более частым [5, с. 25–28]. В стереотипизации она действует по нескольким каналам. Эмоционально заряженные события запоминаются прочнее и охотнее всплывают в памяти, а потому кажутся массовыми: преступления, поданные в новостях ярко, воспринимаются как повсеместные — вопреки реальной статистике. Медийное освещение задаёт доступность: то, что регулярно попадает в ленты новостей, выглядит типичным. Свою роль играет и личный опыт: увиденное собственными глазами оценивается как более вероятное, чем прочитанное или услышанное [5, с. 32–35]. Д. Канеман и А. Тверски показали, что доступность — естественный источник иллюзорной корреляции: человеку кажутся связанными те события, которые ему легче представить вместе. С ними соседствует и эвристика репрезентативности — склонность судить о вероятности события по тому, насколько оно похоже на подходящий психический прототип. Описание «мужчина застенчив, замкнут, услужлив, любит порядок, внимателен к деталям» рисует образ библиотекаря, хотя статистически продавцов куда больше. Применительно к стереотипизации эта эвристика толкает игнорировать базовую частотность и держаться стереотипного прототипа [5, с. 156–160].

Наконец, предвзятость подтверждения (confirmation bias) — склонность искать, толковать и запоминать сведения так, чтобы они подкрепляли уже сложившиеся убеждения, не замечая или обесценивая противоречащее [11, с. 98–102]. Именно этот механизм поддерживает стереотипы в рабочем состоянии. Убеждён, что некая профессия — мужская, — человек будет выхватывать подтверждающие примеры и пропускать мимо случаи успешной работы женщин в этой сфере. Предвзятость подтверждения замыкает цикл: стереотип направляет внимание на «удобные» данные, а те, в свою очередь, упрочивают стереотип [11, с. 104–107].

Исследования говорят о том, что на стереотипизацию влияют не только универсальные механизмы, но и индивидуальные когнитивные стили. Д. Балева (2020) обнаружила: при восприятии низкотипичных социальных групп свой вклад вносят полезависимость, ригидность познавательного контроля, импульсивность, когнитивная простота и слабая оригинальность мышления. Когда типичность воспринимаемой группы возрастает до среднего уровня, влияние ригидности, когнитивной простоты и оригинальности ослабевает, и стереотипизация определяется лишь полезависимостью и импульсивностью. Это подтверждает: в основе феномена лежит преимущественно когнитивная, а не мотивационная обусловленность [2, с. 89–93].

Итак, когнитивные детерминанты формирования стереотипов — не разрозненные механизмы, а сплетённая цепочка процессов. Категоризация создаёт классы, схематизация наполняет их содержанием, атрибуция разъясняет причины, иллюзорная корреляция и эвристики вдалбливают искажённые связи, а предвзятость подтверждения оберегает стереотип от свежих данных. Сами по себе эти процессы не являются ошибками мышления — это базовые инструменты познания, побочным эффектом которых при столкновении с социальной сложностью и становятся стереотипы [1, с. 145–150].

Социальные детерминанты.

Социальные детерминанты формирования социальных стереотипов — это те внешние, общественные условия и механизмы, через которые стереотипы не просто возникают, а закрепляются, распространяются и поддерживаются в обществе. В отличие от когнитивных механизмов, которые показывают, как отдельный человек обрабатывает информацию, социальные детерминанты объясняют, откуда в этой информации берутся сами образы и почему они оказываются общими для больших групп людей [1, с. 187–192].

Ключевую роль играет социализация и ближайшее социальное окружение. Стереотипы человек усваивает буквально с детства: семья, друзья, школа, дворовое сообщество транслируют привычные представления о разных группах и незаметно встраивают их в картину мира. Ребёнок не столько «выводит» стереотип самостоятельно, сколько перенимает готовые оценки и способы категоризации: кто «свои», кто «чужие», какие черты считаются типичными для тех или иных людей. Г. М. Андреева подчёркивает, что социальные представления формируются не в вакууме, а в процессе общения и взаимодействия, и именно поэтому стереотипы часто воспринимаются не как личное мнение, а как «общеизвестная истина» [1, с. 195–198].

Важным фактором выступают референтные группы и конформность. Человек склонен принимать распространённые в его окружении представления, чтобы сохранить принадлежность к группе, не выделяться и не вступать в конфликт. Это не обязательно осознанное согласие: часто достаточно просто слышать одни и те же формулировки в разговорах, видеть повторяющиеся реакции и постепенно начинать считать эти образы нормальными и естественными. В социальной психологии это называют нормативным и информационным влиянием: мы ориентируемся на группу и как на источник «правильных» оценок, и как на критерий того, как «принято думать» [1, с. 203–206].

Межгрупповые отношения задают содержание и эмоциональную окраску стереотипов. Характер взаимодействия между группами — сотрудничество, конкуренция, конфликт, доминирование одной группы над другой — напрямую влияет на то, какие черты приписываются «своим» и «чужим». В ситуации напряжённости или конкуренции люди склонны усиливать межгрупповую дифференциацию: «своих» идеализировать, а «чужим» приписывать негативные черты. Так стереотипы становятся инструментом поддержания групповой

идентичности и оправдания существующего положения дел. Э. Гидденс отмечал, что стереотипы нередко выполняют функцию объяснения и даже легитимации сложившихся межгрупповых отношений: они помогают оправдать неравенство или объяснить, почему одни группы занимают более высокое положение, а другие — более низкое [3, с. 312–315].

Институты общества — школа, СМИ, официальные нарративы — систематически воспроизводят определённые образы. В школьных учебниках одни группы могут упоминаться чаще и в более позитивном контексте, в новостях — регулярно связываться с определёнными сюжетами, в официальной риторике — получать устойчивые характеристики. Эти повторяющиеся модели формируют «общепринятые» представления, которые затем воспринимаются как естественные. При этом важно, что институты не обязательно создают стереотипы с нуля: они усиливают уже существующие в обществе установки, делают их более заметными и легитимными [1, с. 210–214].

Социальные нормы и ценности сообщества задают рамки допустимых оценок. В одних культурах и субкультурах преобладает установка на толерантность и разнообразие, в других — на жёсткие границы между группами и чёткое деление на «нормальное» и «ненормальное». Если в сообществе доминируют консервативные или ксенофобские установки, стереотипы будут более выраженными и устойчивыми; если же нормой считается критическое мышление и уважение к различиям, стереотипы легче подвергаются сомнению и пересмотру. Таким образом, нормы работают как фильтр: они определяют, какие стереотипы общество готово поддерживать, а какие — осуждать [9, с. 240–245].

Массовые коммуникации и медиа выступают мощным каналом распространения стереотипов. Новости, кино, сериалы, реклама и контент в соцсетях не просто отражают общественные настроения, но и активно их конструируют: одни образы делают более заметными, другие — менее.

Повторяемость и эмоциональная подача усиливают эффект: чем чаще и ярче подаётся определённый образ, тем прочнее он закрепляется в общественном сознании. При этом медиа могут усиливать даже слабые или маргинальные стереотипы, если регулярно включают их в свои сюжеты и делают частью привычной картинки мира [8, с. 178–182].

Исторический и культурный контекст тоже работает как социальная детерминанта: прошлые события, миграции, войны, экономические кризисы оставляют устойчивые следы в коллективной памяти и в повседневных оценках. Например, стереотипы об этнических или профессиональных группах часто опираются на исторические роли, которые эти группы играли в прошлом, даже если сегодня их функции полностью изменились. Такие образы сохраняются, потому что они встроены в привычные рассказы о прошлом и настоящем, и общество продолжает их воспроизводить, не задумываясь об их исторической ограниченности [14, с. 115–120].

Наконец, социальные роли и структура общества сами по себе способствуют стереотипизации. Когда за определёнными группами закреплены определённые функции (например, в экономике, политике, быту), эти функции легко переносятся на характеристики самих людей: «они такие, потому что делают это». Так профессиональные, гендерные, возрастные и другие стереотипы становятся «объяснением» существующей социальной структуры, а значит, и оправданием её сохранения. В результате стереотипы перестают быть просто оценками — они становятся частью социального порядка, который кажется естественным и неизменным [3, с. 320–323].

Таким образом, социальные детерминанты не столько создают стереотипы «из ничего», сколько обеспечивают их передачу, легитимацию и устойчивость в обществе. Культура и институты задают содержание, референтные группы — нормативность, межгрупповые отношения — эмоциональную

окраску, а повторяемость в медиа и повседневном общении делает эти образы привычными и трудно оспариваемыми. В связке с когнитивными механизмами это создаёт замкнутый цикл: общество транслирует готовые образы, а индивидуальные процессы мышления (категоризация, атрибуция, предвзятость подтверждения) делают их удобными и устойчивыми [1, с. 220–225; 9, с. 250–255; 3, с. 330–335].

Культурные детерминанты

Культурные детерминанты формирования социальных стереотипов задают само содержание этих стереотипов — то, какие именно черты и образы общество привычно связывает с той или иной группой. Культура здесь выступает как матрица устойчивых смыслов: она не просто отражает реальность, а предлагает готовые способы её прочтения, которые затем легко ложатся на автоматические когнитивные процессы [9, с. 260–265; 1, с. 235–240]. Так, Д. Мацумото в работе «Психология и культура» подчёркивает, что именно культура формирует критерии того, на что человек обращает внимание, как он оценивает увиденное и по каким признакам распределяет людей по категориям — а значит, именно она во многом определяет, какие черты станут «визитной карточкой» группы в общественном сознании.

Важнейшую роль в закреплении стереотипов играет язык. Устойчивые обороты, пословицы, идиомы и даже привычные словосочетания незаметно транслируют оценки и иерархии: одни группы в них предстают в нейтральном или позитивном свете, другие — с оттенком иронии или пренебрежения. Лингвисты называют это языковой предвзятостью: язык не только называет, но и оценивает, и такие оценки со временем становятся настолько привычными, что перестают восприниматься как суждения — они ощущаются как «просто слова». Например, использование названий профессий или социальных ролей в качестве метафор для чего-то второстепенного или комичного мягко закрепляет

определённое отношение к этим ролям. Об этом подробно пишет Ю. С. Степанов в словаре «Константы: Словарь русской культуры», показывая, как устойчивые языковые формулы хранят и передают культурные коды [13, с. 412–418].

Ещё один мощный канал передачи стереотипов — фольклор, литература и искусство. С детства человек усваивает узнаваемые типажи: «хитрый», «простодушный», «строгий начальник», «заботливая бабушка» и другие. Эти образы не обязаны быть реалистичными, но именно из-за простоты и повторяемости они становятся культурными шаблонами, которые легко активируются при встрече с новой ситуацией. Ю. М. Лотман в книге «Культура и взрыв» описывает, как такие культурные тексты работают как механизмы трансляции смыслов: они не просто рассказывают истории, а предлагают готовые модели восприятия, которые общество воспроизводит из поколения в поколение [7, с. 95–101]. В массовой культуре эти типажи ещё сильнее упрощаются: этнические, профессиональные или возрастные группы сводятся к нескольким ярким чертам, и эти черты начинают восприниматься как «само собой разумеющиеся».

Не менее значимы большие культурные нарративы — устойчивые рассказы о прошлом, которые объясняют, «кто мы» и «кто они». Они формируют коллективную память и задают рамки для понимания настоящего. Например, стереотипы об этнических группах нередко опираются на исторические события — войны, миграции, колониальные отношения, — но в культуре эти события получают не столько фактологическое, сколько оценочное прочтение: фиксируется не столько то, что было, сколько отношение к этому. М. Хальбвакс в работе «Социальные рамки памяти» показывает, как коллективная память работает не как архив фактов, а как система смысловых опор: она отбирает, расставляет акценты и легитимирует определённые интерпретации, превращая их в «общеизвестные истины» [142, с. 115–120]. Именно эта культурная

легитимация делает стереотипы особенно устойчивыми: они воспринимаются не как частное мнение, а как часть общего знания.

Во многих культурах укоренена эссенциалистская установка — вера в то, что у групп есть некая неизменная «внутренняя природа», определяющая их поведение. Представления о «национальном характере», «природной склонности» к определённым занятиям или формулировки вроде «у них так принято» или «это у них в крови» транслируют идею, что различия между группами фундаментальны и неизменны. Такая установка делает стереотипы крайне устойчивыми к опровержению: если черта считается врождённой, личный опыт, противоречащий ей, легко объясняется как исключение. Г. М. Андреева в «Социальной психологии» отмечает, что подобные эссенциалистские модели активно поддерживаются культурными институтами — от школьных учебников до популярной психологии, — и именно поэтому они так прочно входят в повседневный язык и мышление [1, с. 240–245].

Современные медиа и массовая культура усиливают и перезапускают эти механизмы. Кино, сериалы, реклама, мемы и контент в соцсетях не просто повторяют старые стереотипы, а постоянно «переупаковывают» их в новые форматы, делая ещё более узнаваемыми и привычными. Особенность этого процесса в том, что многократное появление одного и того же образа в разных источниках (фильм, мем, новостной сюжет, игра) создаёт эффект нормализации: стереотип перестаёт восприниматься как предвзятость и начинает казаться «естественным» и «очевидным». М. Маклюэн в книге «Понимание медиа: внешние расширения человека» подчёркивает, что медиа не просто передают сообщения, а формируют саму среду восприятия: они задают оптику, через которую общество смотрит на мир, и тем самым участвуют в конструировании культурных представлений [8, с. 178–182].

При этом культурные детерминанты не универсальны: в разных регионах и субкультурах одни и те же группы могут получать разные стереотипы. Образ профессии или этнической группы может сильно различаться в городской и сельской культуре, в молодёжной субкультуре и в официальной риторике. Д. Мацумото показывает, что кросскультурные различия в восприятии и стереотипах связаны с разными культурными приоритетами, нормами и способами категоризации: то, что в одной культуре считается типичным и естественным, в другой может восприниматься как исключение или даже нелепость [9, с. 275–280]. Это подтверждает, что стереотипы — не просто «ошибки мышления», а культурно сконструированные смыслы, привязанные к конкретным контекстам.

В итоге культурные детерминанты отвечают за содержание стереотипа, а когнитивные механизмы — за его форму и устойчивость. Культура поставляет готовые образы и оценки, а автоматические процессы мышления (категоризация, схематизация, атрибуция, эвристика доступности и предвзятость подтверждения) делают эти образы удобными, понятными и трудно опровержимыми. Получается замкнутый цикл: культурные шаблоны задают, что именно мы склонны замечать и как это интерпретировать, а когнитивные привычки закрепляют эти интерпретации как «очевидные» [9, с. 280–285; 1, с. 245–250].

Взаимодействие детерминант и современные эмпирические данные

Три группы детерминант — когнитивные, социальные и культурные — не работают параллельно и независимо. Они образуют единую, многоуровневую систему, в которой каждый уровень усиливает и наполняет содержанием остальные. Когнитивные механизмы (категоризация, схематизация, атрибуция, эвристики) предоставляют универсальные инструменты, с помощью которых мозг обрабатывает любую социальную информацию. Социальные детерминанты

задают направление этой обработки: межгрупповые отношения, референтные группы, институты определяют, какие категории станут значимыми и какой эмоциональный заряд они получат. Культурные детерминанты наполняют эти категории конкретным содержанием: язык, фольклор, медиа, исторические нарративы и эссенциалистские установки определяют, какие именно черты будут приписаны группе в данной культуре. В. Изербит и его соавторы прямо указывали, что когнитивные функции стереотипизации лучше всего понимать в связи с социальными функциями, и наоборот — социальные функции неотделимы от когнитивных [17, с. 30–35]. С. Фиске и С. Нойберг разработали модель познания, в которой объединили стереотипное и индивидуализированное освоение информации, показав, что при недостатке мотивации или когнитивных ресурсов человек автоматически переходит к стереотипной обработке [15, с. 12–15].

Современные исследования подтверждают, что стереотипы формируются не просто как «ошибки мышления», а как объяснительные конструкции, помогающие осмыслить отношения между группами. К. Макгарти, В. Изербит и Р. Спирс в работе «Стереотипы как объяснения» показали, что стереотипы возникают, чтобы объяснять социальную реальность, но при этом остаются высоко избирательными, изменчивыми и часто оспариваемыми объяснениями. Их исследование выявило, что формирование стереотипов — это циклический процесс: восприятие сходства между членами группы порождает восприятие её целостности (энтитативности), а это, в свою очередь, усиливает категоризацию и закрепляет стереотип [17, с. 45–50].

Одним из наиболее эмпирически подтверждённых подходов, демонстрирующих взаимодействие всех трёх уровней детерминант, выступает модель содержания стереотипов (Stereotype Content Model, SCM), разработанная С. Фиске с коллегами. Модель постулирует, что восприятие социальных групп

организовано по двум универсальным измерениям: теплоте (оценка доброжелательных или враждебных намерений группы) и компетентности (оценка способности воплощать эти намерения в жизнь). Комбинация этих двух измерений даёт четыре квадранта: стереотипы восхищения (высокая теплота и высокая компетентность), стереотипы презрения (низкая теплота и низкая компетентность), патерналистские стереотипы жалости (высокая теплота и низкая компетентность) и стереотипы зависти (низкая теплота и высокая компетентность). Модель связывает содержание стереотипов с положением группы в социальной структуре: группы с высоким статусом воспринимаются как более компетентные, а низкостатусные — как более тёплые. Таким образом, социальная структура (социальная детерминанта) через культурные представления о статусе и иерархии (культурная детерминанта) определяет содержание стереотипа, а когнитивные механизмы категоризации по двум измерениям обеспечивают его формирование и устойчивость [4, с. 220–225; 15, p. 878–882].

Эмпирическая проверка модели содержания стереотипов ведётся непрерывно с 2002 года. С. Фиске и С. Дюпре проверили модель на 42 профессиях и подтвердили, что воспринимаемая «теплота — компетентность» способствует дифференциации категорий профессий. Кластер профессий с выраженной теплотой и высокой компетентностью включал неравнодушных профессионалов — медсестёр, учителей, врачей, имеющих имидж доброжелательных и заслуживающих доверия. Некоторым профессиям приписывают амбивалентные стереотипы, а оценки теплоты и компетентности коррелируют с социальными представлениями о мире профессий [15, с. 45–50]. Д. С. Григорьев обобщил исследования 2008–2017 годов и показал устойчивость модели в разных странах, методах, при онлайн- и офлайн-сборе данных. Модель работает и на уровне подгрупп внутри одной социальной группы: так, в

исследовании на студенческой выборке выявлено, что вымышленные персонажи с высоким благосостоянием оцениваются как более компетентные и менее тёплые, а с низким — как более тёплые и менее компетентные, что точно соответствует предсказаниям модели [4, с. 228–232].

Российские эмпирические данные также подтверждают универсальность модели. В исследовании, проведённом на выборке 436 респондентов, каждый оценивал пять этнических категорий (белорусы, буряты, армяне, китайцы, чеченцы) и связанные с ними территории. Выяснилось, что более высокая оценка социальной и экономической не благополучности территории связана с более низким статусом соответствующей этнической категории, а более высокий статус, в свою очередь, связан с более высокими оценками теплоты и особенно компетентности. Социальная не благополучность дополнительно была отрицательно связана с теплотой и менее устойчиво — с компетентностью. Эти результаты показывают, что атрибуты этничности (территория, статус) и содержание стереотипа (теплота, компетентность) образуют не простой перечень, а статистически организованную систему связей. В другом исследовании позитивный межгрупповой контакт положительно влиял на оценку компетентности и теплоты, а негативный — отрицательно, причём эффект контакта был сильнее для теплоты. Культурный стереотип двигал оценку личного стереотипа в сторону соответствующего общекультурного образа [4, с. 55–62].

Важным направлением эмпирических исследований стало изучение двойственной модели обработки стереотипов (dual-process model). Согласно этой модели, при встрече с представителем группы в сознании автоматически активируются связанные с ней стереотипные представления (Система 1 — быстрая, интуитивная, автоматическая). Однако контролируемые когнитивные процессы (Система 2 — медленная, аналитическая, требующая усилий) могут

препятствовать использованию стереотипов, если для этого есть мотивация и когнитивные ресурсы. П. Дивайн в серии из трёх исследований показала, что знание культурных стереотипов не зависит от уровня личных предрассудков: стереотипы активируются автоматически у всех. Однако люди, у которых есть мотивация и ресурсы для контролируемой обработки, способны подавлять применение стереотипа в суждениях. Современные исследования 2025 года подтверждают, что при когнитивной перегрузке интуитивная Система 1 доминирует, а рациональная Система 2 подавляется, что усиливает стереотипные суждения.

Особый интерес представляют исследования стереотипной угрозы (stereotype threat) — феномена, при котором человек чувствует риск подтвердить негативный стереотип о своей группе, что приводит к ухудшению результатов в соответствующей деятельности. По состоянию на 2025 год опубликовано более 300 исследований, демонстрирующих влияние стереотипной угрозы на производительность в различных областях — от математики до спорта и предпринимательства. С. Стил и Дж. Аронсон в классическом исследовании 1995 года показали, что афроамериканские студенты хуже справлялись с тестом, когда он описывался как диагностирующий интеллектуальные способности, но показывали такие же результаты, как белые студенты, когда тест подавался как нейтральный [18, p. 797–803]. Последующие исследования распространили эффект на гендерные стереотипы: женщины хуже выполняли тесты по математике, когда им напоминали о стереотипе, что женщины хуже разбираются в математике. Метаанализ 47 исследований подтвердил значительный эффект стереотипной угрозы для девочек в математике. Нейровизуализационные исследования выявили, что женщины, испытывающие стереотипную угрозу при прохождении теста по математике, демонстрируют повышенную активацию вентрального отдела передней поясной извилины коры — области, связанной с

социальной и эмоциональной обработкой, — и что степень этой активации предсказывает снижение производительности.

Т. Шмадер, М. Джонс и Б. Форбс в 2008 году предложили объединённую модель механизмов стереотипной угрозы, постулирующую три параллельных процесса, которые одновременно истощают рабочую память: физиологический стресс, негативные мысли, связанные с групповой идентичностью, и подавление стереотипных представлений. Поскольку все три процесса опираются на один ограниченный ресурс — рабочую память, — суммарный эффект выражается в значительном снижении когнитивных ресурсов, доступных для выполнения самой задачи. Российский обзор, опубликованный НИУ ВШЭ, детализирует механизмы воздействия стереотипной угрозы: актуализацию социальной идентичности, негативные эмоции, посторонние мысли, усиление самоконтроля, сложности в обучении, уменьшение самоэффективности, усиление мотивации избегания и деидентификацию с областью деятельности.

Вместе с тем не все эмпирические данные однозначно подтверждают силу стереотипной угрозы. Крупномасштабное исследование на выборке 2064 голландских школьников не выявило общего эффекта стереотипной угрозы, а также не обнаружило влияния ни одного из четырёх предсказанных модераторов — идентификации с областью, гендерной идентификации, математической тревожности и сложности теста. Метаанализ, сфокусированный на исследованиях, максимально приближённых к реальным условиям высокостатусного тестирования, показал, что эффект варьируется от нулевого до небольшого, а в литературе присутствует значительная публикационная предвзятость. Эти данные не опровергают существование феномена, но указывают на необходимость различать лабораторные и реальные условия и учитывать контекст.

Интересные эмпирические данные получены и в области возрастных стереотипов. А. В. Микляева в исследовании на выборке 316 человек в возрасте от 7 до 73 лет показала, что содержание возрастных стереотипов неоднородно: помимо типичных образов («наивное детство», «кризисное подростничество», «ответственная взрослость», «регрессирующая старость») существуют нетипичные, содержательно противоположные им образы («манипулятивное детство», «ответственное подростничество», «усталая взрослость», «мудрая старость»). Нетипичные стереотипы чаще встречаются у детей и подростков (56,5% и 52,2%), тогда как у взрослых и пожилых преобладают типичные (76,7% и 69,0%). Это отражает закономерности освоения возрастных социальных конструктов в процессе социализации: степень принятия магистральных образов возрастает по мере взросления [10, с. 3–8].

Исследование стереотипов о поколении «Y», проведённое А. В. Рикель на выборке 100 представителей поколений «Y» и «X», подтвердило, что стереотипы, транслируемые в медийном пространстве, воспроизводятся как в гетеростереотипах (представлениях старшего поколения о младшем), так и в автостереотипах (представлениях поколения о самом себе). Поколение «Y» воспринимается и воспринимает себя как более рациональное в романтических отношениях, менее лояльное и более прагматичное в организационной карьере. Этот результат демонстрирует, как медийные нарративы (культурная детерминанта) через социальное сравнение поколений (социальная детерминанта) формируют содержание стереотипа, которое затем закрепляется когнитивными механизмами предвзятости подтверждения [12, с. 138–144].

Эмпирические исследования показывают также, что кросскультурные различия в когнитивных процессах влияют на стереотипизацию. Р. Нисбетт с коллегами продемонстрировали, что социальные практики в культурах США и Восточной Азии связаны с различиями в познавательных процессах:

представители коллективистских культур чаще опираются на контекстуальную информацию и тематическую категоризацию, а представители индивидуалистических культур — на фокальные объекты и таксономические отношения. Российское исследование, сравнившее жителей Тувы и Московского региона, обнаружило, что закономерности влияния контекста на сравнение объектов, выявленные на московской выборке, не воспроизвелись на тувинской: у тувинцев отмечена тенденция к более частому использованию вербализаций различия, чем сходства, при сравнении объектов во всех экспериментальных ситуациях. Это указывает на то, что культурно обусловленные социальные практики формируют разные когнитивные стили, которые, в свою очередь, по-разному проявляются в процессах категоризации и стереотипизации.

Таким образом, современные эмпирические данные подтверждают, что формирование стереотипов — это не результат работы одного изолированного механизма, а продукт взаимодействия всех трёх уровней. Когнитивные процессы предоставляют универсальный аппарат категоризации и обработки информации, социальная структура определяет, какие группы станут объектами стереотипизации и какой эмоциональный заряд они получат, а культура наполняет стереотипы конкретным содержанием и обеспечивает их трансляцию. Модель содержания стереотипов Фиске, исследования стереотипной угрозы, двойственная модель обработки, кросскультурные исследования и эмпирические работы на российских выборках сходятся в одном: стереотип формируется на пересечении когнитивной экономии, социальной идентичности и культурного контекста, и именно это взаимодействие делает его одновременно устойчивым и способным к изменению при определённых условиях [17, с. 60–65; 4, с. 238–242; 18, с. 350–354].

Заключение

Формирование и устойчивость социальных стереотипов — это не результат изолированной «ошибки мышления» отдельного человека, а сложный, многоуровневый процесс, возникающий на пересечении когнитивных, социальных и культурных детерминант.

Когнитивные механизмы задают форму и обеспечивают устойчивость стереотипов: они позволяют мозгу быстро категоризировать социальную информацию, экономить ресурсы и упрощать восприятие сложного мира. Сюда относится автоматическая активация стереотипных представлений (Система 1), предвзятость подтверждения, эвристика доступности и другие процессы. Именно они делают стереотипы удобными и устойчивыми даже при наличии противоречащих данных. При этом контролируемые процессы (Система 2) способны сдерживать использование стереотипов, но лишь при наличии мотивации и достаточных когнитивных ресурсов — в условиях стресса или перегрузки автоматика берёт верх.

Социальные детерминанты определяют, какие именно группы становятся объектами стереотипизации и какой эмоциональный заряд получают эти образы. Социализация в семье, школе и ближайшем окружении закладывает базовые представления о «своих» и «чужих». Межгрупповые отношения (конкуренция, сотрудничество, конфликт) усиливают дифференциацию: «своих» идеализируют, «чужим» приписывают негативные черты. Институты и нормы общества легитимируют определённые образы, а референтные группы и конформность обеспечивают их воспроизводство в повседневной практике.

Культурные детерминанты наполняют стереотипы конкретным содержанием и обеспечивают их трансляцию из поколения в поколение. Язык, фольклор, литература, искусство и медиа закрепляют устойчивые типажи и оценки, превращая их в «само собой разумеющиеся» истины. Культурные

нарративы и коллективная память придают стереотипам историческую глубину, а эссенциалистские установки (вера в неизменную «природу» групп) делают их особенно устойчивыми к опровержению.

Эмпирические данные подтверждают взаимодействие этих уровней. Модель содержания стереотипов (SCM) С. Фиске наглядно показывает, как социальная структура (статус группы) через культурные представления о иерархии определяет содержание стереотипа (теплота и компетентность), а когнитивные механизмы обеспечивают его формирование и дифференциацию.

Исследования стереотипной угрозы демонстрируют, как актуализация стереотипа в конкретной ситуации запускает целый каскад социально-когнитивных и физиологических процессов, снижающих производительность — и при этом сила эффекта зависит от социального контекста и индивидуальных ресурсов. Кросскультурные исследования (например, работы Р. Нисбетта и российские сравнения московской и тувинской выборок) показывают, что культурные практики формируют разные когнитивные стили, по-разному проявляющиеся в стереотипизации.

Таким образом, современные исследования показывают: стереотип — это не просто «упрощённый образ», а динамическая конструкция, которая одновременно экономит когнитивные усилия, обслуживает социальные функции (групповую идентичность, легитимацию неравенства) и транслируется через культурные коды. Именно взаимодействие этих трёх уровней делает стереотипы одновременно полезными с точки зрения когнитивной экономии и потенциально опасными с точки зрения социальной справедливости — и именно на стыке этих уровней лежат наиболее перспективные направления для научных исследований и практических интервенций.

Источники и литература / Sources and references:

1. Андреева, Г. М. Социальная психология : учебник для вузов / Г. М. Андреева. М. : Аспект Пресс, 2025. 363 с.

2. Балева, М. В. Роль когнитивных факторов в восприятии искусственных социальных групп с разным уровнем социальной типичности / М. В. Балева // Экспериментальная психология. 2020. Т. 13, № 2. С. 27–43.

3. Гидденс, Э. Социология / Э. Гидденс ; пер. с англ. М. : Едиториал УРСС, 2005. 632 с.

4. Григорьев, Д. С. Модель содержания стереотипов и этнические стереотипы в России / Д. С. Григорьев // Журнал социологии и социальной антропологии. 2020. Т. 23, № 2. С. 215–244.

5. Канеман, Д. Думай медленно… решай быстро / Д. Канеман ; пер. с англ. М. : АСТ, 2014. 656 с.

6. Липпман, У. Общественное мнение / У. Липпман ; пер. с англ. М. : Институт фонда «Общественное мнение», 2004. 384 с.

7. Лотман, Ю. М. Культура и взрыв / Ю. М. Лотман. М. : Гнозис ; Прогресс, 1992. 272 с.

8. Маклюэн, М. Понимание медиа: внешние расширения человека / М. Маклюэн ; пер. с англ. М. : Кучково поле, 2011. 464 с.

9. Мацумото, Д. Психология и культура / Д. Мацумото ; пер. с англ. СПб. : прайм-ЕВРОЗНАК, 2002. 416 с.

10. Микляева, А. В. Содержание возрастных стереотипов: эмпирическая типология / А. В. Микляева // Письма в Эмиссия. Оффлайн. 2014. № 2. С. 2148.

11. Майерс, Д. Социальная психология / Д. Майерс ; пер. с англ. СПб. : Питер-пресс, 1997. 688 с.

12. Рикель, А. М. Рациональное, прагматичное и конкурирующее: опыт эмпирического исследования стереотипов о поколении «Y» / А. М. Рикель // Социальная психология и общество. 2020. Т. 11, № 3. С. 135–148.

13. Степанов, Ю. С. Константы: Словарь русской культуры / Ю. С. Степанов. — М. : Академический проект, 2001. 990 с.

14. Хальбвакс, М. Социальные рамки памяти / М. Хальбвакс ; пер. с фр. М. : Новое издательство, 2007. 348 с.

15. Fiske, S. T. A model of (often mixed) stereotype content: Competence and warmth respectively follow from perceived status and competition / S. T. Fiske, A. J. Cuddy, P. Glick, J. Xu // Journal of Personality and Social Psychology. 2002. Vol. 82, № 6. P. 878–902.

16. Hamilton, D. L. Illusory correlation in interpersonal perception: A cognitive basis of stereotypic judgments / D. L. Hamilton, R. Gifford // Journal of Experimental Social Psychology. 1976. Vol. 12, № 4. P. 392–407. —

17. McGarty, C. Stereotypes as Explanations: The Formation of Meaningful Beliefs about Social Groups / C. McGarty, V. Yzerbyt, R. Spears (eds.). Cambridge : Cambridge University Press, 2002. 276 p.

18. Schmader, T. An integrated process model of stereotype threat effects on performance / T. Schmader, M. Johns, C. Forbes // Psychological Review. 2008. Vol. 115, № 2. P. 336–356.

19. Steele, C. M. Stereotype threat and the intellectual test performance of African Americans / C. M. Steele, J. Aronson // Journal of Personality and Social Psychology. 1995. Vol. 69, № 5. P. 797–811.

20. Tversky, A. Judgment under uncertainty: Heuristics and biases / A. Tversky, D. Kahneman // Science. 1974. Vol. 185, № 4157. P. 1124–1131.

СЕКСУАЛЬНАЯ КОММУНИКАЦИЯ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ В КОНТЕКСТЕ ПРОФИЛАКТИКИ ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАЮЩИХСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ

Серованова Е. А., Пивовар О. И., Бутримова Е. А.
Кафедра эпидемиологии и инфекционных болезней
ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Аннотация. Сексуальная коммуникация является основой здоровых и счастливых отношений. По данным анкетирования 104 человек студентов медиков и их партнеров, составляющих 52 пары, изучены особенности сексуальной коммуникации по вопросам профилактики инфекций, передающихся половым путём. Совместное принятие профилактических решений поддерживали 84,6% респондентов, а о совместном решении лабораторного обследования сообщили 12,5%. Полученные данные характеризуют профилактические установки и сообщаемый опыт взаимодействия студентов медицинского вуза и их партнёров.

Ключевые слова: инфекции, передающиеся половым путем; студенты; сексуальная коммуникация; профилактика.

SEXUAL COMMUNICATION OF MEDICAL STUDENTS IN THE CONTEXT OF THE PREVENTION OF SEXUALLY TRANSMITTED INFECTIONS

Serovanova E. A., Pivovar O. I., Butrimova E. A.
Department of Epidemiology and Infectious Diseases
Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo

Abstract. Sexual communication is the foundation of a healthy and happy relationship. According to a survey of 104 medical students and their partners, who make up 52 couples, the peculiarities of sexual communication on the prevention of

sexually transmitted infections were studied. Joint preventive decision-making was supported by 84,6% of respondents, and 12,5% reported a joint solution to the laboratory examination. The data obtained characterize the preventive settings and the reported experience of interaction between medical university students and their partners.

Keywords: sexually transmitted infections; students; sexual communication; prevention.

Сексуальная коммуникация играет важную роль в формировании здоровых и гармоничных отношений между партнерами и представляет собой значимый психологический компонент профилактики инфекций, передающихся половым путём (ИППП). Главная цель сексуальной коммуникации – это создание пространства, где каждый будет чувствовать себя комфортно и безопасно, чтобы выразить свои желания и потребности без страха осуждения или непонимания.

В исследовании студентов обсуждение использования барьерной контрацепции в сочетании с уверенностью в получении согласия партнёра на сексуальное взаимодействие было связано с более последовательным применением барьерной защиты [1, С. 6]. Эти результаты обосновывают изучение профилактического поведения не только через индивидуальные установки, но и через особенности общения в паре.

Обсуждение сексуального здоровья может сопровождаться эмоциональными трудностями. В исследовании E. Scheinfeld у молодых взрослых выявлены дискомфорт при предполагаемом раскрытии диагноза ИППП партнёру, а также связи стыда и стигматизации с коммуникацией и обследованием [2, С. 10]. Это позволяет рассматривать психологические барьеры

открытого разговора как самостоятельный предмет исследования, не сводимый к оценке медицинской осведомлённости.

Теоретической основой семейно-психологического анализа выступает концепция взаимозависимости и совместного совладания, согласно которой сохранение здоровья может восприниматься партнёрами как общая задача, предполагающая сотрудничество [3, С. 1372].

Эмпирическое исследование пар показало, что учёт характеристик обоих партнёров позволяет полнее объяснить намерения использовать презервативы, чем анализ исключительно индивидуальных показателей [4, С. 1365].

Практическую значимость парного подхода подтверждает метаанализ рандомизированных исследований: вмешательства, адресованные парам, превосходили индивидуальные по показателям использования презервативов и тестирования на ВИЧ [5, С. 322].

Применительно к студенческим семьям указанные подходы обосновывают интерес к согласованности представлений партнёров, готовности обсуждать обследование и совместно принимать профилактические решения. При этом результаты исследований отдельных студентов и иных категорий пар не позволяют непосредственно характеризовать особенности студенческих супругов. В настоящем исследовании изучены особенности обсуждения профилактики ИППП студентами медицинского вуза и их партнёрами по данным анкетирования.

Цель исследования – оценить уровень информированности студентов медицинского вуза и их партнёров о методах, способах контрацепции и изучить особенности партнерской коммуникации в контексте профилактики ИПП по данным анкетирования.

Объекты и методы исследования

На базе Кемеровского государственного медицинского университета в сентябре-октябре 2026 года проведено анкетирование 104 человек (52 пары). Как минимум один из участников каждой пары являлся студентом медицинского вуза. Условиями включения в исследование было добровольное согласие на участие в опросе респондентов, имеющих опыт половой жизни. Анонимное анкетирование проводилось в электронной форме на базе Yandex Forms и включало 44 вопроса закрытого типа (4-7 вариантов ответа).

Результаты и их обсуждение

В анкетировании приняли участие 104 респондента, из них 70 человек (67,3%) – обучающиеся медицинского ВУЗа. Возраст участников распределился следующим образом: 21–23 года – 57 человек (54,8%), 24–26 лет – 31 (29,8%), 27 лет и старше – 15 (14,4%), 18–20 лет – 1 (1,0%). Все респонденты указали характер отношений: постоянные отношения без совместного проживания – 46 (44,3% ответивших), совместное проживание без регистрации брака – 42 (40,4%), зарегистрированный брак – 16 (15,3%). Совместное проживание подтвердили 58 (55,8%) из 104 участников опроса. Зарегистрированный брак указан в 16 индивидуальных анкетах.

Обучение по превентивным мерам ранее прошли 58 человек (55,8%); не проходили – 32 (30,8%); не помнят – 14 (13,5%). При этом 92 участника (88,5%) согласились, что им легко начать с партнёром разговор о профилактике ИППП. Возможность предложить обследование без опасения обвинений поддержали 85 человек (81,7%). Поддержку совместного принятия решений о защите от ИППП выразили 88 участников (84,6%). О совместном решении относительно обследования на ИППП сообщили 13 респондентов (12,5%); 76 (73,1%) – ответили отрицательно, 15 (14,4%) – не помнили подобного решения. Это наиболее заметное расхождение в описательных распределениях. Оно не

доказывает связь между установками и поведением конкретного респондента: соответствующие совместные частоты в исходной сводке отсутствуют.

Более одного раза обсуждали с партнёром профилактику ИППП 43 человека (41,3%), ни разу – 26 (25,0%). О прохождении обследования хотя бы на одну инфекцию сообщили 78 (75,0%) респондентов, об отсутствии такого опыта – 14 (13,5%), ещё 12 (11,5%) – не помнили. Индивидуальное обследование не равнозначно совместному тестированию пары, поэтому эти показатели должны оцениваться раздельно.

С предложением партнёра обследоваться как проявление заботы согласился 81 (77,9%) участник. О том, что доверие делает обсуждение профилактики ненужным, не согласились 99 человек (95,2%). Использование презерватива не воспринимали, как признак недоверия 88 (84,6%) респондентов. Подобные установки могут служить потенциальной надежной опорой для программ профилактического консультирования, ориентированных на сотрудничество, а не на взаимные обвинения.

Готовность эмоционально поддержать партнёра при выявлении ИППП выразил 71 человек (68,3%). В гипотетической ситуации заболевания партнёра готовность поддержать его при обращении за медицинской помощью отметили 85 (83,3%) респондентов. Эти ответы отражают намерения, а не зарегистрированное поведение, и могут быть чувствительны к социальной желательности.

Верные знания о возможности бессимптомного течения ИППП продемонстрировали 95 (91,3%) участников; о снижении, но не полном устранении риска при правильном использовании презерватива – 99 (95,2%); о вакцинопрофилактике отдельных ИППП – 90 (86,5%). Повторное заражение хламидийной инфекцией после лечения считали возможным 80 (76,9%) респондентов, а невозможность точного определения момента заражения при

первом выявлении вируса папилломы человека признали 77 (74,0%) участников опроса.

Правильный ответ о принципе «неопределяемый – не передающий» при устойчивой вирусной супрессии ВИЧ на фоне антиретровирусной терапии дали 63 человека (60,6%), неправильный – 26 (25,0%), не знали ответа – 15 (14,4%). Эта тема требует отдельного образовательного акцента: профилактика половой передачи ВИЧ при устойчивой супрессии не означает защиты от других ИППП.

Заключение

Важность сексуальной коммуникации трудно переоценить, так как она является основой здоровых и счастливых отношений. У опрошенных студентов и их партнёров преобладало положительное отношение к совместному принятию профилактических решений в контексте ИППП. Вместе с тем четверть респондентов сообщили, что не обсуждали профилактику инфекций с партнёром, а совместное решение относительно лабораторного обследования отметили 12,5%. Это подчёркивает важность оценки конкретного опыта партнёрского взаимодействия наряду с общими профилактическими установками.

Источники и литература / Sources and references:

1. Edison, B. Sexual Communication and Sexual Consent Self-Efficacy Among College Students: Implications for Sexually Transmitted Infection Prevention / B. Edison, R. W. S. Coulter, E. Miller [et al.] // Journal of Adolescent Health. 2022. Vol. 70, No. 2. P. 282–289.

2. Scheinfeld, E. Shame and STIs: An Exploration of Emerging Adult Students' Felt Shame and Stigma towards Getting Tested for and Disclosing Sexually Transmitted Infections / E. Scheinfeld // International Journal of Environmental Research and Public Health. 2021. Vol. 18, No. 13. P. 7179.

3. Lewis, M. A. Understanding health behavior change among couples: an interdependence and communal coping approach / M. A. Lewis, C. M. McBride, K. I. Pollak [et al.] // Social Science & Medicine. 2006. Vol. 62, No. 6. P. 1369–1380.

4. Isaacs, C. A dyadic approach to understanding safer sex behavior in intimate heterosexual relationships / C. Isaacs, S. Skakoon-Sparling, T. Kohut, W. A. Fisher // Journal of Health Psychology. 2021. Vol. 26, No. 9. P. 1364–1376.

5. Fu, R. Do Couple-Based Interventions Show Larger Effects in Promoting HIV Preventive Behaviors than Individualized Interventions in Couples? A Systematic Review and Meta-analysis of 11 Randomized Controlled Trials / R. Fu, J. Hou, Y. Gu [et al.] // AIDS and Behavior. 2023. Vol. 27. P. 314–334.

ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА КАК ИНДИКАТОР ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ РЕГУЛЯЦИИ И СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТИ

Собиров С. У.
Кафедра нормальной физиологии
ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино»,
Республика Таджикистан, г. Душанбе
Научный руководитель – канд. мед. наук, старший преподаватель
Д. З. Иргашева

Аннотация. Вариабельность сердечного ритма (ВСР) представляет собой один из наиболее информативных неинвазивных биомаркеров функционального состояния автономной нервной системы и широко используется для оценки процессов адаптации организма к внутренним и внешним воздействиям. В последние десятилетия ВСР рассматривается не только как показатель вегетативной регуляции сердечной деятельности, но и как объективный индикатор эмоциональной регуляции, стрессоустойчивости и психофизиологического благополучия. Современные исследования

демонстрируют тесную взаимосвязь между снижением вариабельности сердечного ритма, нарушением вагусной активности, хроническим стрессом, тревожными и депрессивными расстройствами, а также ухудшением когнитивных функций и адаптационных возможностей организма. Особое внимание уделяется концепции нейровисцеральной интеграции, объясняющей взаимодействие центральной нервной системы, сердечно-сосудистой системы и эмоциональных процессов посредством центральной автономной сети. Анализ временных, спектральных и нелинейных показателей ВСР позволяет объективно оценивать функциональное состояние регуляторных механизмов и прогнозировать эффективность адаптации к стрессовым воздействиям. В статье представлен современный обзор научных данных о физиологических механизмах формирования вариабельности сердечного ритма, роли симпатического и парасимпатического отделов автономной нервной системы в обеспечении эмоциональной устойчивости, а также клиническом и профилактическом значении ВСР. Рассматриваются современные методы анализа сердечного ритма, особенности интерпретации основных показателей, влияние возраста, пола и психоэмоциональных факторов на характеристики ВСР. Особое внимание уделено использованию анализа вариабельности сердечного ритма в профилактической медицине, спортивной физиологии, профессиональном здоровье и клинической практике как перспективного инструмента раннего выявления нарушений адаптации и оценки эффективности профилактических и лечебных мероприятий.

Ключевые слова: вариабельность сердечного ритма, автономная нервная система, эмоциональная регуляция, стрессоустойчивость, нейровисцеральная интеграция, психофизиология, стресс.

HEART RATE VARIABILITY AS AN INDICATOR OF EMOTIONAL REGULATION AND STRESS RESILIENCE

Sobirov S. U.
Department of Normal Physiology
Avicenna Tajik State Medical University, Tajikistan, Dushanbe
Scientific Supervisor –Irgasheva D. Z.

Abstract. Heart rate variability (HRV) is one of the most informative non-invasive biomarkers of autonomic nervous system function and is widely used to assess the body's adaptive capacity under physiological and pathological conditions. In recent decades, HRV has become recognized not only as a marker of autonomic cardiovascular regulation but also as an objective indicator of emotional regulation, stress resilience, and psychophysiological well-being. Numerous studies have demonstrated that reduced HRV is associated with impaired vagal activity, chronic stress, anxiety, depression, diminished cognitive performance, and decreased adaptive capacity. The neurovisceral integration model provides a theoretical framework explaining the interaction between the central nervous system, cardiovascular regulation, and emotional processing through the central autonomic network. This review summarizes current evidence regarding the physiological mechanisms underlying heart rate variability, the role of sympathetic and parasympathetic regulation in emotional stability, and the clinical significance of HRV assessment. Modern time-domain, frequency-domain, and nonlinear methods of HRV analysis are discussed, together with the influence of age, sex, and psychoemotional factors on HRV parameters. Particular attention is paid to the practical application of HRV assessment in preventive medicine, sports physiology, occupational health, and clinical practice as an effective tool for early detection of maladaptation and evaluation of preventive and therapeutic interventions.

Keywords: heart rate variability, autonomic nervous system, emotional regulation, stress resilience, neurovisceral integration, psychophysiology, stress.

Введение

В последние десятилетия проблема психоэмоционального стресса приобрела особую актуальность в связи с возрастающим влиянием неблагоприятных факторов современной жизни на здоровье населения. Высокий темп жизни, информационные перегрузки, профессиональное напряжение, хроническое эмоциональное перенапряжение и недостаточная физическая активность приводят к нарушению механизмов адаптации организма, повышая риск развития сердечно-сосудистых, эндокринных, неврологических и психических заболеваний. В этих условиях особое значение приобретает поиск объективных, неинвазивных и высокоинформативных методов оценки функционального состояния организма, позволяющих выявлять ранние признаки дезадаптации еще до появления клинических симптомов. Одним из наиболее перспективных методов считается анализ вариабельности сердечного ритма (ВСР), который в настоящее время широко применяется как в фундаментальных исследованиях, так и в клинической практике [1, 4, 14].

Вариабельность сердечного ритма представляет собой естественные колебания продолжительности последовательных интервалов между сердечными сокращениями (RR-интервалов), обусловленные непрерывным взаимодействием симпатического и парасимпатического отделов автономной нервной системы. В отличие от средней частоты сердечных сокращений, отражающей лишь количественную характеристику работы сердца, ВСР позволяет оценить качество регуляторных процессов, эффективность адаптации организма и функциональные резервы сердечно-сосудистой системы. Согласно международным стандартам, разработанным рабочей группой Европейского общества кардиологов и Североамериканского общества электрофизиологии, анализ ВСР признан одним из наиболее достоверных методов оценки активности автономной нервной системы и широко используется в кардиологии, спортивной

медицине, неврологии, психофизиологии и профилактической медицине [1, 6, 11, 15].

Физиологической основой вариабельности сердечного ритма является постоянное взаимодействие центральных и периферических механизмов регуляции сердечной деятельности. Синусовый узел сердца находится под непрерывным влиянием симпатических и парасимпатических нервных импульсов, а также гуморальных факторов, дыхательной активности, барорефлекторных механизмов и высших отделов центральной нервной системы. Благодаря этому сердечный ритм постоянно изменяется в зависимости от функционального состояния организма, уровня физической активности, эмоционального напряжения и внешних воздействий. Высокая вариабельность сердечного ритма свидетельствует о достаточной активности парасимпатического отдела автономной нервной системы, высокой адаптационной способности организма и эффективной регуляции физиологических процессов, тогда как снижение ВСР рассматривается как признак нарушения автономного равновесия, преобладания симпатической активности и истощения адаптационных резервов [3, 6, 10].

Современные представления о физиологическом значении вариабельности сердечного ритма существенно расширились. Если первоначально данный показатель использовался преимущественно для оценки риска сердечно-сосудистых осложнений, то в настоящее время многочисленные исследования подтверждают его важную роль в оценке эмоционального состояния человека, стрессоустойчивости и эффективности психофизиологической адаптации. Установлено, что снижение ВСР сопровождается ухудшением процессов эмоциональной саморегуляции, повышением уровня тревожности, эмоциональной лабильностью, снижением когнитивной гибкости и нарушением

способности организма эффективно реагировать на стрессовые воздействия [3, 9, 10].

Особое место в современных исследованиях занимает концепция нейровисцеральной интеграции, согласно которой вариабельность сердечного ритма отражает эффективность взаимодействия центральной нервной системы и внутренних органов через механизмы центральной автономной сети. Данная теория рассматривает сердце не только как исполнительный орган кровообращения, но и как важный компонент сложной системы регуляции эмоций, поведения и когнитивных функций. Согласно этой модели, префронтальная кора, передняя поясная извилина, островковая кора, миндалевидное тело, гипоталамус и структуры ствола мозга образуют единую сеть, регулирующую как эмоциональные реакции, так и деятельность сердечно-сосудистой системы. Именно поэтому изменения вариабельности сердечного ритма отражают не только состояние автономной нервной системы, но и эффективность работы центральных механизмов эмоционального контроля [9, 10, 13].

Исследования последних лет показывают, что низкие значения ВСР ассоциированы с хроническим стрессом, тревожными и депрессивными расстройствами, синдромом эмоционального выгорания, нарушениями сна и снижением качества жизни. Напротив, высокий уровень ВСР характерен для лиц с хорошей стрессоустойчивостью, высоким уровнем эмоционального интеллекта, эффективной когнитивной регуляцией и высокой способностью к адаптации в условиях меняющихся факторов внешней среды. В связи с этим вариабельность сердечного ритма все чаще рассматривается как объективный биомаркер психического здоровья, эмоциональной устойчивости и функциональных резервов организма [2, 5, 12, 16].

Согласно современным представлениям, физиологической основой эмоциональной регуляции является тесное взаимодействие центральной нервной системы с автономной нервной системой. Ключевую роль в этом процессе играет центральная автономная сеть (Central Autonomic Network, CAN), включающая префронтальную кору, переднюю поясную извилину, островковую кору, миндалевидное тело, гипоталамус, таламус и ядра ствола головного мозга. Данные структуры обеспечивают интеграцию когнитивных, эмоциональных и вегетативных процессов, поддерживая постоянство внутренней среды организма и формируя адекватные адаптационные реакции на внешние и внутренние стрессовые воздействия [4, 9, 10].

Одной из наиболее признанных концепций, объясняющих взаимосвязь между деятельностью головного мозга, эмоциональной регуляцией и вариабельностью сердечного ритма, является модель нейровисцеральной интеграции, предложенная J.F. Thayer и R.D. Lane. Согласно данной модели, высокий уровень вариабельности сердечного ритма отражает эффективное функционирование префронтальных механизмов контроля над лимбической системой, что способствует быстрому восстановлению физиологического равновесия после воздействия стрессора. Напротив, снижение ВСР свидетельствует об ослаблении тормозного влияния корковых структур на эмоциональные центры мозга, сопровождаясь повышенной реактивностью симпатической нервной системы и снижением адаптационных возможностей организма [5, 9, 13].

Многочисленные исследования с применением функциональной магнитно-резонансной томографии подтвердили наличие тесной связи между показателями вариабельности сердечного ритма и активностью областей головного мозга, участвующих в обработке эмоций. Установлено, что лица с более высокими значениями ВСР демонстрируют большую функциональную

активность вентромедиальной префронтальной коры и передней поясной извилины, обеспечивающих контроль эмоциональных реакций, когнитивную гибкость и способность к принятию рациональных решений в стрессовых ситуациях. Таким образом, вариабельность сердечного ритма рассматривается как объективный физиологический показатель эффективности эмоциональной саморегуляции [13].

Концепция аллостатической нагрузки рассматривает хронический стресс как одну из основных причин истощения адаптационных резервов организма. При длительном психоэмоциональном напряжении компенсаторные механизмы постепенно утрачивают эффективность, что сопровождается снижением вариабельности сердечного ритма и повышением вероятности развития артериальной гипертензии, ишемической болезни сердца, сахарного диабета 2-го типа, депрессивных и тревожных расстройств. В связи с этим показатели ВСР приобретают важное значение для раннего выявления нарушений адаптации и оценки индивидуальной стрессоустойчивости [14].

Клинические исследования показывают, что уменьшение показателей RMSSD, SDNN и высокочастотного компонента (HF) ассоциируется с повышенной тревожностью, эмоциональной нестабильностью и снижением качества жизни. У пациентов с депрессивными расстройствами также выявляется выраженное снижение парасимпатической активности, сопровождающееся ухудшением автономной регуляции сердечного ритма. Эти данные подтверждают возможность использования анализа ВСР в качестве дополнительного объективного критерия оценки психоэмоционального состояния человека и эффективности проводимых лечебно-профилактических мероприятий [1, 8, 9, 15].

В последние годы анализ вариабельности сердечного ритма активно применяется не только в кардиологии, но и в спортивной медицине,

профессиональном здоровье, психофизиологии, военной медицине и профилактических обследованиях практически здоровых лиц. Современные цифровые технологии, носимые устройства и автоматизированные системы обработки электрокардиографических данных значительно расширили возможности длительного мониторинга ВСР в реальных условиях жизнедеятельности человека. Это позволяет своевременно выявлять признаки переутомления, эмоционального выгорания, хронического стресса и снижения функциональных резервов организма, а также оценивать эффективность физических тренировок, программ психологической коррекции и методов биологической обратной связи [3, 7, 12].

Цель исследования — систематизировать современные научные данные о физиологических и нейровисцеральных механизмах вариабельности сердечного ритма как биомаркера эмоциональной регуляции и стрессоустойчивости.

Объекты и методы исследования

Настоящий научный обзор выполнен в соответствии с принципами системного анализа и обобщения научных данных. Поиск релевантных публикаций проводился в международных и отечественных библиографических базах данных: PubMed, Scopus, Web of Science, eLIBRARY (eLIBRARY.RU) и КиберЛенинка за период с 1996 по 2024 гг.

Глубина поиска определялась публикацией основополагающих международных стандартов измерения и интерпретации показателей ВСР (Task Force of the European Society of Cardiology and the North American Society of Pacing Electrophysiology, 1996), а также формированием ключевых концепций нейровисцеральной интеграции (Thayer J.F., Lane R.D., 2000).

Результаты и их обсуждение

Современный анализ вариабельности сердечного ритма включает комплекс временных, спектральных и нелинейных показателей, каждый из которых отражает определенные аспекты автономной регуляции сердечной деятельности. Международные рекомендации Европейского общества кардиологов и Североамериканского общества электрофизиологии определяют единые подходы к регистрации, обработке и интерпретации показателей ВСР, что обеспечивает сопоставимость результатов различных исследований и их широкое применение в клинической практике [1, 2, 5, 14].

Временные показатели ВСР

Временной анализ основан на статистической обработке последовательности RR-интервалов и является наиболее распространенным методом оценки автономной регуляции. Его преимуществами являются простота расчета, высокая воспроизводимость и возможность использования как при кратковременной, так и при длительной регистрации электрокардиограммы.

Наиболее информативным интегральным показателем считается SDNN (Standard Deviation of Normal-to-Normal Intervals) — стандартное отклонение последовательных нормальных RR-интервалов. Данный показатель отражает общую вариабельность сердечного ритма и характеризует суммарную активность регуляторных механизмов организма. Снижение SDNN рассматривается как признак уменьшения адаптационных резервов, преобладания симпатической активности и повышения риска сердечно-сосудистых осложнений [1, 8, 15].

Другим важным показателем является RMSSD (Root Mean Square of Successive Differences) — квадратный корень из среднего квадрата разностей между соседними RR-интервалами. RMSSD преимущественно отражает активность парасимпатического отдела автономной нервной системы и

считается одним из наиболее чувствительных маркеров вагусной регуляции. Высокие значения RMSSD свидетельствуют о хорошей адаптации организма, высокой стрессоустойчивости и сохранности механизмов эмоционального контроля, тогда как снижение данного показателя характерно для хронического стресса, тревожных расстройств и синдрома эмоционального выгорания [3, 15].

Показатель pNN50 отражает процент последовательных RR-интервалов, различающихся более чем на 50 мс. Подобно RMSSD, он характеризует преимущественно парасимпатическую активность и широко используется для оценки функционального состояния автономной нервной системы. Уменьшение pNN50 наблюдается при активации симпатического отдела, эмоциональном напряжении и хроническом стрессе.

Спектральный анализ ВСР

Спектральный анализ основан на исследовании частотной структуры колебаний сердечного ритма и позволяет количественно оценить вклад различных механизмов автономной регуляции в формирование ВСР [2].

Высокочастотный компонент (HF, 0,15–0,40 Гц) отражает влияние парасимпатической нервной системы и тесно связан с дыхательной синусовой аритмией. Повышение HF свидетельствует об активном вагусном контроле сердца, хорошем уровне адаптации и высокой эффективности процессов восстановления после стрессовых воздействий [3].

Низкочастотный компонент (LF, 0,04–0,15 Гц) формируется под влиянием как симпатических, так и парасимпатических механизмов. Современные исследования показывают, что интерпретация LF исключительно как показателя симпатической активности является чрезмерным упрощением. Значительный вклад в его формирование вносят барорефлекторные механизмы и сложные процессы взаимодействия различных звеньев автономной нервной системы [16].

Очень низкочастотный диапазон (VLF, менее 0,04 Гц) отражает влияние гуморальных факторов, терморегуляции, циркадных ритмов и метаболических процессов. Несмотря на то что физиологическое значение данного диапазона продолжает изучаться, снижение VLF связывают с ухудшением адаптационных возможностей организма и повышенным риском неблагоприятных сердечно-сосудистых исходов [4].

В течение длительного времени широко использовалось отношение LF/HF как показатель симпато-вагального баланса. Однако современные рекомендации указывают, что интерпретация данного коэффициента требует осторожности, поскольку он не всегда адекватно отражает соотношение активности симпатического и парасимпатического отделов автономной нервной системы. Поэтому оценка LF/HF должна проводиться только совместно с другими временными, спектральными и клиническими показателями [16].

Нелинейные методы анализа

В последние годы все большее значение приобретают нелинейные методы анализа вариабельности сердечного ритма, основанные на изучении сложности, самоорганизации и хаотичности биологических процессов. В отличие от традиционных методов они позволяют оценивать скрытые закономерности функционирования автономной нервной системы и выявлять ранние признаки нарушения регуляторных механизмов.

Наиболее распространенными являются анализ диаграммы Пуанкаре, методы оценки энтропии, фрактального анализа и детрендированного флуктуационного анализа. Эти методы характеризуют сложность сердечного ритма и устойчивость механизмов автономной регуляции. Установлено, что снижение нелинейных показателей сопровождается уменьшением адаптационных резервов, нарушением эмоциональной регуляции и повышением вероятности развития хронических заболеваний [4, 6, 10, 11].

Особый интерес представляет использование нелинейного анализа для оценки психоэмоционального состояния человека. Исследования последних лет показывают, что изменение показателей энтропии сердечного ритма позволяет выявлять стрессовые реакции еще до появления выраженных клинических симптомов. Это делает нелинейные методы перспективным инструментом для ранней диагностики эмоционального перенапряжения и контроля эффективности программ психологической коррекции.

Таким образом, комплексная оценка временных, спектральных и нелинейных показателей вариабельности сердечного ритма обеспечивает наиболее полное представление о состоянии автономной нервной системы, адаптационных возможностях организма и эффективности механизмов эмоциональной регуляции. Использование нескольких методов анализа одновременно существенно повышает диагностическую ценность исследования и позволяет объективно оценивать уровень стрессоустойчивости человека.

Вариабельность сердечного ритма как индикатор эмоциональной регуляции

Современные исследования убедительно демонстрируют, что вариабельность сердечного ритма (ВСР) является не только физиологическим маркером автономной регуляции, но и объективным показателем эффективности эмоциональной регуляции. Эмоциональные процессы тесно связаны с работой автономной нервной системы, а сердечный ритм отражает динамическое взаимодействие между когнитивными, эмоциональными и вегетативными механизмами. В этом контексте ВСР рассматривается как интегральный биомаркер, отражающий способность организма адаптироваться к эмоционально значимым событиям и стрессовым воздействиям [9, 15].

Нейровисцеральная интеграция и эмоциональная регуляция

Ключевым теоретическим основанием связи между ВСР и эмоциональной регуляцией является модель нейровисцеральной интеграции, предложенная J.F. Thayer и R.D. Lane. Согласно данной концепции, префронтальная кора головного мозга осуществляет нисходящий контроль над лимбической системой, включая миндалевидное тело, обеспечивая тем самым регуляцию эмоциональных реакций и адаптивное поведение. Эффективность этой регуляции отражается в показателях вариабельности сердечного ритма: чем выше активность префронтальных механизмов контроля, тем выше ВСР и тем более гибкой является эмоциональная регуляция [2, 8, 13].

В условиях высокой стрессовой нагрузки наблюдается ослабление префронтального контроля и усиление активности миндалевидного тела, что приводит к доминированию симпатической нервной системы. Это сопровождается снижением ВСР, ухудшением когнитивного контроля над эмоциями и повышенной реактивностью на стрессовые стимулы. Таким образом, ВСР выступает в роли физиологического «моста» между мозговыми механизмами эмоциональной регуляции и периферическими автономными реакциями [9].

ВСР и когнитивный контроль эмоций

Исследования с использованием нейровизуализации показывают, что высокий уровень ВСР ассоциирован с повышенной функциональной связностью между префронтальной корой и структурами лимбической системы. Это обеспечивает более эффективное подавление неадаптивных эмоциональных реакций и способствует развитию когнитивной гибкости, способности к переоценке стрессовых ситуаций и выбору адаптивных стратегий поведения. Напротив, низкие показатели ВСР характеризуются сниженной активностью префронтальных областей и нарушением регуляции эмоциональных реакций,

что проявляется повышенной тревожностью, импульсивностью и сниженной способностью к самоконтролю. Такие состояния часто наблюдаются при хроническом стрессе, тревожных расстройствах и депрессивных состояниях [3, 6, 11].

Эмоциональная регуляция и стрессовые реакции

Эмоциональная регуляция тесно связана с механизмами стресс-ответа организма. При воздействии стрессора активируется гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковая система, что приводит к выбросу кортизола и активации симпатической нервной системы. В норме после прекращения действия стрессора происходит восстановление автономного баланса за счет активации парасимпатической системы и повышения ВСР. Однако при хроническом стрессе наблюдается устойчивое снижение вагусной активности и нарушение восстановления гомеостаза [4, 7].

Таким образом, ВСР может рассматриваться как динамический показатель эффективности стресс-реакции и скорости восстановления после эмоциональных нагрузок. Высокая вариабельность свидетельствует о гибкости регуляторных систем и способности организма быстро возвращаться к базовому состоянию, тогда как низкая ВСР отражает ригидность регуляции и снижение адаптационных возможностей [3, 16].

ВСР при тревожных и депрессивных состояниях

Многочисленные клинические исследования подтверждают, что снижение вариабельности сердечного ритма является характерной особенностью пациентов с тревожными и депрессивными расстройствами. У таких пациентов отмечается уменьшение показателей RMSSD и HF, что отражает снижение парасимпатической активности и нарушение автономного баланса [15].

Кроме того, установлено, что выраженность депрессивной симптоматики обратно коррелирует с уровнем ВСР: чем ниже вариабельность сердечного

ритма, тем более выражены эмоциональная подавленность, ангедония и когнитивные нарушения. Эти данные подтверждают роль ВСР как потенциального биомаркера психического здоровья и эффективности психотерапевтических вмешательств.

Стрессоустойчивость и индивидуальные различия

ВСР также рассматривается как показатель индивидуальной стрессоустойчивости. Лица с высокой вариабельностью сердечного ритма демонстрируют более адаптивные реакции на стресс, быстрее восстанавливаются после эмоциональных нагрузок и обладают более устойчивыми механизмами саморегуляции. Напротив, низкий уровень ВСР ассоциирован с повышенной уязвимостью к стрессу, эмоциональной нестабильностью и повышенным риском психосоматических заболеваний [1, 12, 16].

Индивидуальные различия в ВСР могут быть обусловлены как генетическими факторами, так и образом жизни, уровнем физической активности, качеством сна и хроническими психоэмоциональными нагрузками. Это подчеркивает важность комплексного подхода к оценке эмоциональной регуляции, включающего как физиологические, так и поведенческие компоненты.

Стресс представляет собой универсальную адаптационную реакцию организма на воздействие различных внутренних и внешних факторов, нарушающих гомеостатическое равновесие. В рамках современной физиологии стресс рассматривается как сложный нейроэндокринный процесс, включающий активацию симпатической нервной системы и гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси. Вариабельность сердечного ритма при этом выступает одним из наиболее чувствительных маркеров, отражающих динамику стресс-реакции и последующего восстановления [5, 8].

ВСР при остром стрессовом воздействии

При остром стрессовом воздействии наблюдается быстрое снижение вариабельности сердечного ритма, что обусловлено активацией симпатической нервной системы и одновременным угнетением парасимпатического влияния. Это физиологически оправданная реакция, направленная на мобилизацию энергетических ресурсов организма и обеспечение эффективного ответа на угрозу.

Исследования показывают, что уже в первые минуты стрессовой нагрузки отмечается снижение показателей RMSSD и HF, а также увеличение частоты сердечных сокращений. Данные изменения отражают временное смещение автономного баланса в сторону симпатической доминанты. После прекращения стрессового воздействия у здоровых лиц наблюдается постепенное восстановление ВСР до исходного уровня, что свидетельствует о сохранности адаптационных механизмов [3, 16].

Таким образом, при кратковременном стрессе снижение ВСР рассматривается как физиологическая и адаптивная реакция, обеспечивающая быструю мобилизацию организма.

Практическое применение вариабельности сердечного ритма

Современный анализ вариабельности сердечного ритма широко применяется в различных областях медицины и смежных наук благодаря своей неинвазивности, высокой информативности и возможности динамического мониторинга функционального состояния организма.

В клинической практике ВСР используется для оценки состояния автономной нервной системы у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, включая ишемическую болезнь сердца, артериальную гипертензию и сердечную недостаточность. Снижение вариабельности сердечного ритма рассматривается как неблагоприятный прогностический

фактор, ассоциированный с повышенным риском аритмий и внезапной сердечной смерти [1, 2, 12].

В профилактической медицине анализ ВСР применяется для раннего выявления нарушений адаптации, оценки уровня хронического стресса и определения функционального состояния организма. Это позволяет своевременно корректировать образ жизни, режим труда и отдыха, а также применять профилактические мероприятия для снижения риска развития хронических заболеваний [5, 9, 15].

В психофизиологии и психотерапии ВСР применяется для оценки эффективности методов релаксации, медитации и биологической обратной связи. Увеличение вариабельности сердечного ритма после психологических интервенций рассматривается как показатель улучшения эмоциональной регуляции и повышения стрессоустойчивости.

В медицине труда ВСР используется для оценки профессионального стресса и раннего выявления синдрома эмоционального выгорания у работников стрессогенных профессий. Это особенно актуально для медицинского персонала, педагогов и сотрудников экстренных служб [4, 7, 14].

Современные технологии носимого мониторинга (wearable devices) значительно расширили возможности применения анализа ВСР, обеспечивая непрерывную регистрацию сердечного ритма в условиях повседневной активности. Это позволяет переходить от эпизодической оценки к длительному динамическому наблюдению за состоянием автономной регуляции организма.

Заключение

Проведённый обзор современных научных исследований показал, что вариабельность сердечного ритма является высокоинформативным неинвазивным биомаркером, отражающим функциональное состояние автономной нервной системы, уровень адаптационных резервов организма и

эффективность механизмов эмоциональной регуляции. Современные данные подтверждают, что ВСР тесно связана с активностью центральной автономной сети, включающей структуры головного мозга, ответственные за когнитивный контроль, эмоциональную обработку и поведенческую регуляцию.

Установлено, что высокий уровень вариабельности сердечного ритма ассоциирован с эффективной работой парасимпатической нервной системы, высокой стрессоустойчивостью, эмоциональной стабильностью и хорошими адаптационными возможностями. Напротив, снижение ВСР наблюдается при хроническом стрессе, тревожных и депрессивных состояниях, эмоциональном выгорании и различных соматических заболеваниях, что делает данный показатель важным прогностическим маркером.

Особое значение имеет применение анализа ВСР в различных областях медицины и смежных наук. В клинической практике он используется для оценки риска сердечно-сосудистых осложнений, в профилактической медицине — для раннего выявления нарушений адаптации, в спортивной физиологии — для контроля тренировочной нагрузки, а в психофизиологии — для оценки эффективности методов эмоциональной регуляции и стресс-менеджмента.

Таким образом, вариабельность сердечного ритма представляет собой универсальный интегративный показатель, объединяющий физиологические и психологические аспекты функционирования организма. Дальнейшие исследования в данной области имеют высокий потенциал для развития персонализированной медицины, ранней диагностики стресс-индуцированных нарушений и оптимизации стратегий сохранения здоровья.

Источники и литература / Sources and references:

1. Берёзный Е. А., Рубин А. М., Утехина Г. А. Практическая кардиоритмография. Санкт-Петербург: Нео, 2005. 140 с.

2. Димитриев Д. А., Саперова Е. В., Димитриев А. Д., Салимов Э. Р. Использование нелинейных параметров вариабельности сердечного ритма для выявления стресса // Журнал медико-биологических исследований. 2021. Т. 9, № 3. С. 265–274.

3. Искакова К. З. Использование интервалометрии для оценки состояния вегетативной нервной системы (обзор) // Вестник Казахского национального медицинского университета. 2014. № 1. С. 228–230.

4. Михайлова С. В., Хрычева Т. В. Адаптационные, регуляторные и функциональные возможности студентов с разным биологическим возрастом по шкале «Bio-age» // Журнал медико-биологических исследований. 2023. Т. 11, № 3. С. 265–277.

5. Штина И. Е., Валина С. Л., Маклакова О. А., Устинова О. Ю., Эйсфельд Д. А. Гендерные и возрастные особенности 5-минутной кардиоинтервалографии с ортостатической пробой у школьников // Профилактическая медицина. 2022. Т. 25, № 2. С. 49–55.

6. Яманова Г. А. Тип регуляции сердечного ритма как критерий адаптации к условиям обучения // Человек. Спорт. Медицина. 2021. Т. 21, № 1. С. 62–70.

7. Baevsky R. M., Chernikova A. G. Heart Rate Variability Analysis: Physiological Foundations and Main Methods // Cardiometry. 2017. № 10. P. 66–76.

8. Hayano J., Yuda E. Pitfalls of Assessment of Autonomic Function by Heart Rate Variability // Journal of Physiology Anthropology. 2019. Vol. 38, № 1. Art. 3.

9. Kemp A. H., Quintana D. S., Felmingham K. L., Matthews S., Jelinek H. F. Depression, Comorbid Anxiety Disorders, and Heart Rate Variability in Physically Healthy, Unmedicated Patients // PLoS One. 2012. Vol. 7, № 2. Art. e30777.

10. McEwen B. S. Protective and Damaging Effects of Stress Mediators // New England Journal of Medicine. 1998. Vol. 338, № 3. P. 171–179.

11. Monfredi O., Lyashkov A. E., Johnsen A. B., et al. Biophysical Characterization of the Relationship Between Heart Rate Variability and Heart Rate // Hypertension. 2014. Vol. 64, № 6. P. 1334–1343.

12. Shaffer F., Ginsberg J. P. An Overview of Heart Rate Variability Metrics and Norms // Frontiers in Public Health. 2017. Vol. 5. Art. 258.

13. Task Force of the European Society of Cardiology the North American Society of Pacing Electrophysiology. Heart Rate Variability: Standards of Measurement, Physiological Interpretation, and Clinical Use // Circulation. 1996. Vol. 93, № 5. P. 1043–1065.

14. Thayer J. F., Åhs F., Fredrikson M., Sollers J. J., Wager T. D. A Meta-Analysis of Heart Rate Variability and Neuroimaging Studies // Neuroscience & Biobehavioral Reviews. 2012. Vol. 36, № 2. P. 747–756.

15. Thayer J. F., Lane R. D. A Model of Neurovisceral Integration in Emotion Regulation and Dysregulation // Journal of Affective Disorders. 2000. Vol. 61, № 3. P. 201–216.

16. van de Vegte Y. J., Eppinga R. N., van der Ende M. Y., et al. Genetic Insights into Resting Heart Rate and Its Role in Cardiovascular Disease // Nature Communications. 2023. Vol. 14. Art. 4646.

ПСИХОФИЗИОЛОГИЯ СНА: ВЛИЯНИЕ КАЧЕСТВА НОЧНОГО СНА НА КОНСОЛИДАЦИЮ ПАМЯТИ И УРОВЕНЬ ДНЕВНОЙ ТРЕВОЖНОСТИ

Собиров С. У.

Кафедра нормальной физиологии

ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибн Сино», Республика Таджикистан, г. Душанбе

Научный руководитель – канд. мед. наук, старший преподаватель Д. З. Иргашева

Аннотация. Целью настоящего исследования является комплексный теоретический анализ современных представлений о психофизиологических механизмах, посредством которых качественные и количественные характеристики ночного сна влияют на процессы консолидации памяти и регуляцию эмоционального состояния человека. Методология исследования основана на системном анализе, сравнительном изучении и обобщении данных современной отечественной и зарубежной литературы в области нейробиологии, сомнологии, когнитивной физиологии и психофизиологии. В ходе исследования проанализирована роль различных фаз сна в обеспечении синаптической пластичности, нейронального гомеостаза, долговременного хранения информации и регуляции эмоциональной устойчивости. Особое внимание уделено нейрофизиологическим механизмам взаимодействия гиппокампа, префронтальной коры и миндалевидного тела при формировании памяти и развитии тревожности в условиях нарушения архитектоники сна. Сделан вывод, что полноценный ночной сон является одним из важнейших физиологических факторов поддержания когнитивных функций, эмоционального гомеостаза и профилактики тревожных расстройств.

Ключевые слова: психофизиология сна, консолидация памяти, дневная тревожность, медленноволновой сон, REM-сон, гиппокамп, синаптическая пластичность, эмоциональная регуляция.

PSYCHOPHYSIOLOGY OF SLEEP: THE INFLUENCE OF NIGHT SLEEP QUALITY ON MEMORY CONSOLIDATION AND THE LEVEL OF DAYTIME ANXIETY

Sobirov S. U.
Department of Normal Physiology
Avicenna Tajik State Medical University, Tajikistan, Dushanbe
Scientific Supervisor –Irgasheva D. Z.

Abstract. The purpose of this study is to analyze current concepts regarding the psychophysiological mechanisms through which sleep quality influences memory consolidation and emotional regulation. The study is based on a systematic review and comparative analysis of contemporary Russian and international publications in neurobiology, sleep medicine, cognitive physiology, and psychophysiology. The review demonstrates the role of different sleep stages in synaptic plasticity, neuronal homeostasis, long-term memory formation, and emotional regulation. Particular attention is paid to the interaction between the hippocampus, prefrontal cortex, and amygdala during memory consolidation and anxiety development under conditions of sleep deprivation. The findings indicate that high-quality nocturnal sleep is one of the key physiological factors ensuring cognitive performance, emotional stability, and prevention of anxiety disorders.

Keywords: sleep psychophysiology, memory consolidation, daytime anxiety, slow-wave sleep, REM sleep, hippocampus, synaptic plasticity, emotional regulation.

Введение

Современная физиология рассматривает сон не как пассивное состояние отдыха организма, а как сложный, генетически детерминированный и высокоорганизованный психофизиологический процесс, обеспечивающий поддержание нейронального гомеостаза, пластичности центральной нервной системы и интеграцию когнитивных функций. Во время сна происходят закономерные изменения электрической активности головного мозга, функционального взаимодействия корковых и подкорковых структур, нейромедиаторных систем и нейроэндокринной регуляции, что обеспечивает восстановление функционального состояния мозга и адаптацию организма к последующему периоду бодрствования [2, 12, 17, 20].

В условиях стремительного развития информационного общества, урбанизации, увеличения интенсивности профессиональной и учебной нагрузки, постоянного воздействия искусственного освещения и хронического психоэмоционального стресса качество сна населения существенно ухудшается. По данным современных исследований, хроническая депривация сна становится одним из наиболее значимых факторов риска развития когнитивных нарушений, эмоциональной нестабильности, сердечно-сосудистых и психических заболеваний [6, 8, 15, 17].

Нарушение нормальной архитектоники сна сопровождается уменьшением продолжительности глубокого медленноволнового и быстрого сна, фрагментацией циклов и снижением эффективности ночного отдыха. Эти изменения приводят к ухудшению процессов обучения, снижению концентрации внимания, нарушению долговременной памяти, эмоциональной лабильности и повышению уровня дневной тревожности [5, 6, 7, 13, 15].

С позиций современной нормальной физиологии подобные изменения рассматриваются как следствие нарушения взаимодействия между гиппокампом, таламусом, префронтальной корой, миндалевидным телом и другими структурами центральной нервной системы. Согласно теории функциональных систем П. К. Анохина, успешное выполнение любой когнитивной деятельности возможно лишь при согласованной работе различных отделов мозга, тогда как сон обеспечивает восстановление и функциональную перестройку этих систем [1, 4, 11, 17, 20].

Несмотря на значительное количество исследований, посвященных роли сна в когнитивных процессах и эмоциональной регуляции, механизмы, объединяющие консолидацию памяти и контроль тревожности, продолжают активно изучаться. Современные достижения нейрофизиологии, когнитивной нейробиологии и сомнологии свидетельствуют, что сон представляет собой

единый интегративный механизм, одновременно обеспечивающий переработку новой информации, укрепление долговременной памяти и снижение эмоционального напряжения, накопленного в период бодрствования [6, 8, 12, 15, 18, 20].

Особое значение в этих процессах имеют стадии медленноволнового сна и REM-сон. Медленноволновой сон обеспечивает перенос информации из гиппокампа в неокортекс посредством синхронизации медленных волн, сонных веретен и гиппокампальных осцилляций, тогда как REM-сон способствует интеграции эмоционального опыта, перестройке синаптических связей и снижению выраженности аффективных реакций [6, 8, 9, 12, 19].

Цель исследования — провести системный анализ современных научных данных о психофизиологических механизмах влияния качества ночного сна на процессы консолидации памяти и формирование уровня дневной тревожности, а также определить значение полноценного сна в поддержании когнитивного и эмоционального здоровья.

Объекты и методы исследования

Объектом настоящего теоретического исследования являются современные представления о нейрофизиологических, нейрохимических и системных механизмах регуляции сна, а также их роль в процессах консолидации памяти и формировании эмоционального состояния человека. В центре внимания находятся функциональные взаимодействия между гиппокампом, неокортексом, таламусом и миндалевидным телом, которые обеспечивают интеграцию когнитивных и аффективных процессов в рамках цикла «сон–бодрствование» [6, 12, 17, 20].

Предметом исследования выступают закономерности влияния качества и структуры ночного сна (включая продолжительность, цикличность и соотношение фаз медленного и быстрого сна) на эффективность

долговременного запоминания информации и уровень дневной тревожности. Особое внимание уделяется роли медленноволнового сна в процессах системной консолидации памяти и REM-фазы в эмоциональной переработке пережитого опыта [6, 8, 9, 12, 18, 19].

Методологическая основа работы носит теоретико-аналитический характер и базируется на системном обзоре и критическом анализе данных современной отечественной и зарубежной научной литературы в области нормальной физиологии, нейробиологии, когнитивной науки и клинической сомнологии. Использовались методы:

- системного анализа сложных функциональных систем мозга;
- сравнительного анализа экспериментальных и клинических данных;
- структурно-функционального подхода к изучению нейрональных сетей;
- обобщения результатов полисомнографических, ЭЭГ- и нейровизуализационных исследований;
- теоретического моделирования процессов памяти и эмоциональной регуляции во сне.

В качестве информационной базы использовались рецензируемые научные публикации, монографии, учебные пособия, а также результаты экспериментальных и клинических исследований, представленные в международных и отечественных базах данных в области нейронаук и медицины сна. Особое внимание уделялось работам, в которых применялись объективные методы регистрации мозговой активности, включая электроэнцефалографию (ЭЭГ), полисомнографию (ПСГ), функциональную магнитно-резонансную томографию (фМРТ) и позитронно-эмиссионную томографию (ПЭТ) [6, 12, 18, 20].

Психофизиологический подход в рамках данного исследования предполагает рассмотрение сна как активного нейрофизиологического процесса,

обеспечивающего перераспределение информационных потоков, синхронизацию нейрональных сетей и восстановление баланса между корковыми и подкорковыми структурами мозга. Такой подход позволяет рассматривать память и эмоциональную регуляцию как взаимосвязанные компоненты единой функциональной системы [1, 11, 17].

Результаты и обсуждение

С позиций современной нормальной физиологии, ночной сон представляет собой сложный циклический процесс, характеризующийся закономерной сменой функциональных состояний центральной нервной системы. В норме у взрослого человека наблюдается 4–6 циклов сна длительностью примерно 90–110 минут каждый, включающих чередование фаз медленного (NREM) и быстрого (REM) сна. Медленный сон занимает около 75–80% общего времени сна, тогда как REM-фаза составляет 20–25% [6, 12, 13, 17].

Медленный сон включает три стадии (N1, N2, N3), отражающие постепенное углубление тормозных процессов в коре больших полушарий. Стадия N1 характеризуется переходом от бодрствования ко сну и снижением альфа-активности. Стадия N2 сопровождается появлением сонных веретен и К-комплексов, отражающих процессы сенсорной изоляции и стабилизации сна. Стадия N3 (медленноволновой сон) характеризуется доминированием дельта-ритма и максимальной выраженностью восстановительных процессов, включая активацию анаболических механизмов и секрецию гормона роста [6, 12, 17, 20].

REM-сон представляет собой уникальное функциональное состояние, при котором наблюдается десинхронизация ЭЭГ, сходная с бодрствованием, на фоне полной мышечной атонии. В этот период отмечается высокая активность лимбической системы, вариабельность вегетативных функций и интенсивная переработка эмоционально значимой информации. REM-фаза играет ключевую роль в эмоциональной регуляции и обработке аффективного опыта [6, 8, 18, 19].

Нарушение архитектоники сна, проявляющееся сокращением глубокого медленноволнового сна и REM-фазы, приводит к значимому снижению когнитивной эффективности, ухудшению внимания, памяти и эмоциональной устойчивости. Экспериментальные данные подтверждают, что даже кратковременная фрагментация сна приводит к снижению исполнительных функций и скорости когнитивной обработки информации [6, 13, 15, 17].

Нейробиологические механизмы консолидации памяти во сне

Консолидация памяти представляет собой процесс стабилизации и реорганизации следов памяти, при котором информация переносится из гиппокамп-зависимых кратковременных систем хранения в долгосрочные неокортикальные сети. Согласно современной двухэтапной модели памяти, гиппокамп выполняет функцию временного буфера, тогда как неокортекс обеспечивает долговременное хранение информации [5, 8, 9, 18, 20].

Во время сна активируется механизм реактивации нейронных ансамблей, сформированных в период бодрствования, что проявляется в феномене «replay» — повторного воспроизведения паттернов активности. Этот процесс играет ключевую роль в стабилизации памяти и формировании устойчивых синаптических связей [8, 18, 19].

Особое значение имеет медленноволновой сон, в котором реализуется координация трех типов нейрональных осцилляций: медленных корковых волн (<1 Гц), таламокортикальных сонных веретен (11–16 Гц) и гиппокампальных острых волн-рипплов (150–250 Гц). Их синхронизация обеспечивает эффективную передачу информации от гиппокампа к неокортексу и способствует формированию долговременной памяти через механизмы долговременной потенциации (LTP) [6, 12, 18, 20].

REM-сон, в свою очередь, преимущественно связан с консолидацией процедурной и эмоциональной памяти. В этой фазе наблюдается высокая

холинергическая активность при подавлении моноаминергических систем, что создает условия для переработки эмоционального опыта и перераспределения синаптических связей без выраженного стрессового ответа [6, 8, 15, 18].

Таким образом, полноценная консолидация памяти требует последовательного и сбалансированного участия как медленноволнового, так и REM-сна, обеспечивающих различные, но взаимодополняющие этапы обработки информации [6, 8, 12, 19].

Влияние депривации сна на эмоциональную сферу и генез тревожности

Хроническое нарушение сна приводит к выраженной дисрегуляции эмоциональной сферы, проявляющейся повышением уровня тревожности, раздражительности и снижением стрессоустойчивости. Центральным механизмом этих изменений является нарушение функционального взаимодействия между префронтальной корой и миндалевидным телом [6, 8, 15, 16].

В нормальных условиях медиальная префронтальная кора осуществляет нисходящий контроль над активностью амигдалы, обеспечивая адекватную оценку эмоционально значимых стимулов. При дефиците сна этот контроль ослабевает, что приводит к гиперактивации миндалевидного тела и формированию избыточных реакций страха и тревоги даже на нейтральные стимулы [8, 15, 16].

Нейровизуализационные исследования показывают, что уже после одной ночи депривации сна снижается функциональная связность между префронтальной корой и лимбической системой, что сопровождается усилением эмоциональной реактивности и снижением когнитивного контроля [15, 16, 17].

Концепция «эмоциональной переработки» во сне (REM-фаза)

REM-сон рассматривается как ключевой этап эмоциональной регуляции, в ходе которого происходит переработка эмоционально насыщенных воспоминаний. В этой фазе наблюдается резкое снижение активности норадренергической системы, что создает уникальные нейрохимические условия для «безопасного» повторного переживания эмоциональных событий [6, 8, 15, 18].

В результате такого процесса происходит разобщение эмоционального компонента и фактического содержания памяти. События сохраняются в долговременной памяти, однако их аффективная окраска значительно снижается, что способствует адаптивной регуляции эмоциональных реакций.

При нарушении REM-сна эмоциональная переработка оказывается неполной, что приводит к накоплению негативного аффективного опыта и формированию устойчивого фона тревожности и эмоциональной лабильности [15, 16, 18].

Заключение

Проведённый системный анализ современных данных отечественной и зарубежной литературы позволяет рассматривать сон как ключевой интегративный механизм регуляции когнитивных и эмоциональных функций центральной нервной системы. Ночной сон представляет собой не пассивное состояние отдыха, а активный нейрофизиологический процесс, обеспечивающий перестройку функциональных связей мозга, стабилизацию синаптической пластичности и поддержание нейронального гомеостаза [2, 4, 6, 12, 17, 20].

Установлено, что нормальная архитектоника сна с сохранением последовательности фаз NREM и REM является необходимым условием эффективного функционирования когнитивных систем мозга. Медленноволновой сон обеспечивает основные процессы системной

консолидации памяти, тогда как REM-сон выполняет специализированную функцию эмоциональной переработки опыта [6, 8, 12, 18, 19].

Консолидация декларативной памяти определяется механизмом координации нейрональных осцилляций — медленных корковых волн, сонных веретен и гиппокампальных рипплов, что обеспечивает передачу информации от гиппокампа к неокортексу и формирование долговременных следов памяти [6, 12, 18, 20].

Нарушение качества и структуры сна приводит к функциональной дезинтеграции корково-лимбических взаимодействий, снижению контроля медиальной префронтальной коры над миндалевидным телом и, как следствие, к формированию повышенной тревожности и эмоциональной нестабильности [8, 15, 16, 17].

REM-фаза сна играет ключевую роль в переработке эмоционально значимого опыта, обеспечивая разобщение аффективного компонента и когнитивного содержания памяти. Нарушение REM-сна способствует накоплению неотрегулированных эмоциональных следов и формированию хронической тревожности [6, 8, 15, 18].

Таким образом, полноценный ночной сон следует рассматривать как фундаментальный физиологический фактор, обеспечивающий когнитивное здоровье, эмоциональную устойчивость и профилактику тревожных расстройств. Оптимизация качества сна может рассматриваться как важное направление профилактической медицины и нейропсихофизиологии.

Источники и литература / Sources and references:

1. Анохин П. К. Принципиальные вопросы общей теории функциональных систем. М. : Наука, 1973. 274 с.

2. Галкина А. С., Федоров А. Н. Физиология сна // Научные высказывания. 2024. № 8 (55). С. 31–34.

3. Герасимов И. Г., Яшин А. А. Ионно-молекулярная модель памяти. Основные определения. Виды памяти (краткий обзор) // ВНМТ. 2013. № 4. С. 165–170.

4. Данилова Н. Н. Психофизиология : учебник для вузов. М. : Аспект Пресс, 2012. 368 с.

5. Дорохов В. Б., Рязанцев Е. В. Сон и здоровье студентов : монография. Курск : КГМУ, 2016. 150 с.

6. Ильин Е. П. Психофизиология состояний человека. СПб. : Питер, 2005. 412 с.

7. Лалаева А., Зайко О. А. Влияние сна на работу памяти и состояние организма человека // Fundamental science and technology : сб. науч. ст. по материалам XV Междунар. научно-практической конф., Уфа, 21 мая 2024 года. Уфа : Вестник науки, 2024. С. 156–158.

8. Левин Я. И. Сон, депривация сна и депрессия // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 2015. Т. 115, № 11. С. 116–124.

9. Мачинская Р. И., Крупская Е. В. Управляющие функции мозга и произвольное внимание: онтогенетический аспект // Журнал высшей нервной деятельности им. И. П. Павлова. 2007. Т. 57, № 2. С. 133–150.

10. Медведев В. И. Адаптация человека. СПб. : Институт мозга человека РАН, 2003. 584 с.

11. Мухсинова Ш. М., Авазова М. Ш. Виды памяти и методы её развития // Экономика и социум. 2026. № 1-1 (140). С. 592–598.

12. Начев М. С. Исследование влияния сна на долговременную память // Научный аспект. 2023. Т. 17, № 5. С. 2166–2172.

13. Полуэктов М. Г. Сон и когнитивные функции // Эффективная фармакотерапия. 2018. № 20. С. 20–27.

14. Пономаренко В. А., Березин Р. В. Психофизиология профессиональной деятельности и безопасность : учебник. М. : Юрайт, 2019. 238 с.

15. Сысоева А. Ю., Нагиев К. К. Влияние сна на когнитивные функции: внимание, память и обучение // Заболевания мозга – вызов XXI века : сб. тезисов, посвященных 170-летию со дня рождения профессора Н. А. Мислявского, Казань, 14–15 ноября 2024 года. Казань : МеДДоК, 2024. С. 79–81.

16. Трушкина А. В., Логинов С. И. Взаимосвязь физической подготовленности, качества сна и успеваемости у студентов первого курса // Теория и практика физической культуры. 2021. № 5. С. 46–48.

17. Шульговский В. В. Физиология высшей нервной деятельности с основами нейробиологии : учебник. М. : Академия, 2014. 448 с.

18. Born J., Rasch B., Gais S. Sleep to remember // Neuroscientist. 2006. Vol. 12, no. 5. P. 410–424. DOI: 10.1177/1073858406292647.

19. Capellini I., McNamara P., Preston B. T. et al. Does sleep play a role in memory consolidation? A comparative test // PLoS ONE. 2009. Vol. 4, no. 2. P. e4609. DOI: 10.1371/journal.pone.0004609.

20. De Toledo-Morrell L., Dickerson B., Sullivan M. P. et al. Hemispheric differences in hippocampal volume predict verbal and spatial memory performance in patients with Alzheimer's disease // Hippocampus. 2000. Vol. 10, no. 2. P. 136–142. DOI: 10.1002/(SICI)1098-1063(2000)10:2<136::AID-HIPO2>3.0.CO;2-J.

СПЕЦИФИКА КОГНИТИВНЫХ ИСКАЖЕНИЙ У ПОКОЛЕНИЯ Z В УСЛОВИЯХ СОЦИАЛЬНЫХ СЕТЕЙ

Степанова В. В.

Кафедра клинической психологии

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

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

Аннотация. Представлены результаты опроса N = 40 респондентов, все из которых принадлежат поколению Z. Опросник из 17 вопросов охватывает шесть блоков: верификация информации, эмоциональное рассуждение, предвзятость подтверждения, сверхобобщение и поспешные выводы, алгоритмическая среда, поведенческие маркеры. Ключевые результаты: 62,5% проверяют источник редко или никогда; 57,5% признают предвзятость подтверждения; 60% хотя бы раз поверили в ложную новость за 30 дней; 95% фиксируют алгоритмическое сужение ленты.

Ключевые слова: поколение Z; когнитивные искажения; социальные сети; предвзятость подтверждения; дезинформация; критическое мышление.

SPECIFICS OF COGNITIVE DISTORTIONS IN GENERATION Z WITHIN THE CONTEXT OF SOCIAL NETWORKS

Stepanova V.V.
Department of Clinical Psychology
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Scientific Supervisors -G.V. Akimenko

Abstract. This paper presents the results of a survey of 40 respondents, all of whom belong to Generation Z. The 17-question survey covers six thematic areas: information verification, emotional reasoning, confirmation bias, overgeneralization and jumping to conclusions, the algorithmic environment, and behavioral markers. Key findings include: 62.5% of respondents rarely or never verify the source of information; 57.5% acknowledge experiencing confirmation bias; 60% have believed a piece of false news at least once in the past 30 days; and 95% report experiencing an algorithmic narrowing of their content feed.

Keywords: Generation Z; cognitive biases; social media; confirmation bias; disinformation; critical thinking.

Введение

Современный мир характеризуется стремительным развитием цифровых технологий, которые оказывают глубокое влияние на все сферы жизни, включая когнитивные процессы человека. Особое внимание в этом контексте привлекает поколение Z (люди, родившиеся примерно с середины 1990-х до начала 2010-х годов), выросшее в эпоху повсеместного распространения интернета и социальных сетей. Эти платформы стали неотъемлемой частью их повседневности, формируя не только их социальные связи и досуг, но и способы мышления, восприятия информации и принятия решений.

Прямых эмпирических исследований, в которых «поколение Z» выступало бы независимой переменной при измерении когнитивных искажений в социальных сетях, в PubMed и КиберЛенинке не обнаружено. Ма и др. (2026) указывают: «исследования подверженности дезинформации в основном сосредоточены на взрослых» [1]. Подростки «претерпевают быстрые социальные, эмоциональные и когнитивные изменения», которые «могут увеличить уязвимость через социальное влияние, эмоциональную манипуляцию и когнитивные искажения» [1].

Лучинкина (2018, выборка 1130 интернет-пользователей 18-20 лет) разработала опросник «Когнитивные ошибки в ходе интернет-общения» и установила статистически достоверные шкалы по модели А. Бека: дихотомическое мышление, катастрофизация, обесценивание позитивного, эмоциональное обоснование, навешивание ярлыков, мысленный фильтр, чтение мыслей, персонализация, долженствование, сверхгенерализация [15]. Щелин и Петроченко (2024, 89 подростков 14-16 лет) применили этот инструмент и подтвердили: при высоком уровне киберкоммуникативной зависимости у подростков проявляются дихотомическое мышление, катастрофизация,

обесценивание позитивного, эмоциональное обоснование, чтение мыслей и долженствование [5].

Brugnoli и др. (2019, данные 1,2 млн пользователей Facebook) количественно подтвердили: «предвзятость подтверждения помогает объяснить решения пользователей о распространении контента, создавая информационные каскады внутри идентифицируемых сообществ»; механизм «избегания вызова» порождает две поляризованные группы (эхо-камеры) [14].

Эмпирические данные о развитии различения истины и лжи в подростковом возрасте получены Lemaire и др. (2025, *Scientific Reports*): 432 подростка 11-14 лет и 132 взрослых оценивали точность реальных и ложных заголовков [7]. «Различение медиаправды линейно развивается с возрастом»; «эффект иллюзорной правды» (знакомые заголовки оцениваются как более точные) присутствует на всех возрастах; развитие различения связано с развитием способности к рассуждению [7].

Данные о когнитивных искажениях у молодых пользователей социальных сетей получены Qiu и др. (2025, *Frontiers in Psychiatry*): на выборке 1006 китайских студентов (средний возраст 21,45 ± 2,013 года) зависимость от социальных сетей прямо предсказывала негативное вниманиевое смещение и косвенно через тревожность [3]. Импульсивность модерировала как прямой эффект, так и путь через тревожность [3]. Эти данные получены на выборке, пересекающейся с поколением Z по возрасту, но без поколенческой стратификации.

Поведенческие эксперименты, измеряющие предвзятость подтверждения, эвристику доступности и эффект якоря у поколения Z в реальных условиях социальных сетей, отсутствуют. Ма и др. (2026) прямо указывают на необходимость исследовательской программы, учитывающей возрастную специфику: байесовская модель обновления убеждений, предложенная авторами

для контекста социальных сетей, эмпирически на выборке поколения Z не тестировалась [1]. Настоящее исследование восполняет этот пробел на уровне описательных данных: N = 40 респондентов, все из которых принадлежат поколению Z, 17 вопросов, охватывающих шесть блоков когнитивных искажений и поведенческих маркеров.

Объекты и методы исследования

Был произведён поиск научной литературы на сайтах PubMed и kiberlenika. Опросник из 17 вопросов охватывает шесть блоков: верификация информации, эмоциональное рассуждение, предвзятость подтверждения, сверхобобщение и поспешные выводы, самооценка критического мышления, поведенческие маркеры за 7 дней. В опросе приняли участие 40 респондентов, возрастом от 18 до 22 лет.

Результаты и их обсуждения

Проверка источника перед репостом: «никогда» – 32,5%, «редко» – 30%, «часто» – 25%, «иногда» – 7,5%, «всегда» – 5%. Суммарно 62,5% проверяют источник редко или никогда.

Стратегия определения надёжности: «поиск подтверждения в других СМИ» – 42,5%, «проверка первоисточника» – 30%, «интуитивная оценка» – 17,5%, «оценка лайков и репостов» – 7,5%. 72,5% декларируют аналитические стратегии при 62,5% нерегулярной проверки источника.

Вера в ложную новость за 30 дней: «один раз» – 42,5%, «несколько раз» – 17,5%, «не сталкивались» – 35%. Хотя бы раз – 60%.

Заголовок совпадает с точкой зрения – считается достоверным: «скорее да» – 47,5%, «да» – 10%, «скорее нет» – 15%, «нет» – 12,5%, «затрудняюсь» –10%. Признают предвзятость 57,5%.

Отписка от противоречащего контента: «иногда» – 37,5%, «редко» – 22,5%, «всегда» – 15%, «никогда» – 17,5%, «часто» – 7,5%. Активно ограничивают доступ к контрмнению 60%.

Доля совпадающего контента: «30–50%» – 35%, «70–90%» – 35%, «50–70%» – 12,5%, «более 90%» – 10%, «менее 30%» – 7,5%. Выше 70% – 45%.

Алгоритмическое сужение ленты: «да, регулярно» – 57,5%, «да, иногда» – 37,5%, «не замечал» – 5%. Замечают 95%.

Среди регулярно замечающих сужение (23) скрывают противоречащий контент 14 (60,9%); среди замечающих иногда (15) – 10 (66,7%); среди не замечающих (2) – 1 (50%).

Brugnoli и др. (2019, 1,2 млн пользователей Facebook): «предвзятость подтверждения помогает объяснить решения пользователей о распространении контента, создавая информационные каскады внутри идентифицируемых сообществ» [14]. Выборка N = 40 фиксирует самоотчётную предвзятость.

Влияние эмоций на оценку правдивости: «никогда» – 40%, «иногда» – 42,5%, «редко» – 17,5%. Ответов «часто» и «всегда» нет.

Согласие с утверждением «сильная эмоция = правдивость»: «скорее не согласен» – 47,5%, «полностью не согласен» – 10%, «затрудняюсь» – 20%, «скорее согласен» – 20%. Признают связь 8 из 40 (20%), отрицают 23 из 40 (57,5%).

Вступление в дискуссию без проверки фактов: «никогда» – 90%, «иногда» – 10%. При 77,5% респондентов с хотя бы одним непроверенным репостом ответы выглядят завышенно нормативными.

Выборка N = 40 фиксирует сверхобобщение у 20% и иллюзию понимания у 25%.

- Согласие с утверждением «один случай обмана = всё недостоверно»: «скорее не согласен» – 60%, «скорее согласен» – 20%, «затрудняюсь» – 12,5%, «полностью не согласен» – 7,5%. Сверхобобщение в явной форме – 20%.
- Формирование мнения по одному посту: «иногда» – 37,5%, «редко» – 37,5%, «никогда» – 25%. Ответов «часто» и «всегда» нет.
- Иллюзия понимания при фрагментарной информации: «скорее нет» – 60%, «скорее да» – 25%, «нет» – 12,5%, «затрудняюсь» – 2,5%. Отрицают 29 из 40 (72,5%), демонстрируют 10 из 40 (25%).
- Самооценка критического мышления онлайн против офлайн: «ниже» – 42,5%, «значительно ниже» – 5%, «одинаково» – 25%, «выше» – 20%, «значительно выше» – 7,5%. Ниже – 47,5%, одинаково – 25%, выше – 27,5%.
- Выборка N = 40 фиксирует осознание алгоритмического сужения у 95%, но не измеряет сетевые эффекты.
- Непроверенные репосты: ноль – 22,5%, один – 17,5%, два – 25%, три – 12,5%, четыре – 5%, пять – 5%, шесть – 2,5%, двадцать – 2,5%, пятьдесят – 2,5%.
- Изменения мнения: ноль – 52,5%, один – 32,5%, два – 10%, тридцать – 2,5%, «ни разу» – 2,5%.
- 72,5% декларируют аналитические стратегии («поиск подтверждения в других СМИ» – 42,5%, «проверка первоисточника» – 30%), но 62,5% проверяют источник «никогда» (32,5%) или «редко» (30%). Аналогично: 90% заявляют, что «никогда» не вступают в дискуссию без проверки фактов, тогда как 77,5% совершали хотя бы один непроверенный репост. Разрыв интерпретируется как нормативное искажение и рассматривается как системообразующая причина устойчивости искажений.
- 57,5% признают, что заголовок, совпадающий с их точкой зрения, считается достоверным; 45% потребляют совпадающий контент выше 70%; 60%

ограничивают доступ к контрмнению. 95% замечают алгоритмическое сужение ленты, при этом среди регулярно замечающих 60,9% скрывают противоречащий контент, среди замечающих иногда – 66,7%. Осознание сужения не отменяет предвзятость: пользователь сам усиливает сужение через отписки, что формирует кумулятивный эффект. Согласуется с Brugnoli и др. (2019) о роли предвзятости подтверждения в информационных каскадах [14].

- 82,5% заявляют, что эмоции «никогда/редко» влияют на оценку правдивости; связь «сильная эмоция = правдивость» признают 20%, отрицают 57,5%. При этом иллюзия понимания фиксируется у 25%, сверхобобщение – у 20%.
- 60% хотя бы раз за 30 дней поверили в ложную новость. Вера в ложную новость рассматривается как результат совокупного действия нерегулярной проверки (62,5%), предвзятости подтверждения (57,5%), селективного избегания (60%), эмоционального рассуждения (косвенно) и алгоритмического сужения (95%). Вера усиливает сверхобобщение (20%) и иллюзию понимания (25%) – петля положительной обратной связи.
- 47,5% считают критическое мышление онлайн ниже, чем офлайн; 27,5% – выше; 25% – одинаково. Осознание снижения критичности коррелирует с осознанием сужения (95%), но не конвертируется в поведение: те же респонденты совершают непроверенные репосты (77,5%) и не проверяют источники (62,5%). Осознание не является изменением поведения.

Непроверенные репосты: 77,5% имеют хотя бы один случай. Изменения мнения: 52,5% – ноль, 32,5% – один раз. Сочетание высокой частоты непроверенных репостов с низкой частотой изменений мнения указывает на отсутствие последующей коррекции убеждений, что согласуется с моделью цикличного воспроизводства искажений.

На выборке N = 40, состоящей из поколения Z, зафиксированы: нерегулярная проверка источника (62,5%), самоотчётная предвзятость подтверждения (57,5%), вера в ложную новость за 30 дней (60%), алгоритмическое сужение ленты (95%), разрыв между декларацией и поведением (90% против 77,5%). Отсутствие контрольной группы других поколений не позволяет проверить вывод других исследователей.

Заключение

Социальные сети стали неотъемлемой частью жизни поколения Z, оказывая значительное влияние на их когнитивные процессы. Информационная перегрузка, алгоритмическая персонализация, социальное сравнение и мгновенная обратная связь формируют уникальный набор когнитивных искажений, таких как «эффект TikTok», «искажение идеализированной реальности», «эффект эхо-камеры», «искажение социальной значимости», «эффект мгновенного удовлетворения» и «искажение эмпатии». Эти искажения могут привести к снижению критического мышления, ухудшению психического здоровья, проблемам в межличностных отношениях, снижению продуктивности и формированию искаженного мировоззрения.

Для минимизации негативного влияния когнитивных искажений необходимо комплексное решение, включающее развитие медиаграмотности и критического мышления, осознанное потребление контента, развитие эмоционального интеллекта и формирование здоровой самооценки у представителей поколения Z. Важную роль также играет ответственность самих платформ социальных сетей в создании более безопасной и здоровой цифровой среды. Понимание специфики когнитивных искажений у поколения Z в условиях социальных сетей является первым шагом к разработке эффективных стратегий, направленных на поддержку их когнитивного и психологического благополучия в цифровую эпоху. Дальнейшие исследования в этой области позволят глубже

изучить механизмы формирования этих искажений и разработать более точные и действенные методы их коррекции.

Источники и литература / Sources and references:

1. Лучинкина, И. С. Когнитивные механизмы коммуникативного поведения в интернет-пространстве / И. С. Лучинкина // Научный результат. Серия: Педагогика и психология образования. 2018. Т. 4, № 3. С. 56–70.

2. Щелин, И. В. Когнитивная, поведенческая и эмоциональная составляющие коммуникативного поведения подростков в информационном пространстве / И. В. Щелин, И. А. Петроченко // Сибирский психологический журнал. 2024. № 91. С. 81–98.

3. Ma, I. Understanding the impact of misinformation on adolescents / I. Ma, B. Westhoff, A. C. K. van Duijvenvoorde // Nature Human Behaviour. 2026. Vol. 10, № 1. — P. 18–28.

4. Qiu, Y. Social network site addiction and attentional bias toward negative information: A moderated mediation model / Y. Qiu [et al.] // Frontiers in Psychiatry. 2025. Vol. 16. Art. 1489429.

5. Bilişli, Y. Navigating truth and disinformation: A comparative analysis of generational responses to the 6 February 2023 earthquake in digital media in Türkiye / Y. Bilişli, F. Çakmak, S. Aygen Zetter, M. N. Ilgaz Ünal // Heliyon. 2024. Vol. 10, № 19. e38667.

6. Hasan, E. One-shot intervention reduces online engagement with distorted content / E. Hasan [et al.] // PNAS Nexus. 2025. Vol. 4, № 3. pgaf068.

7. Lemaire, B. Development of media truth discernment in adolescence / B. Lemaire [et al.] // Scientific Reports. 2025.

8. Karasavva, V. A double-edged hashtag: Evaluation of #ADHD-related TikTok content and its associations with perceptions of ADHD / V. Karasavva, C. Miller, N. Groves [et al.] // PLoS ONE. 2025. Vol. 20, № 3. e0319335.

9. Turner, G. Old Strategies, New Environments: Reinforcement Learning on Social Media / G. Turner, A. M. Ferguson [et al.] // Biological Psychiatry. 2025. — Vol. 97, № 10. P. 989–1001.

10. Perra, N. Modelling opinion dynamics in the age of algorithmic personalisation / N. Perra, L. E. C. Rocha // Scientific Reports. 2019. Vol. 9. Art. 7261.

11. Zollo, F. Dealing with digital misinformation: a polarised context of narratives and tribes / F. Zollo // EFSA Journal. 2019. Vol. 17, Suppl. 1. e170720.

12. Sultan, M. Susceptibility to online misinformation: A systematic meta-analysis of demographic and psychological factors / M. Sultan [et al.] // PNAS. 2024. — Vol. 121, № 47. e2409329121.

13. Ye, Z. The illusory truth effect: A meta-analysis / Z. Ye [et al.] // Nature Communications. 2026. Vol. 17.

14. Brugnoli, E. Recursive patterns in online echo chambers / E. Brugnoli, M. Cinelli, W. Quattrociocchi, A. Scala // Scientific Reports. 2019. Vol. 9. Art. 20118.

СЕМЕЙНОЕ НЕБЛАГОПОЛУЧИЕ КАК ФАКТОР ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ СТАРШИХ ПОДРОСТКОВ: ВОЗМОЖНОСТИ И ОГРАНИЧЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ

Струченко К. Г.

Кафедра социальной психологии и виктимологии

ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный педагогический университет», Россия, г. Новосибирск

Научный руководитель - канд. пед. наук, доцент М. В. Чельцов

Аннотация. В статье рассматривается семейное неблагополучие как один из факторов, который может быть связан с девиантным поведением старших подростков. Основное внимание уделено тому, как семейные конфликты, недостаток контроля, материальные трудности и другие проблемы отражаются на социализации подростка. В конце статьи обозначены возможные направления

совершенствования социальной политики: более раннее выявление проблем, согласованная работа разных специалистов и сочетание материальной помощи с социальной и психологической поддержкой.

Ключевые слова: семья, семейное неблагополучие, подростки, девиантное поведение, социальная политика, социальная поддержка, профилактика.

FAMILY DISTRESS AS A FACTOR IN DEVIANT BEHAVIOR AMONG OLDER TEENAGERS: OPPORTUNITIES AND LIMITATIONS OF STATE SOCIAL SUPPORT

Struchenko K. G.
Department of Social Psychology and Victimology
Novosibirsk State Pedagogical University, Russia, Novosibirsk
Scientific supervisor – Cheltsov M. V.

Abstract. The article examines family dysfunction as one of the factors that may be associated with deviant behavior in older adolescents. The main focus is on how family conflicts, lack of supervision, financial difficulties, and other problems affect a teenager's socialization. At the end of the article, possible directions for improving social policy are outlined: earlier identification of problems, coordinated work among various specialists, and a combination of material assistance with social and psychological support.

Keywords: family, family dysfunction, adolescents, deviant behavior, social policy, social support, prevention.

Семья для ребенка является первой средой, в которой он учится общаться с другими людьми, понимает правила поведения и получает представление о том, как строятся отношения. Поэтому то, что происходит дома, нередко отражается и на поведении ребенка за пределами семьи. Особенно это заметно в

старшем подростковом возрасте. В этот период подросток стремится к большей самостоятельности, больше ориентируется на сверстников и одновременно продолжает нуждаться в поддержке взрослых.

Семейные трудности не обязательно связаны только с деньгами. Причиной неблагополучия могут становиться постоянные ссоры родителей и детей, отсутствие эмоциональной близости, слабый или, наоборот, чрезмерно жесткий контроль, зависимость взрослых, насилие, безработица. Все это может мешать семье выполнять воспитательную функцию. Если дома подросток не получает необходимой поддержки, он может искать ее среди сверстников. При этом влияние группы не всегда оказывается положительным [2, 5].

Проблема имеет значение не только для самой семьи. Девиантное поведение подростка может проявляться в нарушении дисциплины, агрессии, употреблении психоактивных веществ, уходах из дома и правонарушениях. При этом такие поступки обычно нельзя объяснить какой-то одной причиной: значение имеют сразу несколько обстоятельств, в том числе семейная ситуация [1, 4]. Поэтому профилактическая работа с подростком должна учитывать и его ближайшее окружение. Одной работы с самим несовершеннолетним в таких случаях недостаточно.

Цель статьи - рассмотреть семейное неблагополучие как фактор риска девиантного поведения старших подростков и показать, какие возможности для помощи семье существуют в российской системе социальной поддержки.

Для этого сначала рассматриваются основные признаки семейного неблагополучия и его возможная связь с поведением подростка. Затем описываются действующие меры государственной поддержки и профилактики. В заключительной части внимание обращено на те стороны социальной политики, которые могут быть усилены.

Под семейным неблагополучием обычно понимается такая ситуация, при которой семья испытывает серьезные трудности и не справляется в полном объеме с воспитательной, эмоциональной и другими функциями. Причины могут быть разными: нехватка денег, потеря работы, зависимость кого-то из взрослых, постоянные конфликты, жестокое обращение с ребенком, проблемы во взаимоотношениях родителей и детей, отсутствие понятных и устойчивых правил воспитания [2, 5].

При этом отдельная трудность еще не говорит о том, что семья обязательно является неблагополучной. Например, потеря части дохода может оказаться временной и не привести к серьезным последствиям, если у семьи есть возможность справиться с ситуацией. Риск возрастает, когда несколько проблем существуют одновременно и начинают влиять на безопасность ребенка, его развитие и отношения с окружающими.

Для социальной политики здесь важен сам момент обращения за помощью. Государственная поддержка нужна не только тогда, когда проблемы уже стали тяжелыми. Федеральный закон № 442-ФЗ предусматривает разные формы социального обслуживания и социальное сопровождение граждан. В работе с семьями это позволяет при необходимости подключать специалистов из разных сфер [7]. Речь может идти о психологической, педагогической, юридической, медицинской и другой помощи [7].

Поэтому семейное неблагополучие нельзя рассматривать только как личное дело одной семьи. Если проблемы долго остаются без внимания, они могут накапливаться и отражаться на положении ребенка. Для социальной политики это означает необходимость не только реагировать на уже возникшие последствия, но и замечать трудности раньше.

Старший подростковый возраст сам по себе связан с изменениями в отношениях с окружающими. Подростку становится важнее мнение друзей,

появляется желание принимать решения самостоятельно. При этом потребность в поддержке взрослых никуда не исчезает. Поэтому семейная обстановка, отношение родителей, способы контроля и характер конфликтов могут влиять на то, как подросток справляется с трудностями [1, 3].

Связь между семейными проблемами и девиантным поведением может проявляться по-разному. Один из вариантов связан с усвоением привычных моделей поведения. Если дома споры постоянно заканчиваются криком, угрозами или игнорированием, подросток может переносить подобный способ общения и в другие отношения. Кроме того, длительные конфликты способны создавать ощущение небезопасности и нехватки поддержки. При слабом родительском контроле подростку также проще оказаться в компании, где рискованное или противоправное поведение считается нормальным [2, 5].

При этом было бы неправильно сводить девиантное поведение только к семейной обстановке. На подростка одновременно воздействуют школа, друзья, особенности его развития, доступность свободного времени и занятий, а также более широкий социальный контекст. Семейные трудности в этом случае можно рассматривать как один из факторов риска. Их влияние становится особенно заметным, когда они сочетаются с другими неблагоприятными обстоятельствами [1, 4].

В работах, посвященных подросткам с девиантным поведением, неблагополучная семейная среда связывается с трудностями социальной адаптации, проблемами во взаимодействии с окружающими и менее эффективными способами решения сложных ситуаций [1, 3]. Важно учитывать и другое обстоятельство: большое значение имеет то, может ли подросток получить поддержку вне семьи и насколько эта поддержка доступна.

В Российской Федерации поддержка семей с детьми осуществляется через систему социальных выплат, социального обслуживания, профилактических

мероприятий и межведомственного взаимодействия. Одним из правовых оснований социальной помощи является Федеральный закон от 28 декабря 2013 г. № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации» [7]. Закон предусматривает различные виды социальных услуг, а также социальное сопровождение, позволяющее подключать к помощи организации разных профилей [7].

Отдельное место занимает Федеральный закон от 24 июня 1999 г. № 120-ФЗ «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних». Он определяет систему субъектов профилактики, в которую входят комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав, органы социальной защиты и социального обслуживания, образовательные организации, органы опеки и попечительства, медицинские организации, органы внутренних дел и другие структуры [9]. Такая система предполагает, что проблемы несовершеннолетнего должны рассматриваться не только в рамках одной организации.

Правовое положение ребенка также закреплено Федеральным законом № 124-ФЗ «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации». Закон предусматривает участие государства в обеспечении социальных, образовательных, медицинских и иных условий, необходимых для защиты прав и законных интересов детей, а также меры по социальной адаптации и реабилитации несовершеннолетних [8].

Дополнительным направлением развития профилактической системы стало создание государственной информационной системы в сфере профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних. Соответствующая система утверждена постановлением Правительства Российской Федерации от 1 апреля 2025 г. № 411 [10]. В ней предусмотрена обработка сведений о несовершеннолетних, находящихся в трудной жизненной

ситуации, социально опасном положении или нуждающихся в индивидуальной профилактической работе, а также информации о родителях и законных представителях [10].

В более широком контексте государственная семейная политика связана и с национальным проектом «Семья», который реализуется с 2025 года. В него входят направления, связанные с поддержкой семей, многодетностью, охраной материнства и детства, старшим поколением, а также с семейными ценностями и культурной инфраструктурой [6].

Получение государственной помощи не означает автоматически, что проблемы семьи исчезнут. Причины неблагополучия нередко связаны сразу с несколькими обстоятельствами. Например, выплата может снизить финансовую нагрузку, но сама по себе не решит проблему зависимости, насилия, постоянных конфликтов или трудностей в воспитании. Поэтому в некоторых случаях одной меры поддержки недостаточно и семье требуется помощь сразу по нескольким направлениям.

Отдельный вопрос - когда именно специалисты узнают о проблемах семьи. Если помощь начинают оказывать уже после серьезного конфликта, правонарушения или ситуации, угрожающей безопасности ребенка, работать становится сложнее. Значительная часть ресурсов в таком случае уходит на устранение последствий, хотя вмешательство на более раннем этапе могло бы изменить ситуацию.

Есть и проблема согласованности действий разных организаций. В профилактической системе задействовано много структур, но само по себе их количество еще не означает, что семья получает последовательную помощь. Сведения и действия разных специалистов должны быть связаны между собой, иначе сопровождение может оказаться фрагментарным. Поэтому

межведомственное взаимодействие остается одним из важных условий социальной работы [7, 9].

Сложности могут возникать и со стороны самой семьи. Некоторые родители не хотят обращаться в социальные службы, поскольку воспринимают такую помощь как указание на неблагополучие или как возможное вмешательство в личную жизнь. Из-за этого контакт со специалистами иногда устанавливается уже тогда, когда ситуация стала тяжелой. Для профилактики важно, чтобы обращение за помощью не воспринималось как наказание или признание собственной несостоятельности, а рассматривалось как обычный способ получить поддержку.

Наконец, результат работы нельзя оценивать только по количеству оказанных услуг. Важно смотреть, что произошло с семьей после получения помощи: стали ли отношения спокойнее, уменьшились ли конфликты, улучшилось ли положение подростка в школе, снизился ли риск повторения проблемного поведения. Поэтому для социальной политики важна не только доступность помощи, но и понимание того, к каким изменениям она приводит.

Современная семейная политика предусматривает поддержку семей с детьми по нескольким направлениям. Одним из таких инструментов является национальный проект «Семья», рассчитанный на 2025–2030 годы. В его рамках предусмотрены меры, связанные с поддержкой семьи, материнства и детства, многодетных семей, старшего поколения и развитием семейных ценностей [6].

Одной из задач остается снижение материальной нагрузки на семьи. Для этого используются различные выплаты и пособия. Такая помощь особенно важна для семей, испытывающих финансовые трудности. Однако в ситуации, когда речь идет о риске девиантного поведения подростка, одной материальной поддержки может быть мало. Она дает семье дополнительные ресурсы, но не

заменяет работу психолога, социального работника, педагога или других специалистов.

Еще одно направление связано с более ранней профилактикой. Создание государственной информационной системы в сфере профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних должно помочь организовать работу субъектов профилактики более согласованно [10]. При этом сама информационная система не решает проблему семьи. Важно, что происходит после выявления трудной ситуации: насколько быстро подключаются специалисты и какая именно помощь предлагается.

Отдельно стоит говорить о переходе от помощи уже после кризиса к сопровождению на более раннем этапе. Если специалист подключается тогда, когда конфликт только начинает усиливаться, возможностей для изменения ситуации обычно больше. Это касается и сохранения отношений между родителями и детьми, и предупреждения дальнейших проблем.

В профилактике подростковой девиации особенно важен семейный компонент социальной политики. Работа только с поведением подростка не всегда затрагивает причины, которые находятся в его ближайшем окружении. Поэтому внимание стоит уделять и тому, в каких условиях ребенок живет, как устроены отношения в семье и какая помощь нужна родителям.

Первое направление - более раннее выявление трудностей. Здесь важно, чтобы образовательные организации, медицинские учреждения, социальные службы и другие участники профилактики обменивались необходимой информацией и могли вовремя предложить семье помощь. Чем раньше проблема становится заметной, тем больше возможностей не доводить ситуацию до серьезного кризиса.

Второе направление - индивидуальный подход. Одной универсальной меры для всех семей быть не может. Одним родителям в первую очередь нужна

материальная поддержка, другим - помощь в поиске работы. В отдельных случаях на первый план выходят психологическая помощь, работа с зависимостью, отношения между родителями и подростком или вопросы ухода за ребенком. Поэтому социальное сопровождение должно учитывать конкретную ситуацию семьи [7].

Третье направление связано с доступностью психологической и педагогической помощи. В подростковой девиации редко можно выделить только одну причину. Конфликты могут накапливаться постепенно, а привычные способы их разрешения не всегда помогают. Работа специалиста с семьей в такой ситуации может быть направлена на восстановление контакта между родителями и ребенком, а самого подростка - на освоение более безопасных способов реагирования на стресс и конфликт.

Четвертое направление - оценка того, что происходит после оказания помощи. Одного показателя количества услуг недостаточно. Можно учитывать, стали ли реже кризисные обращения, улучшилась ли посещаемость школы, снизилось ли количество конфликтов и повторных правонарушений, стала ли семья устойчивее. Такие показатели позволяют оценивать не только объем работы специалистов, но и ее результат.

Семейное неблагополучие может выступать одним из факторов риска девиантного поведения старших подростков. На подростка влияет не только сам факт наличия семейных проблем, но и то, как устроены отношения с родителями, какой контроль существует в семье, как взрослые решают конфликты и получает ли ребенок эмоциональную поддержку. При этом семейная ситуация не является единственным объяснением девиантного поведения: значение имеют также школа, сверстники и другие социальные и индивидуальные обстоятельства.

В российской системе уже существует правовая и организационная основа для поддержки семей с детьми и профилактики безнадзорности и

правонарушений несовершеннолетних. Федеральные законы № 442-ФЗ, № 120-ФЗ и №124-ФЗ закрепляют основные механизмы социального обслуживания, профилактической работы и защиты прав ребенка [7, 8, 9]. Дополнительно развиваются информационные инструменты профилактики и реализуется национальный проект «Семья» [6, 10].

При этом наличие предусмотренных законом мер еще не означает, что семья обязательно сможет самостоятельно выйти из сложной ситуации. На результат влияет то, насколько рано была замечена проблема, насколько согласованно работают специалисты и подходит ли предложенная помощь конкретной семье. Поэтому дальнейшее развитие социальной политики может быть связано с ранним выявлением трудностей, индивидуальным сопровождением и сочетанием материальной помощи с социальной, психологической и педагогической поддержкой. Такой подход позволяет работать не только с уже возникшими последствиями, но и с причинами, которые могут к ним привести.

Источники и литература / Sources and references:

1. Бекларян А. А., Лукаш Н. В. Семейное неблагополучие как фактор формирования девиантного поведения подростков // Конструктивные педагогические заметки. 2024. № 3 (23). С. 64–69.

2. Ганишина И. С. Психологическое влияние неблагополучной семьи на девиантное поведение несовершеннолетних.: Рязань, 2004.

3. Дронова Е. В., Корнеева Т. В. Социально-психологические особенности социализации несовершеннолетних из неблагополучных семей // Психология и право. 2021. Т. 11, № 3.

4. Змановская Е. В. Девиантология: психология отклоняющегося поведения. М. : Академия, 2003.

5. Солнышкина М. Г., Лужкова М. М. Семейное неблагополучие как фактор развития девиантного поведения несовершеннолетних // Социальная политика и социальное партнерство. 2020. № 3.

6. Национальный проект «Семья» // Правительство Российской Федерации; Министерство труда и социальной защиты Российской Федерации. 2025-2030.

7. О внесении изменений в Федеральный закон «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации»: Федеральный закон от 28.12.2013 № 442-ФЗ (в действующей редакции).

8. Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации: Федеральный закон от 24.07.1998 № 124-ФЗ (в действующей редакции).

9. Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних: Федеральный закон от 24.06.1999 № 120-ФЗ (в действующей редакции).

10. О государственной информационной системе профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних: постановление Правительства Российской Федерации от 01.04.2025 № 411.

СОЦИАЛЬНЫЕ И КУЛЬТУРНЫЕ ПРИЧИНЫ НАРКОМАНИИ СРЕДИ МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ

Суторина Е. Д.
Кафедра клинической психологии
ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Россия, г. Кемерово
Научный руководитель – канд. ист. наук, доцент Г. В. Акименко

Аннотация. В статье рассматриваются социальные и культурные факторы, способствующие распространению наркомании в молодежной среде. На основе анализа исследовательских материалов Всемирной организации

здравоохранения, Государственной Думы РФ, Управления ООН по наркотикам и преступности, а также академических публикаций выделяются ключевые механизмы социального научения, группового давления и культурной нормализации употребления психоактивных веществ. Особое внимание уделяется роли сверстников, субкультурным практикам и социально-экономическим условиям, формирующим уязвимость молодых людей. Делается вывод о том, что социальные и культурные причины не являются второстепенными по отношению к индивидуально-психологическим факторам, а представляют собой системный уровень детерминации, без учета которого профилактические стратегии остаются неэффективными.

Ключевые слова: наркомания, молодежь, социальные факторы, культурные факторы, групповое давление, субкультура, профилактика.

SOCIAL AND CULTURAL CAUSES OF DRUG ADDICTION AMONG YOUNG PEOPLE

Sutorina E. D.
Department of Clinical Psychology
Kemerovo State Medical University,, Russia, Kemerovo
Scientific supervisor – C G. V. Akimenko

Abstract. The article examines the social and cultural factors contributing to the spread of drug addiction among young people. Based on an analysis of research materials from the World Health Organization, the State Duma of the Russian Federation, the United Nations Office on Drugs and Crime, as well as academic publications, the key mechanisms of social learning, group pressure, and the cultural normalization of substance use are identified. Special attention is paid to the role of peers, subcultural practices, and socio-economic conditions that shape the vulnerability of young people. It is concluded that social and cultural factors are not secondary in relation to individual psychological factors, but represent a systemic level of

determination, without taking which into account, preventive strategies remain ineffective.

Keywords: drug addiction, youth, social factors, cultural factors, group pressure, subculture, prevention.

Введение

Проблема употребления наркотиков молодыми людьми традиционно рассматривается в исследовательской литературе через призму трех групп факторов: биологических, психологических и социальных. Однако именно социальный фактор, как отмечают специалисты Государственной Думы РФ, является «наиболее опасным с точки зрения эпидемиологии» . Это утверждение принципиально важно: оно смещает фокус анализа с индивидуальной патологии на условия среды, в которых происходит взросление и социализация молодежи.

Социологический подход к проблеме наркомании исходит из того, что любая форма девиантного поведения, включая употребление психоактивных веществ, «есть следствие имеющихся нарушений прежде всего социального и личностного плана» . В этом контексте социальные и культурные причины не просто дополняют психологические объяснения, а задают рамку, внутри которой формируются индивидуальные предрасположенности.

Цель настоящей статьи — систематизировать социальные и культурные факторы, способствующие приобщению молодых людей к наркотикам, и показать их взаимосвязь с возрастными особенностями молодежи как социальной группы.

Объектом данного исследования являются подростки и молодежь в возрасте от 14 до 25 лет (так как они являются наиболее подверженной наркотизму социальной группой населения).

Предметом исследования являются условия, причины, факторы распространения и роста наркомании и токсикомании среди подростков и молодежи.

Результаты и обсуждение

Наиболее значимым социальным фактором, согласно данным многочисленных исследований, выступает влияние группы сверстников. Опросы школьников показывают, что 45,4% узнали о наркотиках в компании старших ребят, а 34,6% — от сверстников. Всемирная организация здравоохранения относит потребление в группе сверстников к трем наиболее часто упоминаемым факторам, связанным с экспериментированием с наркотиками, наряду с любопытством и доступностью.

Механизм этого влияния не сводится к простому «давлению». Исследования описывают феномен групповой психической зависимости, когда потребность в употреблении наркотика возникает немедленно при сборе «своей компании». На этом этапе индивидуальная зависимость еще может отсутствовать, но социальный ритуал совместного употребления выполняет функцию маркера принадлежности. Общий шприц, деление дозы, совместное приготовление раствора — эти практики «кровно связывают всех вместе и позволяют подросткам чувствовать себя не одинокими и нужными» . Отказ от участия трактуется не как забота о здоровье, а как предательство группы, что чревато изгнанием из сообщества — крайне болезненным в подростковом возрасте.

Территориальные группы, объединяющие подростков по месту учебы или жительства, являются средой, в которой, по разным оценкам, от 65 до 70% молодых людей начинали злоупотреблять наркотиками. При этом первоначальное употребление часто носит эпизодический характер и еще не

приводит к сформированной зависимости, однако именно на этом этапе закладываются модели поведения, которые впоследствии могут закрепиться.

Неуклонное омоложение потребителей психоактивных веществ вызывает наибольшую тревогу медиков, педагогов и сотрудников правоохранительных органов. О неуклонном ее омоложении свидетельствуют масштабы и динамика ее распространения в нашей стране в последние десятилетия, прежде всего среди молодого поколения.

В 2005 году 13,9 % молодых людей в возрасте 11-24 лет регулярно употребляли наркотики. К 2011 году 20 % наркозависимых являлись школьниками, 60 % от всех зависимых приходилось на молодёжь в возрастном диапазоне от 16 до 30 лет. Были зафиксированы несколько случаев употребления наркотиков детьми 6-7 лет, которых приобщили родители-наркоманы. По данным исследования Российской академии наук 2016 года, 27 % зависимых начали употребление в старших классах, 45 % —в годы студенчества. В некоторых регионах до 22 % опрошенных пробовали аптечные наркотики. По оценке социологов, при сохранении таких темпов роста наркотизации к 2060 году 80 % подростков и молодёжи могли бы стать потребителями наркотиков [1, с.19].

В 2016—2021 годах число несовершеннолетних наркопотребителей возросло более чем на 60 %. Исследователи «Трезвой России» отмечали, что при этом один наркозависимый только за год «втягивает» в потребление около 10 человек.

В 2020-х годах исследователи характеризовали стадию наркопотребления как скрытую, из-за интереса к различного рода психостимуляторам, позволяющим оставаться потребителям работоспособными хотя бы частично. Зачастую такие зависимые не обращаются в медицинские или социальные организации за помощью, а некоторым даже удаётся контролировать

зависимость [2, с.237]. В результате реальные масштабы наркопотребления в России определить сложно, но, предположительно, наркорынок в стране продолжает расти. На это косвенно указывает рост конфискаций и смертности от синтетических препаратов [2, с.240].

В ноябре 2023 г. в России произошло крупнейшее за 20 лет отравление наркотиками: до 25 человек попали в больницы Астрахани из-за отравления метадоном.

Таким образом можно утверждать, что «наркомания в России сегодня стала угрозой национальной безопасности государства» [3, с.19].

Причины и факторы, способствующие употреблению наркотических веществ подростками и молодежью

Целесообразно выделить ряд факторов, оказывающих непосредственное влияние не только на наркотическую ситуацию в стране, но и резкое увеличение количества молодых людей, являющихся потребителями наркотиков или уже больных наркоманией. К базовым факторам относят:

– экономическое/социальное неблагополучие общества;

– противоречия и несогласованность в законодательстве;

– непоследовательное и неумелое воспитание, ослабление семейных связей, отсутствие родительского авторитета, неподготовленность родителей к проведению антинаркотического воспитания в семье. Наиболее важным фактором считаются асоциальные семьи с пьянством, криминалами родителей и жестоким отношением внутри семьи друг к другу;

– отсутствие налаженной системы в организации досуга детей и молодежи, развал системы детских и молодежных организаций;

– явная и скрытая реклама психоактивных веществ. Школьники в возрасте от 10 до 12 лет, например, под влиянием увиденных фильмов начинают играть в «наркоманов», а у многих подростков 13-17 лет складываются ложные

представления о престижности наркомании. Это обусловлено существованием так называемой наркокультуры (музыка, фильмы и т.д.) [4, с.7];

– потерю жизненных ценностей, отсутствие позитивных идеалов;

– утрата профессиональных перспектив;

– доступность алкоголя и наркотиков;

– отсутствие понятий о ведении здорового образа жизни и его низкий рейтинг в системе социальных ценностей;

– криминогенную роль преступных наркотических сообществ;

– Среди детей больных наркоманиями также существенно выше процент тех, кто имеет те или иные характерологические и поведенческие расстройства: повышенную возбудимость. агрессивность, склонность к депрессивным реакциям, что, в свою очередь, создает благоприятную почву для развития химической зависимости у, такого ребенка в будущем. Известно также, что употребление наркотиков женщиной во время беременности может стать причиной рождения ребенка со сформированной наркотической зависимостью [4, с.11];

– низкую эффективность антинаркотического воспитания в учебных заведениях на фоне осведомленности детей и подростков о наркотических субкультурах и отсутствии знаний о пагубном влиянии психоактивных веществ.

Из этого следует, что все причины можно разделить на внутренние/психологические (характерные особенности психики молодого человека, которые формируются в семье, школе, группе сверстников), внешние/социальные (влияние друзей, наркокультура, жизненные трудности и проблемы) и медико-биологические (роль наследственной предрасположенности к химической зависимости). Истоки данного явления носят социальный характер, и его последствия весьма многогранны. Под влиянием состояния напряженности и домашних конфликтов, неудач в учебе и

жизненных трудностей, находясь в состоянии переходного возраста с его специфическими особенностями, которые часто усугубляются неправильным формированием личности, юноша или девушка тянутся к группе или к обществу более старших, поддаваясь уговорам испытать новые впечатления. Таким образом формируется социальная зависимость. Психическая зависимость является устойчивой тенденцией подростка к аутотерапии, к стремлению избавиться от депрессивного или угнетенного состояния, напряженности без помощи врача, плохого самочувствия и это означает, что психологическая зависимость предполагает наличие психопатологической симптоматики различной степени выраженности. Следует подчеркнуть, что без учета специфики возраста невозможно изучение особенностей клиники, диагностики и профилактики наркомании в подростковом возрасте.

Все перечисленные факторы на фоне индивидуально-биологических, индивидуально-психологических и личностно-психологических причин приводят к значительной распространенности вредных привычек.

Существует распространенное мнение, что более подвержены алкоголизму, токсикомании, а в последующем и наркомании дети из социально неблагополучных семей, для которых характерны социальная изолированность, неудовлетворительные жилищные условия и безработица. Вопреки этому мнению в настоящее время высок риск наркотизации у детей и молодых людей из внешне благополучных состоятельных семей, где родители озабочены своим социальным положением, а часто возникающие конфликты между членами семьи создают психологическую напряженность и неблагоприятную обстановку. Родители-алкоголики или наркоманы — это всегда повышенный фактор риска злоупотребления алкоголем и наркотиками у детей [4, с.7].

Таким образом, наркомания среди молодежи в нашей стране представляется социально опасным явлением с тенденцией к неуклонному

снижению возраста начала потребления и увеличения количества наркозависимых. Последствиями немедицинского употребления наркотиков являются: соматические осложнения, значительное сокращение продолжительности жизни, высокая смертность, утрата трудоспособности, преступность и беспризорность [5, с. 163].

Следует признать, что зависимость от психоактивных веществ перестала быть исключительно медицинской проблемой, связанной с выявлением,

лечением и медицинской реабилитацией наркозависимых. В настоящее время это проблема социальная. На фоне пробелов в воспитании, слабой антинаркотической деятельности со стороны субъектов профилактики, злоупотребление наркотиками стало у молодых людей социально приемлемым. Все традиционные меры профилактического, разъяснительного и репрессивного характера не достигнут цели. В сложившейся ситуации профилактическая работа должна быть направлена в первую очередь на активизацию, тренировку и развитие основных психологических механизмов, участвующих в формировании нравственной культуры личности, а также в формировании социальных навыков. [6, с. 21].

Алкоголь относится к группе психоактивных веществ и фактически является легальным наркотиком, потребление которого очень распространено. При этом исследователи признают алкоголь наиболее социально опасным наркотиком. Также легализован никотин, являющийся стимулятором, от которого ежегодно умирает 329 тысяч россиян.

В чем же состоит разрушающее действие наркотических средств? При всем своем разнообразии наркотики имеют ряд общих свойств, влияющих на здоровье и течение жизни.

1. Утрата жизненных ценностей. Это наиболее общее для любого наркотика свойство. Когда человек утрачивает саму свою суть – то, что делает

его человеком – он теряет связь со всем миром и с жизнью. Главной целью жизни наркомана становится добыча новой дозы, и ему совершенно все равно, как она будет куплена: он готов на кражу, грабеж, убийство, он обманет и изобьет мать или ребенка – в его глазах все средства хороши.

2. Потеря семьи и тесных дружеских отношений. Не в силах терпеть нечеловеческое поведение наркомана родные и близкие зачастую отворачиваются от него. Все, что у него остается – это мимолетные знакомства с собратьями по «кайфу».

3. Нарушение состояния здоровья. Степень и характер повреждения здоровья в большой степени зависит от вида наркотического вещества и способа его введения. Наиболее распространенная в России героиновая зависимость – наиболее мощный разрушитель человеческого организма. Средняя продолжительность жизни такого наркомана не дотягивает до 30 лет – человек погибает от передозировки, которая случается в гонке за былой эйфорией, от инфекционных заболеваний (в том числе вирусного гепатита и ВИЧ), от цирроза печени, дистрофии клеток сердца, общего истощения.

Опиаты (героин, метадон, маковая соломка). Опиатные наркотики вызывают вымывание кальция из костей и зубов. В результате зубы у опиатных наркоманов быстро разрушаются. Обычно уже через 2–3 года от них остаются только торчащие черные корни. Наличие таких зубов у молодого человека может служить одним из признаков наркомании.

Каннабиноиды (Марихуана, анаша). Так называемые легкие наркотики, но их нельзя недооценивать. Дело в том, что марихуана очень часто становится малой ступенькой на пути к «большой наркомании»: молодежь, практикующая курение конопли, редко ограничивается только травкой – наступает момент, когда в группу молодых людей попадают более тяжелые наркотики. Препараты конопли имеют горький вкус и специфический резкий запах, наркоманы

смешивают их с табаком, забивают в папиросы и курят. По этой причине большинство курильщиков конопли страдает хроническим бронхитом. Конопля действует токсично на весь организм, но в первую очередь она повреждает клетки головного мозга, в результате мышление наркомана через некоторое время становится похожим на мышление шизофреника.

Психостимуляторы (кокаин, амфетамин, экстази). При длительном употреблении происходит повреждение клеток головного мозга, что приводит к развитию психозов с бредом и галлюцинациями. Поведение больного становится похожим на поведение больного шизофренией.

У многих развивается мания преследования. Больные теряют реальную связь с окружающим миром, что часто приводит к трагичным последствиям. Психостимуляторы «транжирят» биологическую энергию в большом количестве. Поэтому при регулярном их приеме наступает психическое и физическое истощение, человек сильно худеет и стареет. Сердце не успевает восстанавливаться, что приводит к его истощению и увеличивает вероятность смерти из-за сердечной недостаточности и остановки сердца. Истощение нервной системы приводит к тяжелым депрессиям, которые часто заканчиваются самоубийством.

Галлюциногены (ЛСД, ядовитые грибы Psilotsibum). На жаргоне наркоманов галлюциногены называются «кислота». Все галлюциногены в первую очередь повреждают головной мозг и разрушают психику. Очень быстро (обычно хватает одного года) наркоман становится похожим на больного шизофренией. Периодически его посещают психозы с паническим страхом, галлюцинациями, бредом преследования. «Любители» грибов часто погибают от отравления. Если наркоман не умирает раньше, то со временем он обычно прекращает прием галлюциногенов, так как превращается в слабоумного. Так как галлюциногены изменяют сознание, наркоманы ведут себя очень

«неординарно» — совершают неадекватные поступки, прислушиваются к собственным галлюцинациям, смотрят на стене или в окне «мультики», бредят, разговаривают с «голосами». Речь бессвязная, мысли обрывочные, противоречивые.

Снотворно-седативные средства (феназепам, барбамил). При употреблении снотворно-седативных средств довольно быстро развивается поражение головного мозга, сердца, печени. Поражение головного мозга приводит к развитию у больного эпилептического синдрома — судорожных припадков с потерей сознания. Уже через год у больного могут начаться психозы с галлюцинациями и бредом. После прекращения приема снотворно-седативных средств развивается выраженная бессонница. Больные угрюмы, подавлены, раздражительны, могут быть агрессивны, не находят себе места.

Летучие наркотически действующие вещества (растворители, краска, клей «Момент», ацетон). Чаще всего эти растворители используют подростки, вдыхая их летучие пары. Прежде всего при употреблении этих наркотических веществ погибают клетки печени, головного мозга, легких. Происходят необратимые изменения в этих органах — цирроз печени и печеночная недостаточность, энцефалопатия и слабоумие, пневмония и пневмосклероз. Эти заболевания могут развиться уже через полгода-год при употреблении растворителей всего один раз в неделю. Все они могут стать причиной смерти. К необратимым изменениям может привести и однократное сильное отравление.

Часто случается так, что, надев мешок с растворителем на голову, токсикоманы теряют сознание и самостоятельно снять его уже не могут. В итоге, они задыхаются в ядовитых парах (так называемая «смерть в мешке»). Смерть может наступить также из-за рефлекторной остановки сердца и дыхания во время вдыхания концентрированных паров растворителя.

При регулярном употреблении летучих наркотических веществ лицо наркозависимого отекает, приобретает землистый цвет. Подростки отстают в развитии, теряют мыслительные способности вплоть до развития слабоумия.

Демонизация наркотических веществ под утверждениями: «после первого раза ты уже станешь зависимым, и у тебя начнется ломка», «попробовав траву ты сразу же перейдешь на опиаты», «после первой же инъекции *название наркотика* ты начнешь гнить» или «наркотики превратят тебя в животное» не совсем действенный способ борьбы с наркоманией. На первый взгляд может казаться, что если хорошо запугать человека, то он не будет притрагиваться к веществам, на наделе это не только не работает, но и приводит к противоположному эффекту.

Те люди, что пробуют психоактивные вещества убеждаются на собственном примере, что та антипропаганда, которую он видел, содержит в себе ложную информацию, а это подрывает доверие и к правдивой ее части.

Пробуя наркотик, человек не получает ни ломки, ни зависимости важно не путать это с аддиктивным поведением, проявляющимся в фиксации внимания, главная черта которого состоит в том, чтобы повторить пережитый опыт изменения сознания). Именно за счет этого человек воспринимает свой опыт как что-то безвредное и легкое, а самое опасное, что он может начать транслировать все это на свое окружение, которое после попадется в ту же самую ловушку. Как раз-таки эта легкомысленность влечет за собой серьезные последствия, в том числе и зависимость.

Стоит отметить, что употребление наркотических веществ в России – это одна из самых стигматизированных сфер общественных отношений. К наркозависимым общество относится заведомо предвзято. Наркозависимые получают в свой адрес множество нелестных и резких высказываний и подвергаются прямой дискриминации: «торчок», «наркоману нельзя верить»,

«солевой», «наркоманам важны лишь вещества», «наркоман просто не человек» эти убеждения закрепились в человеческом сознании с 90-х годов. Мало кто понимает, что наркотическая зависимость – это не вредная привычка, а настоящая болезнь. А человек с зависимостью – это не преступник в первую очередь, а пациент, наравне с больным раком, он также нуждается в помощи. К сожалению, наркофобия в профессиональных кругах носит системный характер, наркозависимым часто отказывают в получении медицинской помощи.

Лечение наркотической зависимости – это не просто длительное (не месяц и даже не год) нахождение в специализированном учреждение, это отказ от всего, к чему привык, радикальная смена образа жизни. Зачастую лечение подразумевает полный отказ от старого круга общения, переезд, смену деятельности, ежедневную работу над собой. Но даже если наркозависимый смог найти в себе силы пройти лечение, то в глазах общества он все еще тот, кому нельзя верить, ведь «бывших наркоманов не существует».

Реальные масштабы наркопотребления в России определить достаточно сложно, ведь статистические данные содержат в себе информацию о тех, кто обратился за помощью в медицинскую организацию, на деле наркозависимых значительно больше. Из-за стигмы, наложенной на образ наркомана, и карательной наркополитики многие не могут открыто просить о помощи. Также ощущение страха и «прозрачности» наркозависимым (ему кажется, что все замечают его зависимость и осуждают) вынуждает его избегать всяческих контактов с окружающими, таким образом он еще больше лишает себя возможности получить помощь со стороны.

Из этого следует, что все традиционные меры профилактического, разъяснительного и репрессивного характера не достигнут цели. Профилактическая работа должна быть направлена в первую очередь на развитие и тренировку основных психологических механизмов, участвующих в

формировании нравственной культуры личности, а также в формировании социальных навыков [6, с. 21].

Столь масштабная задача может быть решена путем общегосударственной системы комплексных мер предупредительного характера по противодействию злоупотреблению наркотиками и их незаконному обороту в среде молодежи, которые предполагают:

– эффективное пресечение незаконного оборота наркотиков;

– дальнейшее развитие общегосударственной системы мер борьбы с наркоманией и наркопреступностью, разработку и внедрение профилактических антинаркотических программ в среде молодежи, ведь существующая система предполагает не помощь зависимым от веществ людям, а наказание за употребление или распространение наркотических веществ. Пребывание в заключении не лечит наркотическую зависимость

– дальнейшее совершенствование мер по выявлению групп риска с использованием различных методов (медицинских, психологических и т.д.), лечению и реабилитации лиц, допускающих немедицинское потребление наркотических веществ, а также профилактическая работа с лицами различных групп риска по групповым и индивидуальным программам;

– совершенствование антинаркотической пропаганды. Предоставление четкой и доступной информация для детей, подростков, их родителей;

– привлечение государственных и негосударственных организаций, общественных объединений, физических лиц к участию в реализации целевых программ, направленных на предупреждение незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ, а также их незаконного оборота;

– укрепление и совершенствование взаимодействия со средствами массовой информации;

– создание профессиональной системы подготовки специалистов в области профилактики и лечения наркомании.

Заключение

Социальные и культурные причины наркомании среди молодежи образуют взаимосвязанную систему, в которой групповое давление, субкультурная нормализация и социально-экономическая нестабильность усиливают друг друга. Группа сверстников обеспечивает непосредственный канал вовлечения, культурные практики придают употреблению символическую привлекательность, а макросоциальные условия создают фон уязвимости, на котором эти механизмы срабатывают с наибольшей эффективностью.

Из этого следует практический вывод: профилактические стратегии, ориентированные исключительно на информирование о вреде наркотиков или на индивидуальную психологическую работу, недостаточны. Необходимо воздействие на социальную среду — развитие доступных и привлекательных форм молодежного досуга, поддержка позитивных групповых идентичностей, укрепление семейных связей и снижение уровня социальной аномии. Без этого любые попытки «защитить» молодого человека от наркотиков будут проигрывать конкуренцию с теми социальными и культурными силами, которые делают употребление функционально значимым в его жизненном мире.

Источники и литература / Sources and referens:

1. Городова, Е. Е. Наркотическая зависимость в молодежной среде / Е. Е. Городова // NOMOTHETIKA: Философия. Социология. Право. 2007.

2. Позднякова, М. Е. Изучение наркоситуации в России и за рубежом: сравнительный анализ / М. Е. Позднякова, В. В. Брюно // Россия реформирующаяся. 2019.

3. Силласте, Г. Социальная безопасность личности, общества и государства / Г. Силласте // Безопасность Евразии. 2000.

4. Егоров, А. Ю. Возрастная наркология / А. Ю. Егоров. СПб. : Дидактика Плюс ; М. : Институт общегуманитарных исследований, 2002. 272 с.

5. Рублева, Т. Ю. К вопросу о влиянии употребления опиатов на когнитивные способности человека (память, внимание) и его учет при оказании помощи наркозависимым / Т. Ю. Рублева // Национальный и международный уровни противодействия наркоугрозе и взаимодействие в сфере реабилитации и ресоциализации наркопотребителей: сборник материалов XVIII международной научно-практической конференции. Красноярск : СибЮИ ФСКН России, 2015.

6. Рублева, Т. Ю. Психологическая профилактика химических зависимостей : учебное пособие / Т. Ю. Рублева. Красноярск : СибЮИ МВД России, 2018.

ВЛИЯНИЕ TIK TOK НА КОГНИТИВНЫЕ СПОСОБНОСТИ СТУДЕНТОВ.

Тюкленкова У. А.

Кафедра клинической психологии.

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

Научный руководитель - С. А. Юдин

Аннотация. В статье рассматривается влияние коротких видеоформатов платформы TikTok на когнитивные способности студентов. Систематизируются данные современных исследований о связи частоты использования коротких видео с контролем внимания, рабочей памятью, исполнительными функциями и академической успеваемостью. Обсуждаются нейрокогнитивные механизмы наблюдаемых эффектов. Предложен комплекс методических инструментов для диагностики когнитивных изменений у студентов.

Ключевые слова: TikTok, короткие видео, когнитивные способности, внимание, исполнительные функции, рабочая память, самоконтроль, студенты, цифровая среда, диагностика.

THE IMPACT OF TIKTOK ON THE COGNITIVE ABILITIES OF UNIVERSITY STUDENTS.

Ulyana Tyuklenkova
Department of Clinical Psychology.
Kemerovo State Medical University, Kemerovo.
Scientific Supervisor: S. A. Yudin.

Abstract. This article examines the impact of the video formats found on the TikTok platform on the cognitive abilities of university students. It synthesizes current research regarding the frequency of video consumption in relation to attention control, working memory, executive functions, and academic performance. The neurocognitive mechanisms underlying these observed effects are discussed. Comprehensive methodological tools for diagnosing cognitive changes in students are proposed.

Keywords: TikTok, short-form video, cognitive abilities, attention, executive functions, working memory, self-control, university students, digital environment, diagnostics.

Введение

Стремительное распространение коротких видеоформатов (TikTok, Instagram Reels, YouTube Shorts) трансформировало медиапотребление молодёжи. К 2024 г. аудитория TikTok достигла около 1,6 млрд пользователей, значительную долю которых составляют студенты и подростки. Исследовательский вопрос о том, является ли наблюдаемое снижение концентрации и академической успеваемости следствием содержания контента или же самого формата взаимодействия (бесконечный скроллинг, быстрая смена стимулов), остаётся

дискуссионным, однако накопленные эмпирические данные позволяют говорить о статистически устойчивых негативных ассоциациях [4].

Метааналитическое исследование, охватившее 98 299 участников из 71 работы, показало, что повышенное потребление коротких видео связано с ухудшением когнитивных показателей со средним размером эффекта r = −0,34; наиболее выраженные эффекты зафиксированы для внимания (r = −0,38) и тормозного контроля (r = −0,41) [1; 4]. Систематический обзор 17 исследований подтвердил, что высокая частота использования коротких видео устойчиво ассоциирована с нарушением внимания, снижением исполнительного функционирования и эмоциональной дисрегуляцией.

Квазиэкспериментальное исследование с участием 705 студентов выявило сильную положительную корреляцию (r = 0,83) между временем, проводимым на платформах коротких видео, и снижением внимания и успеваемости; критическим порогом оказалось потребление более 3,8 часов в день. В другом исследовании на выборке 302 студентов бакалавриата использование TikTok и Instagram было связано с более высоким уровнем когнитивных жалоб по сравнению с утилитарными платформами (например, WhatsApp), причём эта связь опосредована симптомами депрессии и тревоги [5].

Экспериментальные данные указывают на то, что даже кратковременная экспозиция контенту, аналогичному TikTok, может оказывать немедленное влияние на когнитивный контроль. Ло и др. (2025) показали, что всего 30 минут просмотра ленты, подобной TikTok, нарушают проактивный когнитивный контроль — способность заранее готовиться и удерживать цель перед выполнением задачи. Механизм связывается с фрагментированным скроллингом, который создаёт «стимульно-зависимый» паттерн реагирования и ослабляет способность эффективно использовать время подготовки при переключении между ментальными правилами [3].

Чиосси и др. обнаружили, что прерывание задачи TikTok-видео вызывает статистически значимое ухудшение проспективной памяти: точность выполнения запланированного действия в группе TikTok снижалась с 80,00% до 49,02%, тогда как в группах с текстовыми или длинными видеоформатами оставалась стабильной [2]. В исследовании с применением ЭЭГ у студентов с высокой склонностью к зависимости от коротких видео выявлена пониженная мощность фронтальной тета-активности при выполнении задач на исполнительный контроль, что указывает на скрытое снижение нейронной эффективности даже при внешне сохранном поведенческом выполнении [6].

Согласно ресурсной модели самоконтроля, когнитивные ресурсы, истощаемые длительным и частым потреблением коротких видео, — это те же конечные ресурсы, которые необходимы для использования эффективных метакогнитивных и ресурс-менеджментных стратегий. Это объясняет, почему студенты с высокой вовлечённостью в короткие видео демонстрируют более низкие общие показатели учебных, когнитивных и метакогнитивных стратегий.

Комплекс методических инструментов для диагностики.

Для комплексной оценки влияния TikTok на когнитивные способности студентов целесообразно сочетать нейропсихологические пробы, экспериментальные парадигмы и самоотчётные шкалы.

Оценка внимания и исполнительного контроля. Attention Network Test (ANT) позволяет раздельно оценить эффективность трёх сетей внимания — бдительности, ориентирования и исполнительного контроля — и широко апробирован на студенческих выборках. Тест Струпа (цвето-словесный вариант) применяется для измерения тормозного контроля; установлено, что после 10-минутной экспозиции коротких видео наблюдается удлинение времени реакции в неконгруэнтных условиях, отражающее снижение интерференционного торможения. Корректурная проба (например, тест Бурдона) и таблицы Шульте

традиционно используются для оценки концентрации, устойчивости и переключаемости внимания. Тест Мюнстерберга дополняет батарею оценкой избирательности внимания в условиях помех.

Оценка памяти. Методика «Оперативная память» А. Р. Лурия и методика заучивания 10 слов позволяют измерить объём кратковременной и оперативной памяти, а также динамику заучивания. Для оценки проспективной памяти — способности помнить и выполнять отложенное намерение — может быть использована экспериментальная парадигма с встроенными целевыми событиями, аналогичная процедуре Чиосси и др. [2]. N-back-парадигма применяется для нагрузки на рабочую память в сочетании с задачами на тормозный контроль.

Оценка самоконтроля и регуляторных способностей. Шкала контроля за действием Ю. Куля диагностирует склонность к самоконтролю versus ориентацию на действие в ситуациях реализации намерений. Опросник ССУ Н. М. Пейсахова оценивает общий уровень самоуправления, включая целеполагание, анализ ситуации и коррекцию деятельности. Для скрининга склонности к проблемному использованию коротких видео могут применяться адаптированные шкалы зависимости от социальных сетей, дополненные объективными метриками экранного времени (device-tracked screen time), что снижает риск ретроспективных искажений [5].

Оценка когнитивной нагрузки и субъективного состояния. Шкала когнитивной нагрузки (например, NASA-TLX) и краткие опросники умственной усталости позволяют фиксировать субъективное истощение после сессий скроллинга. Целесообразно также включать методику «Интеллектуальная лабильность» С. Н. Костромина для оценки скорости переключения и устойчивости к помехам.

С целью определения актуального уровня концентрации внимания студентов в 2026 году нами было проведено исследование. В выборку вошли обучающиеся первого и второго курсов педиатрического, лечебного и медико-профилактического факультетов Кемеровского государственного медицинского университета. В ходе опроса были отобраны студенты, предпочитающие просмотр коротких видео («шортсы», «рилсы» и т.д.). Возраст участников составил от 18 до 22 лет, общая численность выборки — 92 человека. В качестве инструмента оценки базовой скорости сенсомоторных реакций и исходного уровня концентрации в новой задаче использовалась методика Шульте, предназначенная для оценки характеристик внимания. Полученные данные представлены в таблице 1.

Таблица 1

Уровень концентрации внимания студентов:

Время	Количество	Процент
≤ 30 сек	27	29,3%
31–50 сек	55	59.8%
> 50 сек	10	10.9%

Заключение

Проведённый теоретический анализ и собственное эмпирическое исследование позволяют сформулировать ряд выводов относительно влияния коротких видеоформатов платформы TikTok на когнитивные способности студентов.

Накопленные к настоящему времени данные свидетельствуют о статистически устойчивой негативной связи между частотой потребления коротких видео и показателями когнитивного функционирования. Метааналитические обобщения, охватывающие десятки тысяч участников,

фиксируют умеренный по величине, но устойчивый отрицательный эффект (r = −0,34), наиболее выраженный в отношении внимания (r = −0,38) и тормозного контроля (r = −0,41). Это даёт основания рассматривать интенсивное использование коротких видео как значимый фактор риска для академической успеваемости и саморегуляции студентов.

Экспериментальные исследования демонстрируют, что эффект носит не только долгосрочный, но и немедленный характер: даже 30 минут просмотра ленты, аналогичной TikTok, нарушают проактивный когнитивный контроль, а прерывание задачи коротким видео снижает точность выполнения отложенного намерения с 80,00% до 49,02%. Электрофизиологические данные (снижение мощности фронтальной тета-активности) указывают на то, что скрытое снижение нейронной эффективности может присутствовать даже при внешне сохранном поведенческом выполнении задач, что делает проблему особенно актуальной для образовательной среды.

Наблюдаемые эффекты хорошо объясняются в рамках ресурсной модели самоконтроля: когнитивные ресурсы, истощаемые частым скроллингом, являются теми же конечными ресурсами, которые необходимы для эффективных метакогнитивных и ресурс-менеджментных стратегий учебной деятельности. Это объясняет, почему студенты с высокой вовлечённостью в короткие видео демонстрируют более низкие общие показатели учебных, когнитивных и метакогнитивных стратегий, а связь использования TikTok с когнитивными жалобами опосредуется симптомами депрессии и тревоги.

Результаты собственного исследования уровня концентрации внимания студентов Кемеровского государственного медицинского университета (n = 92, возраст 18–22 года) показали, что лишь у 29,3% участников время выполнения методики Шульте составило ≤ 30 сек, тогда как у 59,8% оно находилось в диапазоне 31–50 сек, а у 10,9% превышало 50 сек. Таким образом, у большинства

студентов, предпочитающих короткие видео, зафиксирован средний и низкий уровень концентрации внимания, что согласуется с литературными данными о негативном влиянии коротких видеоформатов на характеристики внимания.

Для комплексной диагностики когнитивных изменений у студентов целесообразно сочетать нейропсихологические пробы (ANT, тест Струпа, корректурная проба Бурдона, таблицы Шульте, тест Мюнстерберга), экспериментальные парадигмы оценки памяти (методика «Оперативная память» Лурия, заучивание 10 слов, N-back, парадигма проспективной памяти), самоотчётные шкалы самоконтроля и регуляторных способностей (шкала Куля, опросник ССУ Пейсахова), а также объективные метрики экранного времени, снижающие риск ретроспективных искажений.

Таким образом, совокупность имеющихся данных позволяет рассматривать интенсивное использование коротких видеоформатов как фактор, сопряжённый со снижением внимания, исполнительного контроля и проспективной памяти у студентов. Дальнейшие исследования должны быть направлены на уточнение причинно-следственных связей, определение критических порогов потребления (по предварительным данным — более 3,8 часов в день) и разработку программ профилактики и коррекции когнитивных нарушений в цифровой среде.

Источники и литература / Sources and references:

1. Aljadani, A. et al. Exploring social media’s platform-specific effects on cognitive functions: the mediating role of mental health using objective screen-time metric // Cogent Psychology. 2025. Vol. 12, № 1. DOI: 10.1080/23311908.2025.2596287.

2. Chiossi, F., Haliburton, L., Ou, C., Butz, A. M., Schmidt, A. Short-form videos degrade our capacity to retain intentions: Effect of context switching on prospective memory // Proceedings of the 2023 CHI Conference on Human Factors in Computing Systems. 2023. P. 1–15. DOI: 10.1145/3544548.3580778.

3. Lo, Y. et al. Swiping disrupts switching: Preliminary evidence for reduced cue-based preparation following short-form video exposure // Behavioral Sciences. 2025. Vol. 15, № 8. Art. 1070. DOI: 10.3390/bs15081070.

4. Nguyen, L., Walters, J., Paul, S., Monreal Ijurco, S., Rainey, G. E., Parekh, N., Blair, G., Darrah, M. Feeds, feelings, and focus: A systematic review and meta-analysis examining the cognitive and mental health correlates of short-form video use // Psychological Bulletin. 2025. Vol. 151, № 9. P. 1125–1146.

5. Yan, T., Su, C., Xue, W., Hu, Y., Zhou, H. Mobile phone short video use negatively impacts attention functions: An EEG study // Frontiers in Human Neuroscience. 2024. Vol. 18. Art. 1383913. DOI: 10.3389/fnhum.2024.1383913.

ВЛИЯНИЕ КОРОТКОГО ВИДЕОКОНТЕНТА НА САМООЦЕНКУ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ У ЛИЦ РАЗНОГО ВОЗРАСТА

Уогинтас А. А., Дорофеева А. С.
Кафедра поликлинической терапии
ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово
Научный руководитель — старший преподаватель К. Б. Мозес

Аннотация. Исследование 116 респондентов от 10 до 45 лет было направлено на изучение проблемы просмотра коротких видео как фактора риска нарушений психического здоровья. Результаты анкетирования выявили прямую связь экранного времени с четырьмя из шести симптомов, среди которых наиболее выражены недостаток сна и прокрастинация ($\rho = 0{,}32$; $p < 0{,}001$). Связь с тревогой при отсутствии доступа к контенту не достигла уровня значимости ($\rho = 0{,}12$; $p = 0{,}19$), что не позволяет рассматривать выявленные признаки как сформированное зависимое поведение. Описательное сравнение показало более высокие средние баллы у подростков.

Ключевые слова: короткий видеоконтент, проблемное использование, факторы риска, темпоральная диссоциация, прокрастинация, психическое здоровье.

THE IMPACT OF SHORT-FORM VIDEO CONTENT ON SELF-ASSESSMENT OF MENTAL HEALTH ACROSS DIFFERENT AGE GROUPS

Uogintas A. A., Dorofeeva A. S.
Department of Polyclinic Therapy
Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo
Supervisor: K.B. Mozes

Abstract. A study involving 116 respondents aged 10 to 45 examined the consumption of short-form videos as a potential risk factor for mental health issues. The survey results revealed a direct correlation between screen time and four out of six symptoms, with sleep deprivation and procrastination being the most pronounced ($\rho = 0.32$; $p < 0.001$). The association with anxiety experienced when unable to access such content did not reach statistical significance ($\rho = 0.12$; $p = 0.19$), suggesting that these observed signs do not necessarily constitute a fully developed addictive behavior. A descriptive comparison indicated higher mean scores among adolescents.

Keywords: short-form video content, problematic use, risk factors, temporal dissociation, procrastination, mental health.

Введение

В течение последнего десятилетия произошла трансформация структуры медиапотребления, ключевым признаком которой стало доминирование сверхкороткого видеоконтента с бесконечным скроллингом [8]. Согласно аналитическим отчетам, представители молодежи ежедневно взаимодействуют

с подобными платформами от 1,5 до 3 часов. Это свидетельствует о масштабном замещении традиционных медиаформатов новыми [5].

Проблема становится критической из-за роста интернет-зависимого поведения, которое российские специалисты рассматривают как самостоятельную проблему [3]. Злоупотребление цифровым контентом напрямую связано со многими нарушениями психики. Патологическое использование гаджетов ведет к негативным последствиям — от хронического утомления до снижения когнитивных способностей [2].

Стремительный рост популярности короткого видеоконтента подтверждает их негативное воздействие на психическое здоровье. Мета-анализ 58 исследований (n=96 676) выявил прямую связь этого контента с ростом уровней депрессии (r=0,24), тревоги (r=0,26) и стресса (r=0,41) [5]. Кроме того, масштабные данные в журнале Psychological Bulletin доказывают, что чрезмерное увлечение такими роликами снижает когнитивный контроль (r=−0,34) и ослабляет тормозные функции мозга (r = −0,41) [10].

В России феномен зависимости от коротких видео стал объектом научных дискуссий относительно недавно. Так, в работе К. В. Скворцова и К. Н. Курысева (2025) отмечается, что признаки такой цифровой аддикции характерны для значительной части студентов-юристов. Эти результаты полностью вписываются в рамки глобальных мировых тенденций в области медиапотребления [8].

Особую актуальность проблема приобретает в отношении подростков, которые уязвимы к цифровым зависимостям из-за незрелости префронтальной коры и высокой чувствительности к дофамину [5]. Работы С. С. Романовой и Е. В. Ишковой (2025) доказывают, что в условиях повсеместной цифровизации у детей 13–17 лет быстро закрепляются аддиктивные привычки. Это делает их ключевой группой риска, склонной к поведенческим нарушениям [7].

Цель работы оценить связь между временем просмотра коротких видео и субъективными признаками неблагополучия у лиц разного возраста.

Задачи исследования:

1. Провести анкетирование для измерения суточного экранного времени и самооценки выраженности отдельных признаков психического неблагополучия.
2. Установить характер и степень статистической взаимосвязи между длительностью просмотра медиаконтента и выраженностью.
3. Провести описательное сравнение полученных результатов в зависимости от возраста.

Материал и методы

Исследование проведено в период с марта по май 2026 года методом анонимного анкетирования. Объём выборки — 116 респондентов в возрасте от 10 до 45 лет (средний возраст — 24,3 ± 9,1 года). Распределение по возрасту представлено в таблице 1.

Таблица 1

Распределение респондентов по возрасту (n = 116)

Возрастная группа	Абс. (n)	Доля (%)
10–14 лет	33	28,4
15–18 лет	18	15,5
19–22 года	11	9,5
23–25 лет	8	6,9
26–29 лет	8	6,9
Старше 30 лет	38	32,8
Итого	116	100,0

Критерии включения: возраст от 10 лет, регулярное использование платформ с коротким видео, добровольное согласие. Критерии исключения: отказ от участия, заполнение анкеты менее чем на 80 %.

Разработали опросник состоявший из 18 вопросов, сгруппированных в четыре тематических блока: социально-демографические характеристики, шкала проблемного медиапотребления (6 пунктов), психологические триггеры вмести с когнитивными эффектами (5 пунктов) и блок психиатрического скрининга (4 пункта). Для оценки ответов респондентов применялась стандартная шкала Лайкерта.

Статистический анализ собранных данных выполнялся с помощью программного обеспечения Microsoft Excel. В качестве основного инструмента применялся коэффициент ранговой корреляции Спирмена (с учетом связанных рангов). Выбор непараметрического метода обусловлен порядковым типом переменных и отклонением распределения от нормального. Критический уровень значимости $p \leq 0,05$.

Результаты и обсуждение

Распределение респондентов по времени просмотра коротких видео представлено в таблице 2.

Таблица 2

Распределение респондентов по времени просмотра (n = 116)

Время просмотра	Абс. (n)	Доля (%)
Менее 30 мин	31	26,7
30 мин – 1 час	18	15,5
1-2 часа	25	21,6
2-4 часа	25	21,6
Более 4 часов	17	14,7
Итого	116	100,0

Таким образом, 36,3 % респондентов проводят за просмотром более 2 часов ежедневно.

Результаты корреляционного анализа представлены в таблице 3.

Таблица 3

Корреляции между временем просмотра и признаками психического неблагополучия (n = 116)

Признак	ρ Спирмена	p	Сила связи
Потеря счёта времени	0,28	0,002	Слабая
Чувство «украденного времени»	0,17	0,073	Незначимая
Усталость / опустошение	0,27	0,003	Слабая
Трудности чтения	0,26	0,005	Слабая
Прокрастинация/ нарушение сна	0,32	0,001	Умеренная
Тревога без доступа	0,12	0,19	Незначимая

Для четырёх из шести показателей выявлена статистически значимая слабая положительная связь с объёмом медиапотребления. Наиболее выражена связь для составного пункта «прокрастинация/нарушение сна» (ρ = 0,32; p = 0,001). Это согласуется с данными отечественных исследователей, показавших, что цифровые зависимости у студентов сопровождаются симптомом откладывания и снижением мотивации [4]. Однако поскольку пункт является составным, раздельный вклад прокрастинации и нарушения сна в полученную связь требует дальнейшего изучения.

Связь с потерей счёта времени (ρ = 0,28; p = 0,002) может рассматриваться как косвенное подтверждение феномена темпоральной диссоциации. В пользу этого свидетельствуют экспериментальные данные, согласно которым лица с проблемным медиапотреблением переоценивают длительность просмотра в 1,2–

1,5 раза по сравнению с реальным временем. Данный факт помогает объяснить механизмы формирования чрезмерной вовлечённости в цифровой контент [1, 11].

Отсутствие статистически значимой связи между временем просмотра и тревогой при отсутствии доступа ($\rho = 0,12$; $p = 0,19$) указывает на то, что в рамках используемого опросника признаки, сходные с синдромом отмены, не выявлены. Интенсивное потребление коротких видео мы можем рассматривать как потенциальный фактор риска, а не как заболевание [3].

Сравнительный анализ средних баллов по группам времени просмотра представлен в таблице 4.

Таблица 4

Средние баллы показателей по группам времени просмотра

Показатель	Менее 30 мин	30 мин–1 ч	1–2 ч	2–4 ч	Более 4 ч
Потеря счёта времени	2,06	2,61	2,44	2,72	2,88
Украденное время	1,77	2,39	2,28	2,52	2,59
Усталость	1,65	1,89	1,72	1,96	2,06
Трудности чтения	1,55	1,72	1,76	1,96	2,06
Откладывание дел	1,55	1,83	1,92	2,32	2,41
Тревога без доступа	1,42	1,56	1,48	1,72	1,82

С увеличением времени просмотра фиксируется рост средних значений по всем исследуемым показателям. Наиболее заметные изменения коснулись

откладывания дел (показатель вырос с 1,55 до 2,41) и потери счёта времени (с 2,06 до 2,88).

Результаты сравнения подростков (10–18 лет, n = 51) и взрослых (19 лет и старше, n = 65) представлены в таблице 5.

Таблица 5

Средние баллы показателей у подростков и взрослых

Показатель	Подростки (n=51)	Взрослые (n=65)	Разница
Потеря счёта времени	2,65	2,18	+0,47
Украденное время	2,45	1,94	+0,51
Усталость	2,10	1,66	+0,44
Трудности чтения	2,12	1,58	+0,54
Откладывание дел	2,35	1,68	+0,67
Тревога без доступа	1,78	1,42	+0,36

У подростков зафиксированы более высокие баллы по всем показателям, за исключением тревоги при отсутствии контента. Эти результаты согласуются с научными представлениями о высокой предрасположенности подросткового возраста к развитию поведенческих нарушений [7]. Полученные данные позволяют рассматривать подростков как группу внимания для профилактических мер.

На рисунке 1 представлены коэффициенты корреляции по всем симптомам.

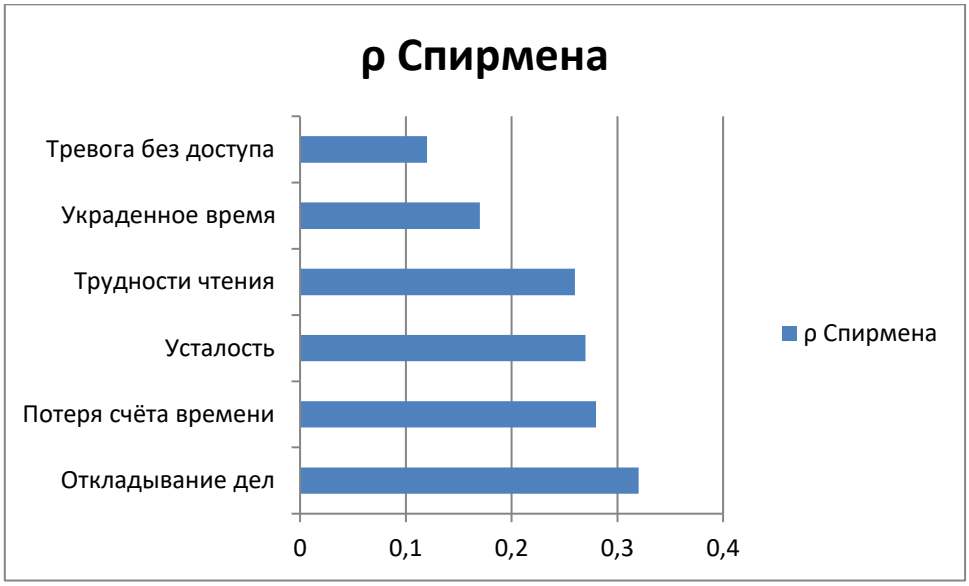


Рис. 1. Коэффициенты корреляции (ρ Спирмена) между временем просмотра и показателями

Результаты работы указывают на положительную связь выраженности самоотчётных признаков неблагополучия с экранным временем: при увеличении длительности просмотра описательно усиливаются прокрастинация, общая усталость и потеря контроля над временем. При этом отсутствие значимой связи между временем взаимодействия с контентом и тревогой при отсутствии доступа не подтверждает сформированного зависимого поведения по используемому инструменту. Пункт о тревоге при отсутствии доступа не является диагностическим критерием синдрома отмены, поэтому выводы ограничены рамками самоотчёта [10].

Резюмируя, отметим: проблемное использование коротких видеороликов респондентами пока не переросло в истинную зависимость. Основной вклад цифровое увлечение вносит в тайм-менеджмент и учебную мотивацию, не вызывая при этом неконтролируемого влечения. Наблюдаемые сдвиги носят пограничный характер [2, 4].

Заключение

Масштабное распространение новых цифровых форматов привело к тому, что традиционные медиа уступили позиции сверхкороткому видеоконтенту с непрерывным скроллингом. Вместе с тем данная поведенческая модель в изученной выборке не приобретает характера клинической патологии: связь с тревогой при отсутствии доступа к контенту не достигает уровня значимости ($\rho = 0,12$; $p = 0,19$).

В качестве основного неблагоприятного коррелята в работе выступает составной пункт «прокрастинация/нарушение сна», обнаруживший наиболее выраженную статистически значимую связь с экранным временем ($\rho = 0,32$; $p = 0,001$). Раздельный вклад прокрастинации и нарушения сна требует уточнения в дальнейших исследованиях.

Данные свидетельствуют о наличии феномена искажения восприятия времени у респондентов, но со специфическими особенностями. Показатель потери контроля над временем обнаруживает значимую связь ($\rho = 0,28$; $p = 0,002$), тогда как показатель переживания «украденного времени» не достигает критического уровня значимости ($\rho = 0,17$; $p = 0,073$). Выявленная возрастная специфика позволяет отнести подростков к группе внимания, поскольку данная выборка демонстрирует описательно более высокие средние баллы по всем изучаемым признакам, за исключением тревоги при отсутствии гаджетов.

Интенсивное потребление коротких видео следует рассматривать как потенциальный коррелят риска нарушений субъективного благополучия, не достигший степени диагностируемого заболевания и требующий профилактических и психогигиенических мер.

Источники и литература / Sources and references:

1. Ардисламов, В. В. Адаптация русскоязычной версии опросника страха упущенных возможностей / В. В. Ардисламов, П. Р. Кляхина, Э. Р. Шаипова // Психологические исследования. 2024. Т. 17, № 96.

2. Егоров, А. Ю. Клинико-психопатологические особенности лиц с интернет-зависимостью: опыт пилотного исследования / А. Ю. Егоров, С. В. Гречаный, Н. А. Чупрова [и др.] // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 2020. Т. 120, № 3. С. 13–18.

3. Максименко, А. А. Без смартфона как без рук? Номофобия, прокрастинация и академическая мотивация: адаптация русскоязычного опросника номофобии и анализ цифровых зависимостей студентов / А. А. Максименко, А. А. Золотарева, С. В. Курапов, А. С. Курапова // Высшее образование в России. 2025. Т. 34, № 8–9. С. 93–113.

4. Менделевич, В. Д. Психология девиантного поведения : учеб. пособие / В. Д. Менделевич. СПб. : Речь, 2019. 445 с.

5. Николаева, Е. И. Психофизиология цифровой зависимости : учеб. пособие / Е. И. Николаева, В. Г. Каменская. М. : Юрайт, 2023. 312 с.

6. Короленко, Ц. П. Интернет-зависимость в русскоязычном секторе Интернета / Ц. П. Короленко, В. А. Лоскутова // Бюллетень Сибирского отделения Российской академии медицинских наук. 2004. Т. 24, № 3. С. 45–51.

7. Романова, С. С. Особенности формирования интернет-зависимого поведения у подростков 13–17 лет в условиях тотальной цифровизации 2024–2025 гг. / С. С. Романова, Е. В. Ишкова // Современный образовательный процесс: актуальные вопросы, инновации, качество : сб. тр. конф. 2025. С. 112–118.

8. Скворцов, К. В. Исследование зависимости от просмотра коротких видеороликов среди обучающихся юридических вузов города Владимира / К. В. Скворцов, К. Н. Курысев // Письма в Эмиссия.Оффлайн. 2025. № 6. С. 3545.

9. Tang, D. Association Between Short-Form Video Use and Mental Health: Systematic Review and Meta-Analysis / D. Tang, X. Zhang, P. Gou [et al.] // Journal of Medical Internet Research. 2026. Vol. 28, № 3. P. E82503.

10. Nguyen, L. Feeds, Feelings, and Focus: A Systematic Review and Meta-Analysis Examining the Cognitive and Mental Health Correlates of Short-Form Video Use / L. Nguyen, J. Walters, S. Paul [et al.] // Psychological Bulletin. 2025. Vol. 151, № 9. P. 1125–1146.

11. Yang, Y. Time Distortion for Short-Form Video Users / Y. Yang // Computers in Human Behavior. 2023. Vol. 151. P. 108009.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ И ВОССТАНОВЛЕНИЯ ДЕТЕЙ ПОСЛЕ ПЕРЕЖИВАНИЯ ЧРЕЗВЫЧАЙНОЙ СИТУАЦИИ НА ПРИМЕРЕ ПОЖАРА В ТОРГОВО-РАЗВЛЕКАТЕЛЬНОМ ЦЕНТРЕ «ЗИМНЯЯ ВИШНЯ»: НАРРАТИВНЫЙ ОБЗОР

Холзенева Е. Я.

Кафедра клинической психологии

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

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

Аннотация. В статье рассматриваются особенности психологической адаптации и восстановления детей, переживших чрезвычайную ситуацию техногенного характера. В качестве примера взят пожар в кемеровском торгово-развлекательном центре «Зимняя вишня», произошедший 25 марта 2018 года. Цель исследования заключается в выявлении характерных черт посттравматических переживаний у несовершеннолетних и описании подходов,

которые помогают им вернуться к нормальной жизни. Для решения задачи привлекаются данные научной литературы, сведения об организации помощи пострадавшим и результаты сравнительного анализа с другими массовыми трагедиями. Показано, что своевременная комплексная помощь, включающая работу с ребёнком, семьёй и социальной средой, существенно снижает риск хронификации посттравматических расстройств и способствует восстановлению адаптивных ресурсов. Результаты имеют значение для совершенствования системы экстренной и отсроченной психологической помощи детям в условиях чрезвычайных ситуаций.

Ключевые слова: психологическая адаптация детей, чрезвычайная ситуация, посттравматическое стрессовое расстройство, пожар в «Зимней вишне», психологическая реабилитация, экстренная психологическая помощь.

FEATURES OF PSYCHOLOGICAL ADAPTATION AND RECOVERY OF CHILDREN AFTER EXPERIENCING AN EMERGENCY SITUATION, USING THE EXAMPLE OF A FIRE AT THE ZIMNYAYA VISHNY TRADE AND ENTERTAINMENT CENTER

Kholzeneva E.Ya.
Department of Clinical Psychology
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Scientific Supervisor- Yanko E.V.

Abstract. The article examines the features of psychological adaptation and recovery in children who have experienced a man-made emergency. The fire at the Kemerovo shopping and entertainment center “Winter Cherry,” which occurred on March 25, 2018, is used as an example. The aim of the study is to identify the characteristic features of post-traumatic experiences in minors and to describe the approaches that help them return to a normal life. To address the task, the study draws on data from scientific literature, information about the organization of assistance to victims, and the results of a comparative analysis with other mass tragedies. It has been

shown that timely comprehensive assistance, which includes work with the child, the family, and the social environment, significantly reduces the risk of chronic post-traumatic disorders and contributes to the restoration of adaptive resources. The results are important for improving the system of emergency and delayed psychological assistance for children in emergency situations.

Keywords: psychological adaptation of children, emergency situation, post-traumatic stress disorder, fire in “Winter Cherry”, psychological rehabilitation, emergency psychological assistance.

Введение

Когда происходит крупная техногенная катастрофа с человеческими жертвами, сильнее всего страдает детская психика. У ребёнка ещё не сформированы устойчивые способы совладания со стрессом, поэтому угроза жизни, гибель близких или даже простое присутствие в зоне бедствия способны надолго нарушить эмоциональное равновесие. В таких условиях легко возникают острые стрессовые реакции, а при неблагоприятном развитии событий полноценное посттравматическое стрессовое расстройство и стойкие трудности адаптации.

Пожар, вспыхнувший 25 марта 2018 года в торгово-развлекательном центре «Зимняя вишня» в Кемерово, относится к числу наиболее тяжёлых техногенных происшествий последних лет в России. Огонь унёс жизни шестидесяти человек, среди которых оказались сорок один ребёнок. Затянувшаяся эвакуация, вызванная нарушениями норм пожарной безопасности, а также задержки с опознанием погибших усилили психологическое давление на всех, кто оказался связан с этой трагедией [2, С. 1385].

Изучение того, как именно дети справлялись с последствиями этой катастрофы и какие формы помощи оказались наиболее действенными, остаётся актуальной задачей. В теоретическом плане работа опирается на исследования

Н.В. Тарабриной, подробно описавшей своеобразие посттравматического стресса в детском возрасте [8, С. 210–225], а также на практический опыт А.Л. Венгера и Е.И. Морозовой, накопленный при сопровождении детей после теракта в Беслане [1, С. 15–28]. Этот опыт сохраняет ценность и при работе с жертвами техногенных бедствий.

Объекты и методы исследования

В центре внимания находятся особенности возвращения детей к психологическому благополучию после пережитой техногенной чрезвычайной ситуации. Конкретным предметом анализа стали проявления посттравматических реакций и пути восстановления у несовершеннолетних, так или иначе затронутых пожаром в «Зимней вишне».

Методологически исследование строится на системном взгляде на психические последствия экстремальных событий, на отечественной концепции посттравматического стресса и на представлениях о возрастных различиях в переживании травмы. Применялись теоретический разбор научных публикаций, обобщение сведений об организации медико-психологической помощи пострадавшим и сопоставление полученных данных с материалами, собранными после других массовых трагедий.

Источниками послужили работы, непосредственно описывающие помощь после кемеровского пожара [2, С. 1384–1387], монографии и практикумы по посттравматическому стрессу [8, С. 180–230; 9, С. 45–67], а также методические разработки, посвящённые психологической поддержке детей в чрезвычайных ситуациях [1, С. 30–55; 5].

Результаты и их обсуждение

То, как ребёнок реагирует на катастрофу, зависит от нескольких ключевых обстоятельств. Имеют значение его возраст, степень личной вовлечённости (был ли он внутри горящего здания, потерял ли родных, видел ли гибель других

людей), наличие физических повреждений, надёжность поддержки со стороны взрослых и предшествующий жизненный опыт. Н.В. Тарабрина отмечает, что у детей картина посттравматического стресса заметно отличается от взрослой: на первый план выходят нарушения сна и кошмары, навязчивые образы происшедшего, возврат к более ранним формам поведения, жалобы соматического характера, повышенная тревога и бурные реакции на любые напоминания о травме [8, С. 215–218].

Сразу после пожара в «Зимней вишне» была развёрнута широкая система медико-психологической поддержки. По сведениям А.С. Горчаковой и С.И. Антонова, специалисты приняли более пятисот обращений от взрослых и детей. В первые дни к работе привлекались сотрудники психиатрических учреждений Кемеровской области. Среди зафиксированных состояний преобладали реакции горя, тревожно-депрессивные проявления, отдельные случаи повышенной тревожности, депрессии и посттравматического стрессового расстройства. Симптоматика носила смешанный характер и отличалась устойчивостью [2, С. 1386].

Даже в самых тяжёлых ситуациях дети способны сохранять контакт с реальностью, если рядом находятся подготовленные специалисты. Показателен пример одиннадцатилетнего мальчика, которого отец успел вытолкнуть из окна горящего здания. Когда психологи сообщили ему о гибели родителей и сестры, он заплакал, однако не замкнулся, а начал расспрашивать, где теперь будет жить. Главный подростковый психиатр Москвы А.А. Портнова подчёркивала, что поддержка нужна не только самому ребёнку, но и родственникам, которые часто не решаются сказать правду из страха перед его реакцией [6].

Своевременность вмешательства играет решающую роль. Е.И. Морозова указывает: в первые часы и дни после травмы задача психолога состоит в быстрой коррекции самых острых проявлений — нормализации сна и питания,

восстановлении обычного уровня активности, снятии сильных страхов, навязчивых воспоминаний, тревоги и депрессивных эпизодов [5]. При этом помощь должна одновременно охватывать самого ребёнка, его семью и ближайшую социальную среду.

С дошкольниками и младшими школьниками лучше всего работают невербальные методы. Игровая, арт- и сказкотерапия, а также куклотерапия дают ребёнку возможность выразить то, что трудно сказать словами, и символически пережить травматический опыт. Поскольку ведущей деятельностью в этом возрасте остаётся игра, именно через неё открывается путь к переработке случившегося [1, С. 72–85]. С подростками эффективнее индивидуальное консультирование, групповую работу, развитие навыков саморегуляции и переосмысление произошедшего.

Даже после завершения острой фазы многие дети продолжают нуждаться в поддержке. У части выживших на протяжении месяцев и лет сохранялись панические приступы, страх больших помещений и торговых центров, расстройства сна. Риск перехода острых реакций в хроническую форму возрастает, если рядом нет стабильного взрослого, если ребёнок снова сталкивается с травмирующими напоминаниями (судебные заседания, постоянное внимание СМИ) или если социальная поддержка оказывается недостаточной. Напротив, сохранение привычного распорядка дня, присутствие значимых близких и доступность квалифицированной помощи существенно повышают шансы на восстановление [9, С. 112–120].

Сопоставление с опытом работы после Бесланской трагедии позволяет выделить несколько универсальных правил. Помощь нужно начинать как можно раньше. Необходимо работать не только с самим ребёнком, но и с его семьёй. Методы должны соответствовать возрасту. Следует создавать атмосферу безопасности и постепенно переходить от экстренных мер к длительной

реабилитации. Эти принципы остаются действенными и при сопровождении детей, переживших техногенные катастрофы, подобные пожару в «Зимней вишне» [1, С. 40–52; 3].

Психологическая помощь должна быть максимально близка к месту событий и охватывать как можно больше пострадавших детей и их родных. В отдалённом периоде на первый план выходят регулярные занятия, помогающие восстановить ощущение безопасности, освоить конструктивные способы совладания со стрессом и включить травматический опыт в целостную картину собственной жизни [4, С. 48–55; 10].

Заключение

Анализ материалов, связанных с пожаром в торгово-развлекательном центре «Зимняя вишня», позволяет сформулировать несколько положений. Прежде всего, техногенная катастрофа, сопровождающаяся массовой гибелью людей, наносит глубокий удар по психике детей и подростков. Реакции варьируются от кратковременных острых состояний до длительных посттравматических расстройств и серьёзных трудностей адаптации.

Успех восстановления зависит от сочетания нескольких условий. Решающее значение имеют быстрота и качество профессиональной помощи, сохранение надёжных отношений с близкими взрослыми, стабильность повседневной жизни и соответствие используемых методов возрасту ребёнка.

Опыт организации медико-психологической поддержки после кемеровской трагедии подтверждает ценность системного подхода. Он предполагает экстренную помощь в первые часы и дни, последующую длительную реабилитацию и обязательную работу с семейным окружением. Обобщение этого опыта может служить ориентиром при совершенствовании помощи несовершеннолетним, оказавшимся в зоне любых чрезвычайных ситуаций.

Дальнейшие исследования целесообразно направить на изучение отдалённых последствий массовых техногенных катастроф для психического здоровья детей, а также на разработку и проверку дифференцированных реабилитационных программ, учитывающих возраст, характер травмы и особенности семейной ситуации.

Источники и литература / Sources and references:

1. Венгер А.Л., Морозова Е.И. Психологическая помощь детям и подросткам после Бесланской трагедии. Владимир: Транзит-ИКС, 2009.150 с.

2. Горчакова А.С., Антонов С.И. Пожар в торгово-развлекательном центре «Зимняя вишня». Опыт оказания медико-психологической помощи // Актуальные вопросы современной медицинской науки и здравоохранения: сборник статей IX Международной научно-практической конференции молодых учёных и студентов. Т. 2. Екатеринбург, 2024. С. 1384–1387.

3. Ерёмина Л.Ю. Система социально-психологической работы с детьми, переживающими последствия чрезвычайных ситуаций // Современные проблемы науки и образования. 2015. № 1.

4. Организация и оказание экстренной психологической помощи детям, пострадавшим в чрезвычайных ситуациях // Вестник Московского университета. Серия 14. Психология. 2018. № 3. С. 45–58.

5. Морозова Е.И. Психологическая помощь детям и подросткам в чрезвычайных ситуациях (на опыте работы с жертвами террористического акта в Беслане) // Психологическая газета. 2017.

6. Портнова А.А. Оказание психологической помощи ребёнку, пережившему утрату семьи при пожаре в ТРЦ «Зимняя вишня» (по материалам интервью) // РИА Новости. 30.03.2018.

7. Рыбников В.Ю., Цуциева Ж.Ч. Психологический статус детей и подростков, жертв террористического акта, в отдалённом периоде после

психотравмы // Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. 2010. № 3.

8. Тарабрина Н.В. Психология посттравматического стресса: интегративный подход: монография. М.: Институт психологии РАН, 2009. 304 с.

9. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб.: Питер, 2001. 272 с.

10. Шрамова Ю.А. Психологическая помощь детям после ЧС // Психологическая газета. 10.08.2017.

АДАПТИВНАЯ КИНЕЗИТЕРАПИЯ В МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МОЗГА: ОБЗОР СОВРЕМЕННЫХ ПОДХОДОВ

Шатобалов Я. И, Дутченко А. П.

Кафедра неврологии, нейрохирургии, медицинской генетики и медицинской реабилитации

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

Научный руководитель – д-р мед. наук, доцент А. А. Марцияш

Аннотация. В статье рассмотрены современные подходы к применению адаптивной кинезитерапии (АК) в медицинской реабилитации пациентов с инфарктом мозга. Обоснована актуальность фенотип-ориентированной реабилитации, учитывающей патобиомеханические особенности двигательных нарушений. Проанализированы нейрофизиологические механизмы метода, включающие активацию нейропластичности и восстановление привычных двигательных образов. Представлены данные клинических исследований эффективности АК при различных патобиомеханических фенотипах инфаркта мозга, а также результаты сравнительной оценки роботизированных и традиционных подходов.

Ключевые слова: Инфаркт мозга; адаптивная кинезитерапия; медицинская реабилитация; патобиомеханический фенотип; нейропластичность; двигательные нарушения.

ADAPTIVE KINESITHERAPY IN MEDICAL REHABILITATION OF PATIENTS WITH CEREBRAL INFARCTION: A REVIEW OF MODERN APPROACHES

Shatobalov Ya. I., Dutchenko A. P.
Department of Neurology, Neurosurgery, Medical Genetics and Medical Rehabilitation
Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo
Scientific supervisor –Martsiyash A. A.

Abstract. The article considers modern approaches to the use of adaptive kinesitherapy (AK) in medical rehabilitation of patients with cerebral infarction. The relevance of phenotype-oriented rehabilitation, taking into account pathobiomechanical features of motor disorders, is substantiated. The neurophysiological mechanisms of the method are analyzed, including activation of neuroplasticity and restoration of habitual motor patterns. Data from clinical studies of AK effectiveness in various pathobiomechanical phenotypes of cerebral infarction are presented, as well as the results of a comparative evaluation with other rehabilitation technologies.

Keywords: Cerebral infarction; adaptive kinesitherapy; medical rehabilitation; pathobiomechanical phenotype; neuroplasticity; motor disorders.

Введение

Инфаркт мозга остаётся одной из ведущих причин стойкой утраты трудоспособности во всём мире, а восстановление двигательных функций является первоочередной задачей реабилитационных вмешательств. Согласно

клиническим рекомендациям, инфаркт мозга определяется как некроз клеток мозга, вызванный ишемией, тогда как ишемический инсульт — это клинический синдром, обусловленный очаговым инфарктом мозга. Стандартные программы реабилитации, основанные на общих принципах физической терапии, не всегда обеспечивают достаточное восстановление, что определяет необходимость персонализированных подходов [1].

Адаптивная кинезитерапия (АК) — метод роботизированной реабилитации, разработанный в Белорусской медицинской академии последипломного образования, направленный на восстановление и программирование привычных двигательных паттернов. АК объединяет пациента, программу индивидуального подбора реабилитационной схемы и кинезиотерапевтический аппарат в единую экосистему для программирования образов привычных движений по всем физиологическим направлениям. Метод основан на выделении патобиомеханических фенотипов (ПБФ) заболевания, что позволяет персонализировать реабилитационную программу [2].

Цель настоящей работы — обобщить данные о роли адаптивной кинезитерапии в медицинской реабилитации пациентов с инфарктом мозга, проанализировать нейрофизиологические механизмы и клиническую эффективность метода.

Материалы и методы

Настоящая работа выполнена в формате аналитического обзора современной научной литературы. Поиск проводился в базах данных PubMed, Scopus, eLibrary за период 2020–2025 гг. с использованием ключевых слов: инфаркт мозга, адаптивная кинезитерапия, медицинская реабилитация, патобиомеханический фенотип, нейропластичность, двигательные нарушения. Приоритет отдавался рандомизированным контролируемым исследованиям, систематическим обзорам и диссертационным работам по изучаемой проблеме.

В качестве ключевых источников включены работы Лукашевича В.А. по разработке и клинической валидации метода АК.

Основная часть

Концепция адаптивной кинезитерапии и патобиомеханические фенотипы. Адаптивная кинезитерапия основана на выделении патобиомеханических фенотипов инфаркта мозга, отражающих специфические варианты нарушений адаптивной кинематики. В диссертационном исследовании Лукашевича В.А. (2024) разработана классификация моторных нарушений при инфаркте мозга на основе особенностей адаптивной кинематики с выделением степеней тяжести от минимальной (Ia) до крайне выраженной (IIIb) . Данный подход позволяет не только объективизировать тяжесть нарушений, но и подбирать индивидуализированные реабилитационные программы [3].

Экосистема АК включает роботизированный кинезиотерапевтический аппарат, предназначенный для восстановления двигательных и координаторных нарушений в нейрореабилитации. Метод направлен на восстановление привычных двигательных образов посредством программированных движений по всем физиологическим направлениям, что отличает его от традиционной лечебной физкультуры, ориентированной на отдельные мышечные группы или движения [4].

Клиническая эффективность. В исследовании Лукашевича В.А. и соавт. (2023), опубликованном в «Медицинском журнале», оценивалась клиническая эффективность АК у 107 пациентов с инфарктом мозга, получавших комплексную терапию с добавлением нового метода (группа «О», n=57), в сравнении с контрольной группой (группа «Р», n=50), получавшей стандартное лечение. Патобиомеханические фенотипы (ПБФ 1, 2, 3) отражают различные варианты нарушений адаптивной кинематики, выделенные на основе особенностей двигательного стереотипа. Установлено, что применение

адаптивной кинезитерапии статистически значимо повышает эффективность комплексной терапии у пациентов с патобиомеханическим фенотипом 1 — отношение шансов (ОШ) 5,1; 95% доверительный интервал (ДИ) 1,17–22,51 ($p < 0,02$); фенотипом 2 — ОШ 8,1; 95% ДИ 1,15–55,61 ($p < 0,02$); фенотипом 3 — ОШ 7,71; 95% ДИ 1,76–33,72 ($p < 0,003$). Отношение шансов показывает, во сколько раз шанс благоприятного исхода в группе вмешательства выше, чем в контрольной группе; поскольку все доверительные интервалы не включают единицу, результаты статистически значимы. Вместе с тем широкие доверительные интервалы (особенно для фенотипа 2 — до 55,61) указывают на ограниченную точность оценок, обусловленную небольшим объёмом выборки (n=107). Эти данные указывают на дифференцированный эффект АК в зависимости от исходного биомеханического профиля пациента, что подтверждает целесообразность фенотип-ориентированного подхода [5].

Нейрофизиологические механизмы. Нейрофизиологическая основа АК связана с активацией нейропластичности. Считается, что восстановление нарушенных функций после инфаркта мозга происходит за счёт активации нейропластических процессов, а АК создаёт условия для формирования новых двигательных программ на основе «образов привычных движений», заложенных в методе. В отличие от традиционных подходов, ориентированных на компенсаторные стратегии, АК направлена на восстановление физиологического паттерна движения, что может способствовать более полному функциональному восстановлению [6].

Применение роботизированных систем в АК обеспечивает контролируемое, повторяемое и дозированное движение, что является необходимым условием двигательного обучения. Однако следует отметить, что конкретные молекулярные и клеточные механизмы АК (изменения уровня BDNF, синаптическая пластичность, корковая реорганизация) в доступной

литературе детально не изучены, что является ограничением доказательной базы метода [7].

Сравнение с другими подходами. В современной реабилитации пациентов с инфарктом мозга применяются различные технологии: роботизированная тренировка ходьбы, виртуальная реальность, электрическая и магнитная стимуляция, тренировка с подвесными системами и другие. Систематический обзор и метаанализ тренировки с подвесными системами (23 исследования, 922 участника) показал значительное улучшение функции равновесия, двигательной функции нижних конечностей и способности к ходьбе, но не активности повседневной жизни или теста 6-минутной ходьбы. Сетевой метаанализ методов стимуляции (34 исследования, 1476 пациентов) продемонстрировал преимущество нервно-мышечной электрической стимуляции в сочетании с повторяющейся периферической магнитной стимуляцией для функции верхних конечностей (средняя разница 14,69; 95% ДИ 9,94–19,45) по сравнению с обычной реабилитацией [8].

В отличие от этих подходов, АК позиционируется как комплексный метод роботизированной реабилитации, основанный на фенотип-ориентированном программировании двигательных паттернов. Однако прямые сравнительные исследования АК с другими высокотехнологичными методами реабилитации (виртуальная реальность, электрическая стимуляция) в доступной литературе отсутствуют, что ограничивает возможность определения её места в иерархии реабилитационных технологий [9].

Практические аспекты и ограничения. Для эффективного внедрения АК в клиническую практику необходимо определение патобиомеханического фенотипа пациента, что требует соответствующего диагностического оборудования и подготовленных специалистов. Метод разработан и валидирован преимущественно в Республике Беларусь, что может ограничивать его

экстраполяцию на другие системы здравоохранения. Стоимость и доступность роботизированных кинезиотерапевтических аппаратов также являются барьерами для широкого внедрения. Тем не менее, фенотип-ориентированный подход, лежащий в основе АК, представляется концептуально ценным независимо от конкретной используемой технологии [10].

Заключение

Адаптивная кинезитерапия является инновационным методом роботизированной реабилитации пациентов с инфарктом мозга, основанным на выделении патобиомеханических фенотипов и программировании привычных двигательных образов. Имеющиеся данные указывают на клиническую эффективность АК при различных фенотипах двигательных нарушений, с повышением эффективности комплексной терапии и отношениями шансов от 5,1 до 8,1 в зависимости от фенотипа . Однако доказательная база метода ограничена небольшим числом независимых исследований, проведённых преимущественно разработчиками метода. Необходимы дальнейшие исследования, включая сравнительные работы с другими реабилитационными технологиями и изучение нейрофизиологических механизмов, для определения места АК в стандартных протоколах медицинской реабилитации пациентов с инфарктом мозга.

Источники и литература / Sources and references:

1. Лукашевич, В. А. Адаптивная кинезитерапия в медицинской реабилитации пациентов с инфарктом мозга : автореф. дис. ... д-ра мед. наук / В. А. Лукашевич. Минск, 2024. 42 с.

2. Zhang, W. Effects of Sling Exercise Training on Walking Ability and Balance Function in Patients With Stroke: A Systematic Review and Meta-Analysis / W. Zhang [et al.] // Nursing & Health Sciences. 2025. Vol. 27, No. 4. Art. e70271.

3. Лукашевич, В. А. Адаптивная кинезитерапия пациентов с инфарктом головного мозга / В. А. Лукашевич // Медицинские новости. 2023. № 3. С. 61–66.

4. Keesukphan, A. Effects of electrical and magnetic stimulation on upper extremity function after stroke: A systematic review and network meta-analysis / A. Keesukphan [et al.] // PM&R. 2025. Vol. 17, No. 8. P. 978–993.

5. Лукашевич, В. А. Адаптивная кинезитерапия в медицинской реабилитации пациентов с инфарктом мозга : дис. ... д-ра мед. наук / В. А. Лукашевич. Минск, 2023. 262 с.

6. Полянская, В. В. Эффективность современных методик реабилитации после инфаркта головного мозга / В. В. Полянская, М. С. Варытаев, А. Э. Кардашева [и др.] // Клиническая медицина. 2024.

7. Seo, J. W. The Effects of Vibration Therapy on Activities of Daily Living After Stroke: A Systematic Review and Meta-Analysis / J. W. Seo [et al.] // Journal of Clinical Medicine. 2025. Vol. 14, No. 21. Art. 7682.

8. Kuipers, J. A. Post-Stroke Rehabilitation: Neurophysiology Processes of Bilateral Movement Training and Interlimb Coupling-A Systematic Review / J. A. Kuipers [et al.] // Journal of Clinical Medicine. 2025. Vol. 14, No. 11. Art. 3757.

9. Nartea, R. Toward Precision Post-Stroke Rehabilitation Medicine: Integrating Molecular, Imaging, and Computational Biomarkers for Functional Outcome Prediction / R. Nartea [et al.] // Journal of Clinical Medicine. 2025. Vol. 14, No. 22. Art. 8077.

10. McCartney, K. M. Matching Clinical Profiles with Interventions to Optimize Daily Stepping in People with Stroke / K. M. McCartney, R. T. Pohlig, A. Miller [et al.] // Physical Therapy. 2025. Vol. 105, No. 5. Art. pzaf070.

ЭМОЦИИ КАК ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС: ТЕОРИИ, ФУНКЦИИ, СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ

Штоль В. В.
Кафедра клинической психологии
ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово
Научный руководитель – канд. психол. наук, доцент Е. В. Валиуллина

Аннотация. В данной работе рассматриваются эмоции как особый класс психических процессов, отражающих субъективное оценочное отношение человека к значимым событиям и ситуациям. Анализируются основные теоретические подходы к изучению эмоций: от классических теорий Джеймса–Ланге и Кеннона–Барда до современных когнитивных и конструктивистских моделей. Приводятся классификации эмоций, их функции и компонентная структура. Представлены результаты анкетирования студентов, направленного на изучение отношения к эмоциям и способов их регуляции.

Ключевые слова: психология, эмоции, эмоциональные процессы, теории эмоций, функции эмоций, классификация эмоций, регуляция эмоций.

EMOTIONS AS A PSYCHOLOGICAL PROCESS: THEORIES, FUNCTIONS, MODERN APPROACHES

Shtol V. V.
Department of Clinical Psychology
Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo
Scientific supervisor –Valiullina E. V.

Abstract. This paper examines emotions as a distinct class of mental processes that reflect an individual’s subjective, evaluative attitude toward significant events and situations. It analyzes key theoretical approaches to the study of emotions -ranging from classic theories, such as those of James–Lange and Cannon–Bard, to

contemporary cognitive and constructivist models-and outlines various classifications of emotions, their functions, and their component structure. Additionally, the paper presents the results of a survey conducted among students, which explored their attitudes toward emotions and the methods they use to regulate them.

Keywords: psychology, emotions, emotional processes, theories of emotion, functions of emotions, classification of emotions, emotion regulation.

Введение

Эмоции сопровождают человека на протяжении всей его жизни, пронизывая каждое действие, мысль и решение. Радость и печаль, страх и гнев, удивление и интерес – эти и многие другие переживания составляют неотъемлемую часть человеческого существования, определяя качество жизни, характер социальных взаимодействий и эффективность деятельности. Проблема изучения эмоций является одной из ключевых в современной психологической науке, поскольку именно эмоциональная сфера во многом определяет адаптивные возможности личности, ее способность справляться со стрессом и выстраивать гармоничные отношения с окружающим миром.

Актуальность данной темы обусловлена возрастающим интересом к эмоциональной сфере человека в условиях современного мира, характеризующегося высоким уровнем стрессогенности, информационной перегрузки и социальной нестабильности. Как точно заметил американский психолог Кэррол Изард, один из создателей теории дифференциальных эмоций, эмоции – это «нечто, что переживается как чувство, которое мотивирует, организует и направляет восприятие, мышление и действия» [7]. Эта формулировка как нельзя лучше отражает суть эмоциональных процессов – их интегративную роль в психической жизни человека.

Объекты и методы исследования

Целью данной работы является анализ теоретических основ и современных представлений об эмоциях как психологическом процессе, определение их структуры, функций и места в системе психических явлений. Для достижения цели необходимо решить следующие задачи: рассмотреть основные понятия и принципы изучения эмоций, проанализировать классические и современные теории эмоций, охарактеризовать функции эмоциональных процессов и выявить перспективные направления их исследования. Дополнительно была поставлена эмпирическая задача – изучить отношение студентов к эмоциям и способам их регуляции с помощью авторской анкеты. В анкетировании приняли участие 30 респондентов студентов вуза в возрасте от 18 до 24 лет. Средний возраст участников составил 20,6 года, медиана 20,5. Распределение по полу: женщины 63,3%; мужчины 36,7%. Распределение по роду деятельности: учеба 56,7%; учеба и работа 6,7%; работа 11,7%; другое 5,0%. Выборка является студенческой (удобная выборка учащихся вуза). Опрос проводился анонимно, в групповой форме, в течение 5-7 минут. Обработка данных осуществлялась методами описательной статистики (частоты, проценты, средние значения) и качественного анализа открытых ответов. В связи с малым объемом выборки и использованием авторской нестандартизированной анкеты результаты рассматриваются как предварительные.

Результаты и их обсуждения

Для эмпирической проверки теоретических положений была разработана авторская анкета «Эмоции как психологический процесс», включающая пять блоков. Первый блок посвящен общим сведениям о респонденте (возраст, пол, род деятельности). Второй блок направлен на изучение отношения к эмоциям: частота размышлений о собственных эмоциях, согласие с утверждением, что эмоции отражают личное отношение человека к событиям, а не сами события, а

также понимание различия между эмоцией и чувством. Третий блок раскрывает проявление эмоций: допустимость эмоции без телесных изменений, согласие с гипотезой Джеймса-Ланге, примеры зависимости эмоции от оценки ситуации и способы распознавания эмоций других людей. Четвертый блок касается функций эмоций: их роли в жизни респондента и согласия с компенсаторной функцией эмоций. Пятый блок посвящен регуляции эмоций: самооценке умения управлять эмоциями, способам совладания с негативными переживаниями и отношению к технологиям виртуальной реальности и биологической обратной связи. Анкета включала как закрытые вопросы с вариантами ответов, так и открытые вопросы, предполагающие свободную форму ответа. По шкале самооценки регуляции эмоций использовалась пятибалльная шкала, где 1 означало «совсем нет», а 5 «полностью»; полученные средние баллы интерпретировались как низкий (1,0-2,4), средний (2,5-3,4) или высокий (3,5-5,0) уровень.

Отношение к эмоциям. Частота размышлений о своих эмоциях: «постоянно» 6,7%; «довольно часто» 38,3%; «иногда» 43,3%; «почти никогда» 11,7%. Таким образом, около 80% участников в той или иной степени рефлексируют свои эмоциональные состояния. Согласие с утверждением, что эмоции отражают отношение человека к событиям, а не сами события: согласны (полностью + скорее) 73,3%; не согласны 6,7%; затрудняются 20,0%. В открытых ответах о различии эмоции и чувства типичными были формулировки: «эмоция как короткая вспышка, чувство – длительное состояние»; «эмоция телесна и ситуативна, чувство устойчиво и осознанно». Почти все респонденты опирались на критерий длительности, что дает материал для качественного анализа.

Проявление эмоций. Допустимость эмоции без телесных изменений: допускают («да» + «скорее да») 43,4%; отрицают 56,6%. Согласие с гипотезой Джеймса–Ланге («сначала плачем, потом грустим»): поддерживают 35,0%; отвергают 58,3%; затрудняются 6,7%. Молодая аудитория заметно увереннее в

отрицании этой гипотезы, что согласуется с современными когнитивными теориями эмоций. Примеры зависимости эмоции от оценки, приведённые респондентами: замечание, воспринятое сначала как критика, а потом как забота; неотвеченное сообщение («злится» или «просто занят»); экзамен («угроза» или «шанс показать знания»); смех за спиной, принятый на свой счёт. Способы распознавания эмоций других людей: выражение лица 55,0%; интонация и голос 55,0%; жесты и поза 43,3%; слова 31,7%; поступки 30,0%; затрудняются 11,7%. Таким образом, ведущими каналами распознавания являются невербальные.

Функции эмоций. Роль эмоций в жизни (до двух выборов): побуждают к действию 50,0%; помогают принимать решения 33,3%; помогают общаться 33,3%; помогают запоминать важное 23,3%; мешают 11,7%. Согласие с компенсаторной функцией эмоций: согласны 53,3%; затрудняются 30,0%. Этот вопрос оказался самым неопределённым в анкете, что может указывать на недостаточную осведомлённость о когнитивных функциях эмоций.

Регуляция эмоций. Самооценка умения управлять эмоциями: средний балл 3,32 из 5 (средний уровень). Мода 3 (у 41,7% респондентов). Средние баллы по полу: женщины 3,39; мужчины 3,18; разница статистически незначима. Распределение по уровням самооценки: низкий уровень (1,0-2,4) 6 человек, или 20,0%; средний уровень (2,5–3,4) 16 человек, или 53,3%; высокий уровень (3,5–5,0) 8 человек, или 26,7%. Способы совладания с негативными эмоциями: разговор с близким 43,3%; музыка, творчество 43,3%; физическая активность 38,3%; «ничего не делаю, проходит само» 40,0%; переключение на другое занятие 25,0%; дыхательные практики, медитация 10,0% (самый редкий способ). Отношение к VR и биологической обратной связи: положительно 46,6%; из них готовы попробовать 23,3%; нейтрально 30,0%; настороженно 15,0%; отрицательно 8,3%.

Полученные результаты частично согласуются с современными теоретическими представлениями об эмоциях. Большинство респондентов (73,3%) понимают, что эмоции отражают субъективное отношение к событиям, а не сами события, что соответствует когнитивным и конструктивистским моделям (Р. Лазарус, Л. Ф. Барретт). Отрицание гипотезы Джеймса-Ланге большинством участников (58,3%) свидетельствует о том, что молодёжь придерживается более современных взглядов на природу эмоций. Вместе с тем значительная часть респондентов (30,0%) затрудняется с ответом о компенсаторной функции эмоций, что может указывать на недостаточную осведомлённость о когнитивных функциях эмоциональных процессов. Средний уровень самооценки регуляции эмоций (3,32 из 5) говорит о наличии потенциала для развития эмоциональной компетентности.

Преобладание таких способов совладания, как разговор с близким и музыка/творчество (по 43,3%), при редком использовании дыхательных практик и медитации (10,0%) может быть связано с недостаточной информированностью о специальных техниках саморегуляции. Позитивное отношение к VR и биологической обратной связи (46,6%, из них 23,3% готовы попробовать) указывает на перспективность внедрения инновационных технологий в программы развития эмоциональной компетентности студентов.

Результаты анкетирования в целом показывают достаточно высокий интерес молодежи к собственной эмоциональной сфере при умеренном уровне практических навыков её регуляции. Большинство респондентов периодически задумываются о своих эмоциях, а около 80% делают это с той или иной регулярностью; при этом подавляющее большинство (73,3%) понимает, что эмоции отражают субъективное отношение человека к событиям, а не сами события, а разницу между эмоцией и чувством участники чаще всего описывают через длительность и устойчивость. В вопросах телесной природы эмоций

мнения разделились: возможность эмоции без телесных изменений допускают 43,4%, тогда как 56,6% считают телесный компонент обязательным, а классическую гипотезу Джеймса–Ланге отвергают 58,3% – это согласуется с современными когнитивными и конструктивистскими представлениями. Респонденты приводили примеры зависимости эмоции от оценки ситуации, а эмоции других людей чаще распознавали по выражению лица и интонации (по 55,0%), жестам и позе (43,3%), реже – по словам и поступкам. Среди функций эмоций на первый план вышли побуждение к действию (50,0%), помощь в принятии решений и общении (по 33,3%), тогда как компенсаторная функция оказалась наименее осознанной: её поддержали 53,3%, но 30,0% затруднились с ответом.

Самооценка умения управлять эмоциями составила в среднем 3,32 из 5, то есть большинство оценивает свои навыки как средние; для совладания с негативными переживаниями чаще используются разговор с близким и музыка/творчество (по 43,3%), физическая активность (38,3%), а также стратегия «ничего не делать, эмоция пройдёт сама» (40,0%), тогда как дыхательные практики и медитация применяются редко (10,0%). Инновационные технологии регуляции эмоций – виртуальная реальность и биологическая обратная связь – воспринимаются в основном положительно (46,6%, из них 23,3% готовы попробовать), хотя 30,0% относятся нейтрально и 15,0% настороженно. Таким образом, результаты анкетирования в целом подтверждают современные теоретические представления об эмоциях как о субъективно-оценочном и когнитивном опосредованном процессе, но выявляют разрыв между пониманием природы эмоций и владением практическими техниками их регуляции, что указывает на необходимость целенаправленного развития эмоциональной компетентности студентов, в том числе с использованием современных технологий.

Основные понятия и принципы изучения эмоций. Эмоции (от лат. emovere – возбуждать, волновать) представляют собой особый класс психических процессов и состояний, которые в форме непосредственного пристрастного переживания отражают значимость действующих на человека явлений и ситуаций для удовлетворения его потребностей [1]. В отличие от познавательных процессов, которые отражают объективные свойства предметов и явлений, эмоции выражают субъективное отношение человека к этим предметам и явлениям, их личностный смысл. Важно различать эмоции и чувства. Если эмоции – это ситуативные, относительно кратковременные переживания, то чувства представляют собой устойчивые, обобщённые эмоциональные отношения человека к значимым объектам и явлениям действительности. Как отмечал С. Л. Рубинштейн, эмоции определяются как «конкретно-субъективная форма существования потребностей», подчёркивая их неразрывную связь с мотивацией и деятельностью субъекта [9]. Он также указывал, что чувства выражают в форме переживания отношения субъекта к окружению, к тому, что он познаёт и делает. Л. С. Выготский рассматривал эмоции в контексте культурно-исторического развития высших психических функций, указывая на их динамическую смысловую природу и возможность произвольной регуляции в процессе социализации [4]. Он выдвинул идею о единстве аффекта и интеллекта, утверждая, что высшим психическим функциям «в такой же мере присуща иная интеллектуальная, как и иная аффективная природа».

История научного изучения эмоций насчитывает более века, и за это время было создано множество теоретических концепций, объясняющих природу и механизмы эмоциональных процессов. Одной из первых психологических теорий эмоций считается теория Джеймса-Ланге, согласно которой эмоция возникает как результат осознания телесных изменений, происходящих в ответ

на внешний стимул. «Мы чувствуем себя грустными, потому что плачем, разгневанными, потому что наносим удар, испуганными, потому что дрожим», – писал У. Джеймс [8]. Эта теория, однако, была подвергнута критике, в частности, У. Кенноном, который предложил альтернативную модель, утверждая, что телесные реакции и субъективное переживание эмоции возникают одновременно, а не последовательно.

Значительный вклад в изучение эмоций внес российский физиолог П. К. Анохин, создавший биологическую теорию эмоций, в которой эмоции рассматриваются как результат оценки акцептором действия результатов совершённого поведенческого акта [1]. Теория П. В. Симонова, в свою очередь, объясняет возникновение эмоций через соотношение информационного обеспечения деятельности и актуальной потребности. Когнитивные теории эмоций, представленные работами С. Шехтера и Р. Лазаруса, акцентируют роль когнитивной оценки ситуации в возникновении эмоционального переживания. Согласно Р. Лазарусу, эмоция – это результат когнитивного оценивания ситуации с точки зрения её значимости для благополучия индивида. Современные конструктивистские теории, в частности теория сконструированных эмоций Л. Ф. Барретт, утверждают, что эмоциональный опыт представляет собой активный процесс конструирования, в котором объединяются когнитивная интерпретация и социальные контексты через механизмы категоризации [2]. Российский психолог Б. И. Додонов предложил классификацию эмоций, основанную на их связи с различными видами деятельности. Он выделил коммуникативные, деятельностные, романтические, эстетические эмоции и эмоции, связанные с приобретением [6].

В психологии существует множество подходов к классификации эмоций. К. Э. Изард выделил десять базовых эмоций, обеспечиваемых врождёнными нейронными программами: интерес-возбуждение, удовольствие-радость,

удивление-изумление, печаль (горе), гнев, отвращение (и презрение), страх (и тревога), смущение, стыд, вина [7]. П. Экман, в свою очередь, описал шесть базовых эмоций, имеющих универсальные мимические паттерны: гнев, страх, отвращение, удивление, печаль и радость [10].

Эмоции выполняют ряд важнейших функций в психической жизни человека. К числу основных относятся: отражательно-оценочная функция (эмоции отражают значимость событий для субъекта), побудительная (стимулируют деятельность, направленную на удовлетворение потребностей), экспрессивная и коммуникативная (эмоции служат средством общения и самовыражения), регуляторная (определяют направление и осуществляют регуляцию деятельности), синтезирующая (объединяют все события и факты в единое целое) [3].

Эмоции также выполняют функцию подкрепления, следообразования и предвосхищения, поскольку актуализация следов эмоционального опыта опережает развитие событий и сигнализирует о возможном благоприятном или неблагоприятном исходе [5]. Функция эмоций в организации познавательной деятельности проявляется в нескольких аспектах: они дают толчок к познанию, компенсируют недостаток знания, выступают катализатором познавательного процесса [5]. Каждая эмоция имеет адаптивную функцию для отдельного индивида, помогая ему ориентироваться в значимых ситуациях и выбирать адекватные способы реагирования.

Эмоция как психологический процесс представляет собой сложное системное образование, включающее несколько взаимосвязанных компонентов. Е. П. Ильин выделяет три основных характеристики эмоций: нейрофизиологические процессы, субъективное переживание и внешнее выражение [8]. К. Э. Изард подчёркивает системный характер организации эмоций, их иерархию и наличие полярных эмоций, отмечая при этом важность

влияний среды и культурных особенностей [7]. Возникновение эмоционального переживания предполагает совокупность условий: наличие у человека потребности в чём-то и ситуации её удовлетворения, оценку событий текущей ситуации, состояние готовности к соответствующему действию, изменение физиологического состояния организма, появление выразительных движений [1]. Переживания человека встроены в систему организмических процессов – активность мозга и органов чувств, работу сердечно-сосудистой и дыхательной систем, функционирование вегетативной нервной системы. В этом плане эмоции играют роль медиатора, связывающего поведение индивида и функционирование его организма.

Принципы-характеристики эмоций измеримы: принцип дифференцированности эмоций позволяет отличать радость от печали; принцип взаимодействия компонентов эмоций выражен, например, при гневе – жаром в лице, напряжением в мышцах и учащённым сердцебиением; принцип саморегуляции подтверждает, что человек может управлять и осуществлять контроль над своим эмоциональным состоянием с помощью своих усилий [8].

Современная наука об эмоциях активно развивается, интегрируя достижения нейробиологии, когнитивной психологии и информационных технологий. Одним из перспективных направлений является использование методов виртуальной реальности для изучения эмоциональных реакций в условиях, приближенных к реальным. Исследования показывают, что VR-среды позволяют эффективно вызывать различные эмоциональные состояния – печаль, расслабление, радость, страх – и регистрировать их физиологические корреляты с помощью машинного обучения [5]. Нейробиологические методы, включая электроэнцефалографию и функциональную магнитно-резонансную томографию, позволяют выявлять нейронные корреляты эмоциональных процессов. Так, исследования демонстрируют, что модуляция энтропии ЭЭГ

может служить биомаркером регуляции эмоций и устойчивости к стрессу [5]. Современные нейросетевые модели помогают понять, как мозг организует знания об эмоциях в виде когнитивных карт, что открывает новые перспективы для понимания механизмов эмоциональной категоризации. Важным направлением является изучение эмоционального интеллекта и его роли в различных сферах жизнедеятельности. Исследования показывают, что внутриличностная эмоциональная компетентность предсказывает личное благополучие, а межличностная – качество отношений и социальное функционирование [1].

Развитие эмоционального интеллекта рассматривается как важная составляющая профессиональной подготовки специалистов помогающих профессий. Одним из инновационных подходов является использование биологической обратной связи (биофидбэка) в сочетании с технологиями виртуальной реальности для развития эмоциональной гибкости. Персонализированные системы биофидбэка, основанные на моделировании марковских процессов, позволяют отслеживать и усиливать эмоциональную гибкость в реальном времени. Применение имплементационных интенций (if-then планов) в сочетании с адаптивной когнитивной переоценкой демонстрирует устойчивые эффекты регуляции негативных эмоций без увеличения когнитивной нагрузки [5].

Обобщая вышесказанное, можно сделать вывод, что современная психология эмоций окончательно перешла от узкой физиологической модели к биопсихосоциальной. В центре внимания находится не просто эмоция как реакция, а человек, переживающий эмоцию, и его индивидуальные ресурсы регуляции. Эволюция форм исследования демонстрирует смещение акцента от лабораторных экспериментов к изучению эмоций в естественных условиях жизнедеятельности. Это позволяет минимизировать искусственность

получаемых данных и быстрее находить практическое применение научным открытиям. Эффективность эмоциональной регуляции сегодня оценивается не столько по интенсивности переживаний, сколько по качеству жизни человека, его способности адаптироваться к изменяющимся условиям и поддерживать психологическое благополучие.

Заключение

Проведенный анализ позволяет сформулировать следующие основные выводы: эмоции представляют собой самостоятельный класс психических процессов, имеющий собственную структуру, функции и закономерности функционирования. Эмоции отражают субъективное оценочное отношение человека к значимым событиям и ситуациям, выступая важнейшим механизмом внутренней регуляции психической деятельности и поведения. Теоретическая база изучения эмоций включает синтез классических подходов (теории Джеймса-Ланге, Кеннона–Барда, Анохина, Симонова) и современных концепций (когнитивные теории, конструктивистские модели, теория дифференциальных эмоций). Методологический арсенал исследования эмоций обогащается инновационными методами нейровизуализации, технологиями виртуальной реальности и методами машинного обучения. Современное понимание эмоций строится на принципах системности, многоуровневости и опоры на ресурсы личности, а также на признании неразрывной связи эмоциональных и когнитивных процессов.

Дальнейшее развитие психологии эмоций видится в нескольких ключевых аспектах: цифровизация и использование искусственного интеллекта (разработка интеллектуальных систем распознавания эмоций, персонализированных приложений для развития эмоциональной компетентности и сред виртуальной реальности для тренировки навыков регуляции эмоций открывает новые горизонты для непрерывного

сопровождения и поддержки человека). Интеграция знаний (важным трендом является преодоление разрыва между психологией эмоций, нейробиологией и клинической практикой для оказания помощи людям с эмоциональными расстройствами). Таким образом, психология эмоций сегодня – это динамично развивающаяся область, которая вносит неоценимый вклад в понимание внутреннего мира человека и восстановление его психологического благополучия.

Источники и литература / Sources and references:

1. Анохин, П. К. Эмоции / П. К. Анохин // Психология эмоций: тексты. М. : Изд-во МГУ, 1984. С. 173–183.

2. Барретт, Л. Ф. Как рождаются эмоции: революция в понимании мозга и управлении эмоциями / Л. Ф. Барретт. М. : Эксмо, 2018. 432 с.

3. Валиуллина, Е. В. Психологические особенности кризисов профессионального самоопределения в процессе высшего медицинского образования / Е. В. Валиуллина // Вестник Кемеровского государственного университета. 2011. № 2 (46). С. 131–134.

4. Выготский, Л. С. О двух направлениях в понимании природы эмоций в зарубежной психологии в начале XX в. / Л. С. Выготский // Вопросы психологии. 1968. № 2. С. 157–159.

5. Гоулман, Д. Эмоциональный интеллект: почему он может значить больше, чем IQ / Д. Гоулман. М. : Манн, Иванов и Фербер, 2021.

6. Додонов, Б. И. В мире эмоций / Б. И. Додонов. Киев : Политиздат Украины, 1987. 140 с.

7. Изард, К. Э. Психология эмоций / К. Э. Изард. СПб. : Питер, 2009. 464 с.

8. Ильин, Е. П. Эмоции и чувства / Е. П. Ильин. 2-е изд. СПб. : Питер, 2013. 783 с.

9. Рубинштейн, С. Л. Основы общей психологии / С. Л. Рубинштейн. СПб. : Питер, 1999. 720 с.

10. Экман, П. Психология эмоций: я знаю, что ты чувствуешь / П. Экман. СПб. : Питер, 2017. 336 с.

СОЦИАЛЬНАЯ АДАПТАЦИЯ ИНОСТРАННЫХ СТУДЕНТОВ В ПОЛИЭТНИЧЕСКОМ РЕГИОНЕ: ОБЗОР ДИССЕРТАЦИОННОГО ИССЛЕДОВАНИЯ Б. Б. СТЕПАНОВОЙ

Юдин С. А.

Кафедра клинической психологии

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

Аннотация. В статье представлен обзор диссертационного исследования Б. Б. Степановой, посвященного проблемам социальной адаптации иностранных студентов в полиэтническом регионе на примере Республики Бурятия. Актуальность работы обусловлена ростом академической мобильности, возрастающей ролью экспорта образовательных услуг и необходимостью научного осмысления процессов интеграции иностранных учащихся в принимающий социум. Автор анализирует теоретико-методологические подходы к изучению адаптации, рассматривает образовательную миграцию как социальный феномен, выявляет мотивацию иностранных студентов при выборе российских вузов, а также определяет ключевые проблемы, с которыми сталкиваются учащиеся из-за рубежа. Особое внимание уделяется специфике адаптационных процессов в Республике Бурятия, где социокультурная и языковая близость стран-доноров (Монголия, Китай) создает условия для «мягкого» характера адаптации. На основе эмпирических данных автор формулирует практические рекомендации по оптимизации работы с иностранными студентами. Статья предназначена для исследователей в области

социологии образования, миграциологии, педагогики и психологии, а также для специалистов, занимающихся международной деятельностью в вузах.

Ключевые слова: социальная адаптация, иностранные студенты, образовательная миграция, полиэтнический регион, Республика Бурятия, культурный шок, языковой барьер, академическая мобильность, экспорт образования.

SOCIAL ADAPTATION OF FOREIGN STUDENTS IN A MULTI-ETHNIC REGION: AN OVERVIEW OF B. B. STEPANOVA'S DISSERTATION RESEARCH

Yudin S. A.
Department of Clinical Psychology
Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo

Abstract. The article provides an overview of B. B. Stepanova's dissertation research, which focuses on the problems of social adaptation of foreign students in a multi-ethnic region, using the Republic of Buryatia as an example. The relevance of the work is due to the growing academic mobility, the increasing role of the export of educational services, and the need for a scientific understanding of the processes of integrating foreign students into the host society. The author analyses theoretical and methodological approaches to the study of adaptation, examines educational migration as a social phenomenon, identifies the motivation of foreign students when choosing Russian universities, and also defines the key problems faced by students from abroad. Special attention is paid to the specifics of adaptation processes in the Republic of Buryatia, where the socio-cultural and linguistic proximity of donor countries (Mongolia, China) create conditions for a «soft» type of adaptation. Based on empirical data, the author formulates practical recommendations for optimizing work with international students. The article is intended for researchers in the fields of education

sociology, migration studies, pedagogy and psychology, as well as for specialists engaged in international activities at universities.

Keywords: social adaptation, international students, educational migration, multi-ethnic region, Republic of Buryatia, culture shock, language barrier, academic mobility, export of education.

Введение

В условиях глобализации образовательного пространства и усиления конкуренции на международном рынке образовательных услуг проблема социальной адаптации иностранных студентов приобретает особую значимость. Успешная интеграция учащихся из-за рубежа в новую социокультурную среду является не только показателем привлекательности национальной системы образования, но и фактором, определяющим эффективность реализации политики «мягкой силы» [20]. В этом контексте диссертационное исследование Б. Б. Степановой, посвященное социальной адаптации иностранных студентов в полиэтническом регионе (на материале Республики Бурятия), представляет значительный научный и практический интерес [1].

Значимость настоящего исследования определяется рядом факторов. Прежде всего, социальная адаптация выступает фундаментальной категорией общественных процессов, а её исследование относится к приоритетным направлениям социологии [3]. Кроме того, получение образования за границей в современных условиях выполняет двойную функцию: оно служит инструментом вертикальной социальной мобильности и одновременно выступает ключевым механизмом продвижения «мягкой силы» на международной арене [10]. Наконец, борьба за привлечение иностранных обучающихся разворачивается не только на государственном уровне — в неё включены регионы и конкретные

университеты, что актуализирует анализ адаптационных практик в локальном и институциональном разрезе [11].

Цель данной статьи — представить обзор ключевых положений диссертационного исследования Б. Б. Степановой, систематизировать его теоретические и эмпирические результаты, а также оценить вклад автора в разработку проблематики социальной адаптации иностранных студентов [1].

Теоретико-методологические основы исследования

Диссертационная работа Б. Б. Степановой опирается на широкий спектр теоретических подходов к пониманию феномена адаптации [1]. Автор анализирует эволюцию понятия «адаптация» от биологических наук, где оно впервые было введено Г. Аубертом для описания приспособления органов зрения к раздражителям, до социологии и психологии. В работе рассматриваются различные подходы: эволюционный, биологический, психологический, социально-психологический, культурологический и информационный [2].

Особое внимание уделяется вкладу таких исследователей, как А. Б. Георгиевский, Л. В. Корель, А. А. Налчаджян, Т. Парсонс, Э. Дюркгейм, Р. Мертон, Г. Спенсер, Ж. Пиаже, Э. Эриксон, Г. Хартманн и др. [2; 3; 4; 5; 6]. Автор подчеркивает, что в современной науке не существует единой концепции адаптации, что объясняется многогранностью данного феномена. В работе выделяются три группы подходов к пониманию адаптации: классификационный, биологический и философский. Также рассматриваются интеракционистский, бихевиористский и культурологический подходы [1].

Ключевым для исследования является понятие «социальная адаптация», которое автор определяет как процесс включения иностранных студентов в социальную среду университета со всей совокупностью проблем и противоречий, сопровождающих это взаимодействие [1]. Автор подчеркивает

двусторонний характер адаптации: адаптант приспосабливается к новым условиям, и одновременно происходит изменение социальной среды учебного заведения [3].

Важное место в теоретической базе исследования занимают концепции «культурного шока» К. Оберга [8] и «адаптационного синдрома» Г. Селье [7]. Автор отмечает, что без учета этих понятий невозможно анализировать адаптацию иностранных студентов. Также рассматриваются этапы адаптации, выделенные Я. Щепаньским (осознание, терпимость, признание, ассимиляция) [19] и Г. К. Триандисом («медовый месяц», «откат», «культурный шок», «подъем», адаптированность) [9].

Образовательная миграция как социальный феномен

Вторая глава диссертации посвящена анализу образовательной миграции как социального феномена [1]. Автор рассматривает миграцию как постоянное или временное изменение местожительства человека, выделяя макро- и микрофакторы миграционных процессов [12]. Образовательная миграция понимается как перемещение людей между странами с целью получения образования или повышения квалификации [10]. Учебная миграция, в свою очередь, определяется как более узкое понятие, охватывающее перемещения мигрантов, обучающихся в средних и высших учебных заведениях [10].

Автор подчеркивает, что образовательная миграция является важным образовательным ресурсом, способствующим глобализации образования, росту значения международных связей в академической сфере и формированию специалистов международного уровня [11]. В работе выделяются экономические, политические и демографические эффекты учебной миграции. Экономические эффекты выражаются в привлечении иностранных специалистов и выпускников к развитию наукоемких отраслей. Политические эффекты заключаются в укреплении дипломатических связей и формировании

благоприятного образа принимающего государства. Демографические последствия связаны с возможностью функционирования образовательной миграции как дополнительного демографического ресурса [10].

На основе анализа работ исследователей миграционных процессов автор формулирует типологию причин учебной миграции, разделяя их на внутренние и внешние [1]. К внутренним причинам относятся престиж, нежелание учиться в своей стране, интерес к иной культуре. Внешние причины связаны с давлением, которое оказывают на студентов различные факторы (государственное направление, программы обмена, рекомендации родственников и т.д.) [13].

Также в работе предлагается типология иностранных студентов по способам вовлечения в миграционный поток: студенты по обмену, стипендиаты, студенты, поступившие на общих основаниях, студенты спецкурсов и обладатели дипломов о высшем образовании, продолжающие обучение за границей [1].

Проблемы социальной адаптации иностранных студентов в вузах России

Автор проводит сравнительный анализ исследований, посвященных проблемам адаптации иностранных студентов в различных регионах России (Москва, Томск, Воронеж, Саратов, Ярославль, Нижний Новгород, Башкортостан) [1; 11; 14; 15; 16; 17]. Анализ показывает, что иностранные студенты вузов разных регионов акцентируют внимание на разных группах проблем. Наиболее актуальными являются проблемы, связанные с незнанием русского языка, жилищно-бытовые и климатические условия [14; 15; 16].

В работе выделяются следующие группы адаптационных проблем: социально-бытовые, климатические, академические, психологические, социокультурные и коммуникативные [1]. Социально-бытовые проблемы связаны с проживанием в общежитиях (жилищные условия, неисправность

сантехники, низкий уровень безопасности, несоблюдение санитарно-гигиенических норм), питанием, транспортом, медицинским обслуживанием [14]. Климатические факторы могут негативно сказываться на здоровье и психоэмоциональном состоянии студентов [15].

Академические проблемы включают недостаточное знание русского языка, сложности в общении с преподавателями и одногруппниками, трудности с конспектированием лекций и подготовкой к семинарам [16]. Психологические проблемы связаны с высоким уровнем тревожности, низкой самооценкой, тоской по дому, чувством одиночества и незащищенности [4]. Социокультурные проблемы обусловлены различием ценностных систем, неинформированностью о нормах поведения, предвзятым отношением к местным обычаям [18]. Коммуникативные проблемы включают языковой барьер и неинформированность студентов о социальных, культурных и экономических особенностях России [11].

По мнению автора, преодоление трудностей адаптации иностранных обучающихся возможно лишь при условии применения комплексного подхода, предполагающего согласованные действия как на институциональном уровне вуза, так и на государственном уровне [1]. В исследовании предложен ряд конкретных инструментов: формирование социолингвистического центра, подготовка методических пособий, организация специализированных курсов для профессорско-преподавательского состава, введение института кураторства, усиление языковой подготовки студентов и ряд других мер [11; 18].

Социальная адаптация иностранных студентов в вузах Республики Бурятия

Эмпирическую основу исследования составили результаты анкетного опроса 236 иностранных студентов, обучающихся в четырех государственных вузах Республики Бурятия (БГУ, ВСГУТУ, ВСГАКИ, БГСХА), а также

экспертный опрос 21 специалиста в сфере работы с иностранными студентами. Генеральная совокупность составила 496 человек, что обеспечивает репрезентативность выборки [1].

Социально-демографический портрет иностранного студента в Бурятии выглядит следующим образом: большинство респондентов — девушки (53%), в возрасте от 21 до 25 лет (49,6%), не состоящие в браке (82,2%), из среднеобеспеченных семей (63,1%). Наибольшее количество студентов приезжает из Китая (51,7%) и Монголии (45,3%) [1].

Анализ мотивации выбора России и Бурятии для получения образования показал, что наиболее значимыми факторами являются высокое качество образования (58,9%), близость культуры, традиций и языка (44,9%), географическая близость (39,4%). При выборе конкретного вуза важную роль играют качество образования (55,9%), возможность получить интересующую специальность (40,7%), направление (38,1%), желание остаться в России после окончания вуза (36,4%), хорошие условия учебы и проживания (44,5%) [1].

Исследование выявило, что наиболее актуальными проблемами для иностранных студентов в Бурятии являются трудности, связанные с незнанием русского языка (44,9%) и учебным процессом (44,5%), а также бытовые условия (27,5%). Климатические условия назвали проблемой 19,1% респондентов, проблемы с досугом — 15,7%, сложности во взаимодействии с одногруппниками — 14,8% [1].

Автор отмечает, что, несмотря на наличие проблем, адаптация иностранных студентов в Бурятии носит «мягкий» характер, что обусловлено культурной близостью стран-доноров и региона, а также сильной внутренней мотивацией студентов на получение качественного образования [1]. Большинство респондентов (43,2%) характеризуют свои отношения с учебной группой как дружественные, 25% — как нейтральные, и только 11,4% — как

конфликтные. Более половины опрошенных (58,1%) никогда не сталкивались со словесными оскорблениями со стороны местного населения, а 77,5% — с физическим насилием [1].

Вместе с тем, автор обращает внимание на то, что только треть опрошенных студентов готовы рекомендовать своим родственникам и знакомым поступать в вузы Бурятии, что свидетельствует о необходимости работы по повышению привлекательности региона [1].

Рекомендации по решению адаптационных проблем

На основе анализа эмпирических данных и результатов экспертного опроса автор разрабатывает ряд рекомендаций по оптимизации процесса социальной адаптации иностранных студентов [1]. Эти рекомендации разделены на несколько групп по сферам приложения усилий.

В языковой сфере предлагается увеличить количество часов изучения русского языка, создать лингвистические центры при вузах, а также организовать курсы монгольского и китайского языков для преподавателей и российских студентов [1; 11]. В профессиональной сфере рекомендуется повышение квалификации преподавателей, работающих с иностранными студентами, ознакомление их с особенностями невербальной коммуникации и организации учебного процесса в странах-донорах [18]. В социально-бытовой сфере необходимо обеспечить общежития работающей сантехникой, теплом, своевременно проводить дезинсекцию [1]. В информационной сфере предлагается создать справочно-информационную службу из числа российских студентов-добровольцев, которая будет уведомлять иностранных студентов о мероприятиях, курсах, возможностях обмена, а также собирать запросы на проведение культурно-массовых мероприятий [1]. Также рекомендуется создание специализированного периодического издания для иностранных

студентов, института кураторства из числа российских студентов-волонтеров и проведение ежегодного мониторинга проблем иностранных студентов [11].

Заключение

Диссертационное исследование Б. Б. Степановой представляет собой комплексный анализ проблем социальной адаптации иностранных студентов в полиэтническом регионе [1]. Автору удалось не только систематизировать теоретические подходы к изучению адаптации, но и провести масштабное эмпирическое исследование, выявить специфику адаптационных процессов в Республике Бурятия и разработать практические рекомендации [1].

Научная новизна работы заключается в уточнении понятия «социальная адаптация» в контексте взаимодействия принимающей стороны и иностранных студентов, проведении сравнительного анализа особенностей адаптации студентов-иностранцев в вузах России, разработке типологии мотивов и категорий иностранных студентов, а также в выявлении причин привлекательности вузов Республики Бурятия [1].

Полученные результаты имеют важное практическое значение для органов исполнительной власти, вузов и специалистов, занимающихся работой с иностранными студентами. Они могут быть использованы при разработке программ адаптации, совершенствовании работы международных отделов, а также в учебном процессе при подготовке курсов по социологии образования, миграциологии и межкультурной коммуникации [1; 10; 11].

В целом, исследование Б. Б. Степановой вносит значительный вклад в изучение проблем социальной адаптации иностранных студентов и открывает новые перспективы для дальнейших исследований в этой области [1].

Источники и литература / Sources and references:

1. Степанова, Б. Б. Социальная адаптация иностранных студентов в полиэтническом регионе (на материале Республики Бурятия) : дис. ... канд. социол. наук : 22.00.04 / Б. Б. Степанова. Улан-Удэ, 2015. 168 с.

2. Георгиевский, А. Б. Эволюция адаптации (историко-методологическое исследование) / А. Б. Георгиевский. Л. : Наука, 1989. 189 с.

3. Корель, Л. В. Социология адаптаций / Л. В. Корель. Новосибирск : Наука, 2005. 424 с.

4. Налчаджян, А. А. Психология адаптации. Механизмы и стратегии / А. А. Налчаджян. 2-е изд. М. : Эксмо, 2010. 368 с.

5. Парсонс, Т. О структуре социального действия / Т. Парсонс. М. : Академический Проект, 2000. 880 с.

6. Мертон, Р. К. Социальная теория и социальная структура / Р. К. Мертон. М. : Хранитель, 2006. 873 с.

7. Селье, Г. Очерки об адаптационном синдроме / Г. Селье. М. : Медицина, 1960. 254 с.

8. Oberg, K. Culture shock. Paper presented to the Women's Club of Rio de Janeiro / K. Oberg. Brazil, 1954. P. 1–9.

9. Триандис, Г. К. Культура и социальное поведение / Г. К. Триандис. М. : Форум, 2007. 382 с.

10. Письменная, Е. Е. Социальные последствия учебной иммиграции в Россию: вопросы теории и методики исследования : дис. ... д-ра социол. наук : 22.00.03 / Е. Е. Письменная. М., 2009. 328 с.

11. Дементьева, С. В. Вузы России как механизм адаптации учебных мигрантов (в контексте социологического и философского анализа) / С. В. Дементьева // Известия Томского политехнического университета. 2008. — № 6. С. 158–164.

12. Рыбаковский, Л. Л. Миграция населения (вопросы теории) / Л. Л. Рыбаковский. М. : ИСПИ РАН, 2003. — 240 с.

13. Юдина, Т. Н. Социология миграций : учебное пособие / Т. Н. Юдина. — М. : Академический Проект, 2006. 272 с.

14. Витковская, М. И. Адаптация иностранных студентов к условиям жизни и учебы в России / М. И. Витковская, И. В. Троцук // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия Социология. 2005. № 6–7. С. 267–283.

15. Моднов, С. И. Проблемы адаптации иностранных студентов, обучающихся в технических вузах / С. И. Моднов, Л. В. Ухова // Ярославский педагогический вестник. 2013. № 2, Т. I. С. 111–115.

16. Тихонова, Е. Г. Особенности адаптации иностранных студентов в вузах региона / Е. Г. Тихонова // Регионология. 2010. № 2. С. 45–49.

17. Мазитова, Л. Т. Социальная адаптация иностранных студентов на примере вузов Башкортостана : дис. ... канд. социол. наук : 24.00.02 / Л. Т. Мазитова. Уфа, 2002. 154 с.

18. Портрет образовательного мигранта: основные аспекты академической, языковой и социокультурной адаптации / под ред. Е. Ю. Кошелевой. Томск : РАУШ МБХ, 2011. 204 с.

19. Щепаньский, Я. Элементарные понятия социологии / Я. Щепаньский. — М. : Прогресс, 1969. — 240 с.

20. Шевцова, Е. В. Основные механизмы миграционной политики по привлечению учебных мигрантов: чему Россия может научиться у будущих мировых держав / Е. В. Шевцова // Вестник НГУЭУ. 2012. № 1. С. 78–87.

РАННИЕ ДЕЗАДАПТИВНЫЕ СХЕМЫ И НЕАДАПТИВНЫЕ СПОСОБЫ СОВЛАДАНИЯ СО СТРЕССОМ: ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ ПОНИМАНИЯ АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ (ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР)

Яковлева Е. Ю.
Кафедра клинической психологии
ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово
Научный руководитель – канд. психол. наук, доцент Е.В. Янко

Аннотация Цель статьи - рассмотреть значение ранних дезадаптивных схем и неадаптивных способов совладания со стрессом для понимания аддиктивного поведения в рамках когнитивно-поведенческого направления. Методологическую основу составили теоретический анализ концепций схема-терапии, когнитивной терапии зависимостей и психологического совладания со стрессом, а также их сопоставление. Показано, что употребление психоактивных веществ и некоторые формы поведенческих зависимостей могут выполнять функцию кратковременного снижения эмоционального напряжения, одновременно поддерживая цикл избегания и закрепляя дисфункциональные убеждения. Представленная модель рассматривает схемы не как единственную причину аддикции, а как один из факторов уязвимости, имеющий значение для индивидуальной формулировки случая и планирования психотерапии.

Ключевые слова: ранние дезадаптивные схемы, аддиктивное поведение, когнитивно-поведенческая терапия, совладание со стрессом, схема-терапия, эмоциональная регуляция.

EARLY MALADAPTIVE SCHEMAS AND MALADAPTIVE COPING WITH STRESS: RELEVANCE TO UNDERSTANDING ADDICTIVE BEHAVIOUR

Yakovleva E. Y.
Department of Psychiatry and Narcology
Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo
Scientific supervisor - Yanko E. V.

Abstract. The aim of this article is to examine the relevance of early maladaptive schemas and maladaptive coping with stress to the understanding of addictive behaviour within the cognitive-behavioural framework. The methodology includes a theoretical review and comparison of schema therapy, cognitive therapy for substance use disorders, and psychological coping concepts. The analysis suggests that substance use and some behavioural addictions may temporarily reduce emotional distress while maintaining avoidance and reinforcing dysfunctional beliefs. Schemas are considered not as a single cause of addiction, but as one vulnerability factor relevant to individual case formulation and psychotherapy planning.

Keywords: early maladaptive schemas, addictive behaviour, cognitive-behavioural therapy, coping with stress, schema therapy, emotional regulation.

Введение

Аддиктивное поведение представляет собой сложное явление, которое формируется под влиянием биологических, психологических и социальных факторов. Его нельзя объяснить одной чертой личности, отдельным переживанием или универсальной последовательностью событий. Вместе с тем психологические модели помогают понять, почему человек в определённых обстоятельствах начинает регулярно прибегать к веществу или поведению, несмотря на неблагоприятные последствия. В частности, они позволяют

исследовать функции употребления, роль эмоционального напряжения и способы, которыми человек пытается справляться с трудностями.

В когнитивно-поведенческом подходе важное место занимает анализ взаимосвязи ситуации, интерпретации события, эмоциональной реакции и поведения. Одно и то же событие может вызывать разные реакции в зависимости от убеждений человека, его опыта и оценки доступных способов совладания. Если человек воспринимает стрессовую ситуацию как невыносимую, а собственные возможности - как недостаточные, краткосрочное облегчение может оказаться более значимым, чем отдалённые последствия. Употребление вещества или повторение определённого поведения в таком случае становится способом быстро изменить эмоциональное состояние.

Схема-терапия, разработанная Джеффри Янгом и коллегами, расширяет когнитивно-поведенческую перспективу за счёт рассмотрения устойчивых убеждений и эмоциональных паттернов, складывающихся под влиянием раннего опыта. Ранние дезадаптивные схемы могут влиять на то, как человек воспринимает себя, других людей и отношения с ними, а также на то, какие способы реагирования он считает доступными [6]. В отношении аддиктивного поведения эта модель представляет интерес не потому, что связывает конкретную схему с конкретной зависимостью, а потому, что позволяет исследовать субъективную функцию аддиктивного действия.

Цель настоящей статьи - проанализировать, как ранние дезадаптивные схемы и неадаптивные способы совладания со стрессом могут быть связаны с формированием и поддержанием аддиктивного поведения. Задачи работы: рассмотреть основные положения когнитивно-поведенческой терапии зависимостей; описать понятие ранних дезадаптивных схем и способы совладания с ними; представить теоретическую модель возможного

взаимодействия схем, стресса и аддиктивного поведения; обозначить практическое значение этой модели для психологической помощи.

Объекты и методы исследования

Статья имеет теоретический характер. Объектом анализа выступают психологические механизмы, рассматриваемые в когнитивно-поведенческих моделях аддиктивного поведения. Предмет анализа - возможные связи ранних дезадаптивных схем, переживания стресса и неадаптивных способов совладания.

Использованы теоретический анализ научной литературы, сравнительно-сопоставительный метод и концептуальное обобщение. Рассмотрены положения когнитивной терапии злоупотребления психоактивными веществами, схема-терапии, теории стресса и совладания, а также отечественные работы по проблемам аддиктологии и посттравматического стресса [1-7]. Эмпирическое исследование в рамках данной статьи не проводилось; поэтому предложенные взаимосвязи следует понимать как теоретическую модель, а не как установленные причинно-следственные закономерности.

Результаты и их обсуждение

Когнитивно-поведенческая терапия рассматривает поведение человека в связи с его мыслями, эмоциональными реакциями и условиями среды. Применительно к зависимостям существенным становится вопрос о том, какую краткосрочную задачу выполняет употребление или другое повторяющееся действие. Оно может временно снижать тревогу, подавлять чувство одиночества, облегчать переживание скуки или помогать избегать болезненных воспоминаний. Субъективное облегчение усиливает вероятность повторения поведения, даже если со временем его последствия становятся всё более тяжёлыми.

В когнитивной терапии зависимостей анализируются ситуации высокого риска, автоматические мысли, ожидания от вещества или поведения, а также

навыки, необходимые для предотвращения рецидива. Например, человек может думать: «Я не выдержу этого напряжения», «Только употребление поможет мне расслабиться» или «Раз я уже сорвался, теперь всё равно нет смысла останавливаться». Такие мысли влияют на эмоциональное состояние и повышают вероятность действия. Поведенческая цепочка может включать внешний или внутренний триггер, усиление напряжения, ожидание облегчения, употребление и кратковременное снижение дискомфорта [1].

Важно, что краткосрочное облегчение не тождественно долгосрочному решению проблемы. Если после употребления ситуация, вызывавшая стресс, остаётся неизменной, а человек не приобретает новых навыков реагирования, потребность в повторении поведения может сохраняться. Более того, последствия употребления - конфликты, ухудшение здоровья, финансовые трудности, чувство вины - способны стать дополнительными источниками стресса. Так формируется цикл, в котором аддиктивное действие сначала уменьшает напряжение, а затем способствует возникновению новых проблем, которые снова требуют совладания.

В отечественной аддиктологии подчёркивается необходимость рассматривать зависимость с учётом сочетания психологических и социальных факторов, а также различать её отдельные формы и этапы развития [3; 4]. Следовательно, психологическая формулировка случая не должна сводить аддиктивное поведение к недостатку силы воли. Она предполагает изучение контекста, функций поведения, доступных человеку ресурсов и факторов, поддерживающих повторение.

Ранние дезадаптивные схемы и их возможная роль

В схема-терапии ранняя дезадаптивная схема понимается как устойчивый паттерн, включающий воспоминания, эмоции, телесные ощущения и убеждения о себе и отношениях с другими. Такие паттерны могут формироваться, когда

важные эмоциональные потребности ребёнка длительно остаются неудовлетворёнными, либо когда опыт отношений связан с нестабильностью, отвержением, чрезмерным контролем или недостатком безопасности. Схема может сохраняться во взрослом возрасте и влиять на интерпретацию текущих событий, даже если обстоятельства жизни изменились [6].

В модели Янга выделяются, в частности, схемы покинутости, эмоциональной депривации, дефективности/стыда, недоверия/ожидания жестокого обращения, социальной изоляции, зависимости/беспомощности и недостаточного самоконтроля. Этот перечень не является диагностическим списком аддиктивного поведения. Наличие той или иной схемы само по себе не означает, что у человека обязательно сформируется зависимость. Однако схема может влиять на то, какие события переживаются как угрожающие, какие эмоции оказываются наиболее труднопереносимыми и какие способы совладания кажутся человеку привычными.

Например, человек с выраженным ожиданием покинутости может особенно остро реагировать на разлуку, конфликт или отсутствие поддержки. При схеме дефективности/стыда критика либо ошибка могут переживаться как подтверждение собственной неполноценности. Схема эмоциональной депривации может усиливать ощущение, что помощи и понимания ожидать неоткуда. В таких ситуациях употребление или повторяющееся поведение иногда становится доступным способом временно ослабить неприятные переживания. Это предположение описывает возможную функцию действия, но не устанавливает универсальную связь между конкретной схемой и зависимостью.

Янг и коллеги описывают несколько общих способов реагирования на схемы: подчинение им, избегание и гиперкомпенсацию [6]. При подчинении человек воспринимает схему как достоверное описание реальности и ведёт себя

в соответствии с ней. При избегании он старается не сталкиваться с мыслями и чувствами, которые активируют схему. Гиперкомпенсация предполагает попытку действовать так, словно схема неверна, иногда через чрезмерный контроль, доминирование или отрицание уязвимости.

Аддиктивное поведение может быть связано с любым из этих способов, но не является их обязательным проявлением. Употребление, например, может служить избеганием неприятных эмоций; демонстративное рискованное поведение - попыткой не ощущать уязвимость; сохранение вредного поведения - следованием убеждению, что изменить ситуацию невозможно. Клиницисту важно не навязывать такую интерпретацию, а проверять её совместно с клиентом, учитывая его собственное понимание происходящего.

Стресс и неадаптивные способы совладания

В теории стресса и совладания стрессовое переживание рассматривается не только как характеристика события, но и как результат оценки человеком требований ситуации и имеющихся ресурсов [5]. Если событие оценивается как угрожающее, а ресурсы для его преодоления - как недостаточные, возрастает эмоциональное напряжение. На реакцию влияют прошлый опыт, состояние здоровья, социальная поддержка и убеждения о том, можно ли изменить обстоятельства или собственное состояние.

Неадаптивный способ совладания - это способ реагирования, который может приносить быстрое облегчение, но со временем затрудняет решение проблемы, усиливает её последствия или ограничивает повседневное функционирование. К таким способам могут относиться избегание, подавление эмоций, импульсивное реагирование и обращение к веществу или поведению как к основному средству регуляции состояния. Само по себе стремление временно отвлечься или снизить напряжение не является патологическим: значение имеют частота, негибкость поведения, последствия и наличие альтернатив.

В случае аддиктивного поведения важным механизмом может становиться отрицательное подкрепление: действие повторяется потому, что оно временно уменьшает неприятное переживание. Облегчение закрепляет привычку даже тогда, когда человек понимает её долгосрочный вред. В дальнейшем сама перспектива отказа от привычного способа регуляции может вызывать тревогу или ощущение беспомощности. Это затрудняет изменение поведения и может повышать риск рецидива.

Сходную логику можно проследить в когнитивно-поведенческих моделях предотвращения рецидива: ситуация риска, ожидания и реакции человека рассматриваются в контексте его навыков и доступных способов справляться с тягой и стрессом [1; 8]. При этом срыв не обязательно интерпретируется как доказательство полной неудачи лечения. Он может стать материалом для анализа: какие обстоятельства ему предшествовали, какие мысли и чувства возникли, что помогло бы остановить цепочку раньше и какие изменения необходимы в плане поддержки.

В работах Р. В. Кадырова, посвящённых посттравматическому стрессовому расстройству, рассматривается значение травматического опыта и психологической помощи людям, пережившим травматические события [2]. Для темы аддиктивного поведения этот контекст важен как напоминание о том, что стрессовые и травматические переживания могут требовать отдельного внимания специалиста. Однако из этого не следует, что травма неизбежно ведёт к зависимости, или что зависимость всегда связана с травматическим опытом. При оценке ситуации требуется учитывать индивидуальную историю, сопутствующие состояния и социальные обстоятельства, не подменяя обследование предположениями.

Интегративная модель: от схемы к поведению

На основании рассмотренных подходов можно представить возможную последовательность, связывающую схемы, стресс и аддиктивное поведение.

1. **Уязвимость.** У человека сформированы устойчивые убеждения о себе, окружающих и доступности поддержки. Они могли возникнуть в контексте раннего опыта, однако их содержание и выраженность индивидуальны.

2. **Активация схемы.** Событие напоминает о болезненном опыте или воспринимается как подтверждение привычного убеждения. Возникают связанные с ним эмоции и телесные реакции.

3. **Оценка ограниченности ресурсов.** Человек может считать, что не способен выдержать напряжение, обратиться за помощью или повлиять на ситуацию.

4. **Выбор знакомого способа совладания.** Если употребление или повторяющееся поведение ранее приносило облегчение, оно может восприниматься как наиболее быстрый и предсказуемый вариант.

5. **Краткосрочное облегчение.** Напряжение временно снижается, что усиливает вероятность повторения действия в похожих обстоятельствах.

6. **Долгосрочные последствия.** Возникают дополнительные трудности; они могут усиливать исходный стресс и подтверждать отрицательные представления о себе, других людях или будущем.

Эта схема является рабочей гипотезой для клинического анализа, а не универсальной последовательностью. В реальной жизни звенья могут меняться местами, отсутствовать или дополняться биологическими, культурными и социальными факторами. Например, сильное влияние могут оказывать доступность вещества, социальная среда, психические расстройства, соматическое состояние, наследственная уязвимость и особенности лечения.

Поэтому объяснение зависимости исключительно ранними схемами было бы чрезмерным упрощением.

Практическая ценность модели заключается в возможности формулировать вопросы для индивидуального анализа: какие ситуации провоцируют тягу; какие мысли возникают перед употреблением; какие чувства человеку особенно трудно переносить; какую функцию выполняет поведение; какие краткосрочные выгоды оно даёт; какие долгосрочные издержки за ним следуют; какие альтернативы уже доступны или могут быть сформированы. Такая формулировка помогает сместить фокус с моральной оценки на понимание механизмов, одновременно сохраняя внимание к ответственности человека за выбор действий и к необходимости изменения поведения.

Значение для психологической помощи

В когнитивно-поведенческой работе с аддиктивным поведением целесообразно сочетать несколько уровней анализа. На поведенческом уровне исследуются триггеры, распорядок дня, ситуации высокого риска и последствия употребления. На когнитивном - выявляются автоматические мысли, убеждения об ожидаемом эффекте вещества или поведения и представления о собственных возможностях. На эмоциональном - уточняется, какие состояния предшествуют аддиктивному действию и какие навыки помогают переносить их без немедленного избегания.

Если работа показывает устойчивость схем и повторяющиеся межличностные трудности, схема-терапевтическая формулировка может дополнить анализ. Это не означает отказа от базовых задач лечения зависимости: обеспечения безопасности, оценки рисков, формирования мотивации к изменениям, развития навыков профилактики рецидива и, при необходимости, привлечения врача-психиатра или нарколога. Работа со схемами может быть

частью комплексной помощи, но не заменяет медицинскую оценку и лечение, когда они показаны.

Важным направлением является расширение репертуара совладания. В зависимости от ситуации это может включать навыки регуляции эмоций, решение проблем, переносимость тяги, планирование действий в ситуациях высокого риска, обращение за социальной поддержкой и постепенное восстановление активности. Цель не сводится к тому, чтобы исключить неприятные эмоции: она заключается в том, чтобы человек мог замечать их, понимать их значение и выбирать поведение, не определяемое исключительно стремлением к немедленному облегчению.

При этом необходимо избегать чрезмерной интерпретации детского опыта. Не всякая трудность в детстве формирует дезадаптивную схему, а наличие схемы не объясняет автоматически характер зависимости. Формулировка случая должна быть проверяемой и совместно выстраиваться с клиентом; её полезность определяется тем, помогает ли она лучше понять поддерживающие механизмы и определить реалистичные цели помощи.

Заключение

Ранние дезадаптивные схемы могут быть значимы для понимания аддиктивного поведения как устойчивые способы интерпретации себя, других людей и стрессовых ситуаций. В сочетании с ограниченным репертуаром совладания они способны влиять на то, какие эмоции человек считает невыносимыми и насколько вероятно обращение к аддиктивному действию ради кратковременного облегчения. Повторение такого действия может подкрепляться снижением напряжения, а его последствия – становиться дополнительным источником стресса.

Вместе с тем схема-терапевтическая и когнитивно-поведенческая модели не предполагают, что ранние схемы или травматический опыт являются

единственной причиной зависимости. Аддиктивное поведение формируется в контексте взаимодействия личностных, биологических и социальных факторов. Поэтому анализ схем и способов совладания следует использовать как часть индивидуальной психологической формулировки, а не как универсальное объяснение.

Для практики когнитивно-поведенческой терапии особенно важны выявление функций употребления, анализ связки «стресс - оценка ситуации - эмоции - поведение - последствия», развитие альтернативных способов регуляции и планирование профилактики рецидива. Такой подход позволяет одновременно учитывать субъективный опыт человека и направлять работу на конкретные изменения, способствующие восстановлению контроля и улучшению качества жизни.

Источники и литература / Sources and references:

1. Короленко Ц. П., Дмитриева Н. В. Психосоциальная аддиктология. - Новосибирск: Олсиб, 2001.

2. Кадыров Р. В. Посттравматическое стрессовое расстройство: состояние проблемы, психодиагностика и психологическая помощь. - Санкт-Петербург: Речь, 2012.

3. Менделевич В. Д. Руководство по аддиктологии. - Санкт-Петербург: Речь, 2007.

4. Бек А.Т., Райт Ф.Д., Ньюман К.Ф., Лизе Б.С. Когнитивная терапия злоупотребления психоактивными веществами. - Нью-Йорк: Гилфорд Пресс, 1993.

5. Лазарус Р. С., Фолкман С. Стресс, оценка и совладание. - Нью-Йорк: Спрингер, 1984.

6. Марлатт Г.А., Гордон Дж.Р. Предупреждение рецидива: стратегии поддержания результатов при появлении аддиктивного поведения. - Нью-Йорк: Гилфорд Пресс, 1985.

7. Янг Дж. Э., Клоско Дж. С., Вайсхаар М. Э. Схема терапии: руководство для практикующих специалистов. - Нью-Йорк: Гилфорд Пресс, 2003.

MENTAL HEALTH OF INDIVIDUALS AND SOCIETY. CURRENT INTERDISCIPLINARY PROBLEMS

Keragodu R. S.
Department of Information Technology
Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo
Scientific supervisors: Shternis T. A., Rudnev P. S.

Abstract. Mental health is both an individual and a societal concern that requires coordinated interdisciplinary action. This article examines current problems at the interface of individual and population mental health: the rising global burden of mental disorders, the persistent treatment gap, social determinants of mental health, the impact of climate change, loneliness and social isolation, youth and older-adult mental health crises, and the economic consequences of untreated mental illness. Interdisciplinary challenges involving health, education, labor, social protection and environmental sectors are analyzed. Pathways for transforming public mental health systems through prevention, intersectoral collaboration, innovative financing and rights-based approaches are outlined. Addressing these problems is essential for reducing suffering, promoting social inclusion and supporting sustainable development.

Keywords: mental health, public mental health, social determinants, treatment gap, interdisciplinarity, society, prevention, stigma.

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ЛИЧНОСТИ И ОБЩЕСТВА: АКТУАЛЬНЫЕ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЕ ПРОБЛЕМЫ

Керагоду Р. С.
Кафедра информационных технологий
ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Россия, г. Кемерово
Научные руководители: к.м.н., доцент, Штернис Т. А., Руднев П. С.

Аннотация. Психическое здоровье является вопросом, затрагивающим как отдельную личность, так и общество в целом, и требующим скоординированных междисциплинарных действий. В статье рассматриваются актуальные проблемы на стыке индивидуального и популяционного психического здоровья: растущее глобальное бремя психических расстройств, сохраняющийся разрыв в доступности лечения, социальные детерминанты психического здоровья, влияние изменения климата, одиночество и социальная изоляция, кризисы психического здоровья среди молодежи и пожилых людей, а также экономические последствия отсутствия лечения психических заболеваний. Анализируются междисциплинарные вызовы, затрагивающие сферы здравоохранения, образования, труда, социальной защиты и охраны окружающей среды. Обозначаются пути преобразования систем охраны психического здоровья населения посредством профилактики, межсекторального сотрудничества, инновационного финансирования и подходов, основанных на соблюдении прав человека. Решение этих проблем необходимо для уменьшения страданий, содействия социальной интеграции и поддержки устойчивого развития.

Ключевые слова: психическое здоровье, психическое здоровье населения, социальные детерминанты, разрыв в доступности лечения, междисциплинарность, общество, профилактика, стигма.

Introduction

Mental health is no longer viewed solely as a matter of individual clinical care. It is increasingly recognized as a fundamental determinant of personal well-being, social cohesion, economic productivity and sustainable development. Nearly 1.2 billion people worldwide live with a mental disorder, almost double the number recorded in 1990, and mental disorders rank among the leading causes of disability [3, 9]. At the same time, the majority of people who need care do not receive it, particularly in low- and middle-income countries [1, 3]. This dual reality — rising need and persistent under-provision — generates a set of complex interdisciplinary problems that cannot be solved by the health sector alone.

The present article reviews the principal current problems linking the mental health of individuals with the health of society. It focuses on the global burden and treatment gap, social determinants, emerging environmental and demographic pressures, economic consequences and the necessity of intersectoral responses.

Objects and methods of research

The study is conducted as a structured narrative review of scientific literature, global reports and policy analyzes published mainly between 2020 and 2026. Sources included data from the Global Burden of Disease studies, World Health Organization fact sheets, systematic reviews on social determinants of mental health, reports on climate change and mental health, analyzes of youth and older-adult mental health, and publications on public mental health system transformation. Priority was given to high-quality evidence syntheses and authoritative international reports addressing the interface between individual and population mental health.

Results and their discussion

The rising global burden and the treatment gap

Mental disorders now affect a substantial proportion of the world’s population and account for a large share of years lived with disability. Anxiety disorders and major

depressive disorder have shown particularly sharp increases in recent years [3, 9]. Despite this burden, treatment coverage remains low in most countries [1, 3]. Only a small fraction of individuals with major depression receive minimally adequate care, and the gap is widest in low-resource settings. The treatment gap is sustained by underfunding of mental health services, workforce shortages, fragmented care systems, stigma and limited integration of mental health into primary care and community platforms. Closing this gap is both a clinical and a social justice imperative.

Social determinants of mental health

A robust body of evidence demonstrates that unfavorable social circumstances — poverty, inequality, unemployment, discrimination, adverse childhood experiences, violence and lack of social support — increase vulnerability to mental ill health across the life course [2]. These determinants operate through structural mechanisms that generate and perpetuate intergenerational cycles of disadvantage. Addressing social determinants therefore requires action beyond the clinic: policies that reduce poverty and inequality, protect children, promote decent work, combat discrimination and strengthen social protection systems. Such action is inherently interdisciplinary and engages health, education, labor, housing and social welfare sectors.

Emerging pressures: climate, loneliness, youth and ageing

Climate change and extreme weather events are increasingly recognized as threats to mental health through direct trauma, displacement, loss of livelihood and chronic stress [4]. Loneliness and social isolation have been described as epidemics in many societies and are significant risk factors for depression, anxiety and reduced life expectancy, particularly among older adults [5, 11]. Youth mental health has become a major concern: high rates of depressive episodes, suicidal ideation and limited access to care are reported in multiple countries [7, 15]. Simultaneously, population ageing increases the absolute number of older people living with mental disorders, while ageism and under-recognition of late-life mental health problems persist. These

demographic and environmental trends intensify the demand on already stretched systems and require coordinated intersectoral responses.

Economic and societal consequences

The economic cost of mental disorders is enormous and projected to grow further [12]. Lost productivity, disability, healthcare expenditure and informal caregiving place heavy burdens on individuals, families, employers and public finances. Estimates suggest annual global costs in the trillions of dollars, with projections of further substantial increases by 2030 if current trends continue. Conversely, investment in mental health promotion, prevention and treatment yields substantial returns in health, social and economic domains. Cost-effectiveness analyzes consistently show that scaled-up packages of care for common mental disorders produce favorable benefit-cost ratios. Framing mental health as a whole-of-society issue rather than a narrow clinical concern therefore strengthens the case for sustained political and financial commitment at national and international levels.

Interdisciplinary challenges and pathways for transformation

Effective responses require collaboration across health, education, labor, social protection, justice and environmental sectors [13]. Public mental health approaches emphasize promotion and prevention across the life course, early intervention, community-based care, reduction of stigma and discrimination, and the integration of mental health into universal health coverage [1, 6, 10, 14]. Innovative financing mechanisms, including public-private partnerships, and the embedding of mental health indicators into national health information systems are important enablers. Rights-based frameworks that prioritise dignity, autonomy and social inclusion provide an ethical foundation for policy and practice. Culturally adapted interventions and the meaningful participation of people with lived experience further strengthen the relevance and acceptability of programs.

The role of psychiatry and clinical psychology in a public mental health framework

While public mental health is inherently intersectoral, psychiatry and clinical psychology retain essential roles [8]. Clinicians contribute specialized assessment and treatment, train primary-care and community workers, participate in the design of stepped-care models, and generate clinical and epidemiological evidence that informs policy. At the same time, professionals must broaden their perspective beyond individual pathology to engage with prevention, social determinants and system-level change. Training programs should therefore include competencies in public mental health, intersectoral collaboration and advocacy. Only when clinical expertise is combined with population-oriented strategies can the dual goals of relieving individual suffering and improving societal mental health be achieved.

Conclusion

The mental health of individuals and the mental health of society are inseparable. Current interdisciplinary problems — the rising burden of disorders, the large treatment gap, powerful social determinants, climate and demographic pressures, loneliness, and substantial economic costs — demand responses that go beyond traditional clinical services. Prevention, intersectoral collaboration, sustainable financing, stigma reduction and rights-based approaches are essential components of transformation.

Progress will depend on political commitment, investment, continuous monitoring and the willingness of multiple sectors to treat mental health as a shared responsibility. Research must continue to clarify causal pathways, evaluate intersectoral interventions and document economic returns. Education of future professionals should equip them to work across disciplinary boundaries. Ultimately, only through sustained and coordinated action can societies reduce suffering, promote social inclusion and support the mental well-being of present and future generations.

International organizations, national governments, professional associations, civil society and people with lived experience all have complementary roles to play. The scale of the challenge is large, yet the potential benefits of concerted action — reduced suffering, greater social cohesion, improved productivity and more equitable societies — justify the effort required.

In practical terms, the transformation of mental health systems requires concrete steps: the systematic integration of mental health into primary health care, the expansion of community-based services, the development of school- and workplace-based prevention programs, the strengthening of social protection for people with mental disorders, and the continuous training of a diverse mental health workforce. Monitoring frameworks that track both clinical and social outcomes are needed to guide iterative improvement.

References:

1. Okesanya, O. J. Transforming public mental health: a review on global trends, challenges, and pathways to change / O. J. Okesanya [et al.] // Health Care Analysis. 2025. Vol. 34. P. 57–85.

2. Kirkbride, J. B. The social determinants of mental health and disorder: evidence, prevention and recommendations / J. B. Kirkbride [et al.] // World Psychiatry. 2024. Vol. 23, No. 1. P. 58–90.

3. Global mental disorders have nearly doubled since 1990, now affecting 1.2 billion people worldwide. — Institute for Health Metrics and Evaluation, 2026.

4. UK Health Security Agency. Climate change and mental health report. — London : UKHSA / GOV.UK, 2025.

5. Mental health of older adults : fact sheet. — World Health Organization, 2026.).

6. Boardman, J. Social Inclusion and Mental Health: Understanding Poverty, Inequality and Social Exclusion / J. Boardman, H. Killaspy, G. Mezey. 2nd ed. London : RCPsych Publications / Cambridge University Press, 2022.

7. Why we must take action on youth brain health for the economy. — World Economic Forum, 2025.

8. A Social Psychiatrist Looks Back on 2024 and Forward to 2025 // Psychiatric Times. 2024. December 6.

9. Global Burden of Disease Collaborative Network. Global Burden of Disease Study estimates on mental disorders. Seattle : Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME).

10. World Health Organization. Comprehensive Mental Health Action Plan 2013–2030. Geneva : WHO, 2021.

11. World Health Organization. Social isolation and loneliness among older people: advocacy brief. Geneva : WHO, 2021.

12. Chisholm, D. Scaling-up treatment of depression and anxiety: a global return on investment analysis / D. Chisholm [et al.] // Lancet Psychiatry. 2016. Vol. 3, No. 5. P. 415–424.

13. World Health Organization. Guidance on community mental health services: promoting person-centred and rights-based approaches. Geneva : WHO, 2021.

14. Thornicroft, G. Evidence for effective interventions to reduce mental-health-related stigma and discrimination / G. Thornicroft [et al.] // Lancet. 2016. Vol. 387. P. 1123–1132.

15. McGorry, P. D. Designing and scaling up integrated youth mental health care / P. D. McGorry [et al.] // World Psychiatry. 2022. Vol. 21, No. 1. P. 61–76.

DIGITAL IMPLEMENTATION OF THE PHQ-9 AND GAD-7 ASSESSMENT MEASURES: PROTOTYPE PROGRAMS FOR MEASUREMENT-BASED CARE IN PSYCHIATRY

Kumar N.
Department of Information Technology
Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo
Scientific supervisors: Shternis T. A., Rudnev P. S.

Abstract. Measurement-based care improves outcomes in depression and anxiety but is often limited by the time required to score paper questionnaires. This research paper describes two console prototypes written in Python that digitize the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) and the Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7) scales. Both instruments are widely used severity measures. Each program presents the standard items, validates numeric answers (0–3), calculates the total score, assigns a severity category, and, for the PHQ-9, flags any positive response on the self-harm ideation item. Preliminary testing by university staff showed no calculation errors. Example runs, source-code fragments, tables of severity bands and graphs of test-case distributions are presented. After refinement and formal clinical validation the programs may simplify and accelerate scoring in educational and clinical settings.

Keywords: digital psychiatry, PHQ-9, GAD-7, measurement-based care, depression, anxiety, prototype software.

ЦИФРОВАЯ РЕАЛИЗАЦИЯ ШКАЛ PHQ-9 И GAD-7: ПРОТОТИПЫ ПРОГРАММ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ НА ОСНОВЕ ДАННЫХ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ В ПСИХИАТРИИ

Кумар Н.
Кафедра информационных технологий
ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Россия, Кемерово
Научные руководители: к.м.н., доцент, Штернис Т. А., Руднев П. С.

Аннотация. Лечение, опирающееся на данные доказательной медицины, улучшает исходы при депрессии и тревоге, но часто ограничена временем подсчёта бумажных опросников. Описаны два консольных прототипа на Python, оцифровывающих PHQ-9 и GAD-7. Программы предъявляют пункты, проверяют ответы 0–3, вычисляют балл, определяют тяжесть и отмечают положительный ответ по пункту 9 PHQ-9. Тестирование сотрудниками университета не выявило ошибок. Приведены примеры работы, фрагменты кода, таблицы и графики. После доработки и клинической валидации программы могут упростить подсчёт результатов.

Ключевые слова: цифровая психиатрия, PHQ-9, GAD-7, помощь на основе измерений, депрессия, тревога, прототип ПО.

Introduction

Depressive and anxiety disorders remain leading contributors to the global burden of disease. Measurement-based care (MBC), in which standardized scales are administered regularly and used to guide treatment, improves outcomes compared with usual care [6, 7, 14]. Among the instruments most frequently recommended for adults are the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) for depression and the Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7) for anxiety [1, 2, 15].

The PHQ-9 maps onto the nine DSM symptom criteria for major depressive disorder and yields a total score from 0 to 27 [1, 4]. The GAD-7 comprises seven items and yields a total score from 0 to 21 [2, 5]. Both use a four-point frequency scale (0 = not at all; 1 = several days; 2 = more than half the days; 3 = nearly every day). The American Psychiatric Association lists the PHQ-9 among the DSM educational severity measures for depression in adults [3].

Digital versions of these scales reduce scoring time and transcription errors and support longitudinal monitoring [8, 9, 12]. Transparent console prototypes that use only

basic input and output functions are useful for teaching students how clinical scales are converted into digital procedures and for demonstrating validation and scoring logic without a graphical interface [10, 11, 13].

The aim of this study was to implement digital prototypes of the PHQ-9 and GAD-7 in Python, describe their operating principles including source-code structure, perform preliminary testing of calculation correctness, and present the results with tables and graphs.

Objects and methods of research

Objects. The PHQ-9 consists of nine items rated over the past two weeks; the total score ranges from 0 to 27. Severity bands are shown in Table 1 [1, 4]. Item 9 (thoughts of being better off dead or of self-harm) requires clinical attention if scored above zero, independent of the total [1]. The GAD-7 consists of seven items; the total score ranges from 0 to 21. Severity bands are shown in Table 2 [2, 5].

Table 1

Interpretation of PHQ-9 total scores [1, 4]

Total score	Severity category	Typical clinical action
0–4	Minimal depression	Routine screening
5–9	Mild depression	Watchful waiting / repeat
10–14	Moderate depression	Treatment plan
15–19	Moderately severe	Active treatment
20–27	Severe depression	Immediate treatment

Table 2

Interpretation of GAD-7 total scores [2, 5]

Total score	Severity category
0–4	Minimal anxiety
5–9	Mild anxiety
10–14	Moderate anxiety
15–21	Severe anxiety

Programming environment. Both programs were written in Python 3 using only inbuilt functions, mainly print() and input(). No external libraries are required, so the code runs on any standard interpreter and remains fully readable [10, 12].

Core algorithm (shared pattern). (1) Display header and response key; (2) present each item; (3) validate that the answer is in {0, 1, 2, 3}; (4) accumulate scores; (5) compute total and severity category; (6) for PHQ-9, flag item 9 if > 0; (7) display a screening disclaimer. The algorithm is illustrated as a flowchart in Fig. 1.

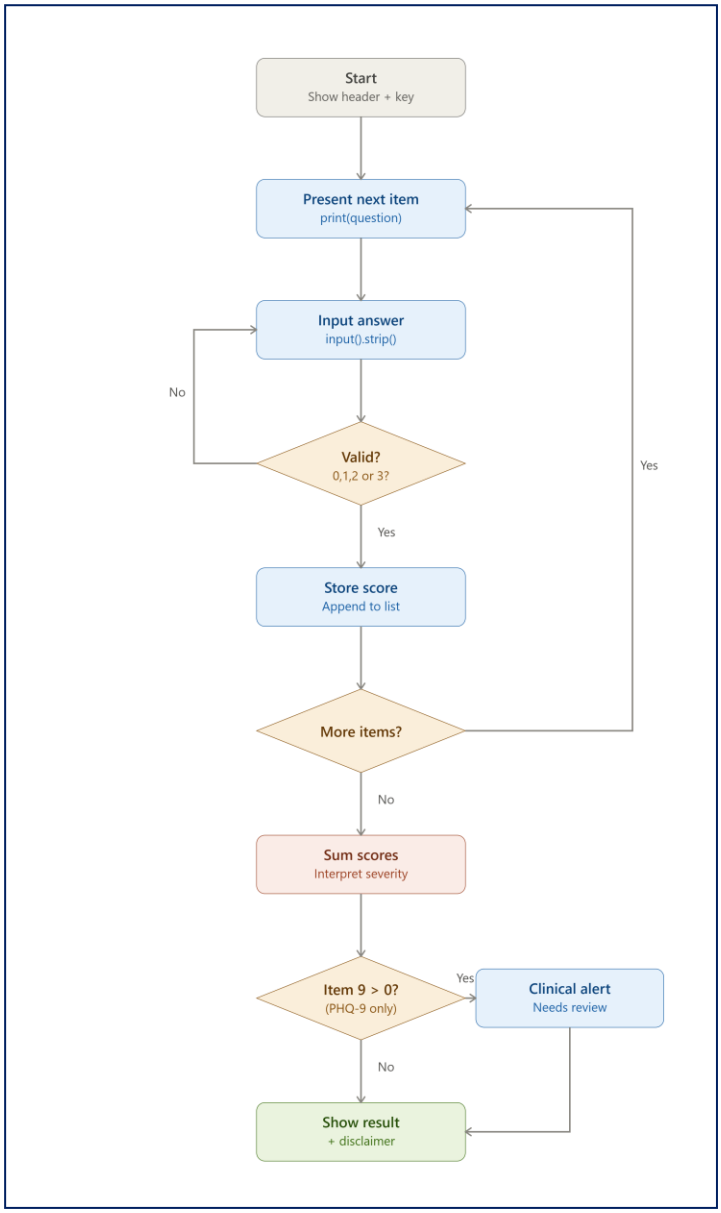


Fig. 1. Flowchart of the digital PHQ-9 / GAD-7 program algorithm.

The answer-validation function is shown in Fig. 2 (screenshot of the source code).

```
Code fragment 1: answer validation

def get_valid_answer(prompt):
    while True:
        raw = input(prompt).strip()
        if raw in ("0", "1", "2", "3"):
            return int(raw)
        print("  Please enter only 0, 1, 2 or 3.")
```

Fig. 2. Screenshot of the answer-validation function (source code).

The severity-interpretation function (PHQ-9) is shown in Fig. 3 (screenshot of the source code).

```
Code fragment 2: severity interpretation (PHQ-9)

def interpret_score(total):
    if total <= 4:
        return "Minimal depression (0–4)"
    if total <= 9:
        return "Mild depression (5–9)"
    if total <= 14:
        return "Moderate depression (10–14)"
    if total <= 19:
        return "Moderately severe depression (15–19)"
    return "Severe depression (20–27)"
```

Fig. 3. Screenshot of the severity-interpretation function (source code).

The main scoring loop (PHQ-9) is shown in Fig. 4 (screenshot of the source code).

```
Code fragment 3: main scoring loop (PHQ-9)

scores = []
for q in questions:
    print(q)
    score = get_valid_answer("  Your answer (0–3): ")
    scores.append(score)
total = sum(scores)
severity = interpret_score(total)
if scores[8] >= 1:
    print("  NOTE: Item 9 requires clinical attention.")
```

Fig. 4. Screenshot of the main scoring loop (source code).

Testing. Staff of the Department of Psychiatry tested minimum and maximum totals, boundary values between severity bands, mixed patterns, positive item 9 (PHQ-9), and invalid input. Outputs were compared with manual addition and published cut-offs [1, 2].

Results and their discussion

Both programs accepted only valid answers (0–3). Invalid input was rejected until a legal value was entered. In all test scenarios the total scores matched manual sums, and severity categories matched Tables 1 and 2 [1, 2, 4, 5]. When PHQ-9 item 9 was ≥ 1, the clinical-attention note always appeared. No calculation errors were found (Table 3).

Table 3

Selected demonstration runs of the two prototypes

Scale	Item answers (example)	Total	Category
PHQ-9	1,2,1,2,1,2,1,1,0	11	Moderate depression
GAD-7	2,2,1,2,1,2,1	11	Moderate anxiety
PHQ-9	0,0,1,0,0,0,0,0,0	1	Minimal depression
GAD-7	3,3,3,2,2,2,1	16	Severe anxiety

Example screen output of the PHQ-9 program (moderate depression) is shown in Fig. 5. Example output of the GAD-7 program is shown in Fig. 6.

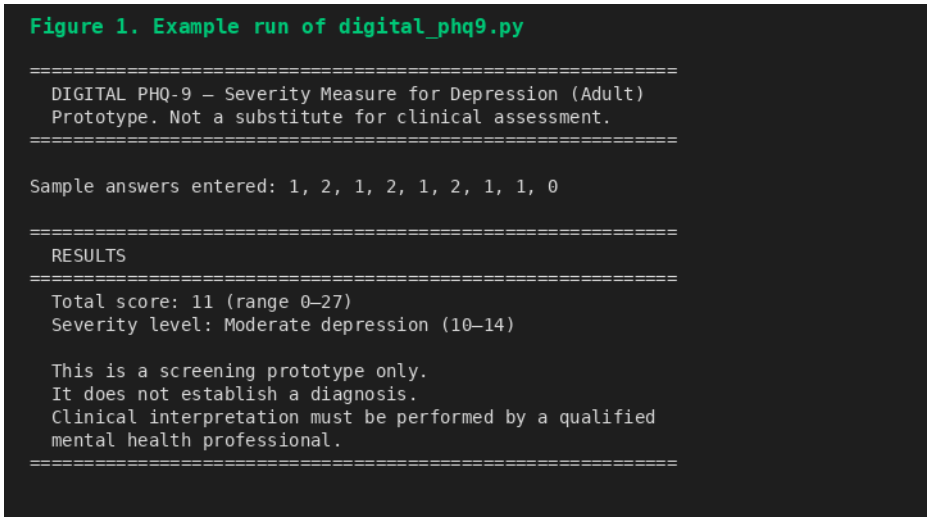


Fig. 5. Example run of digital_phq9.py (total = 11).

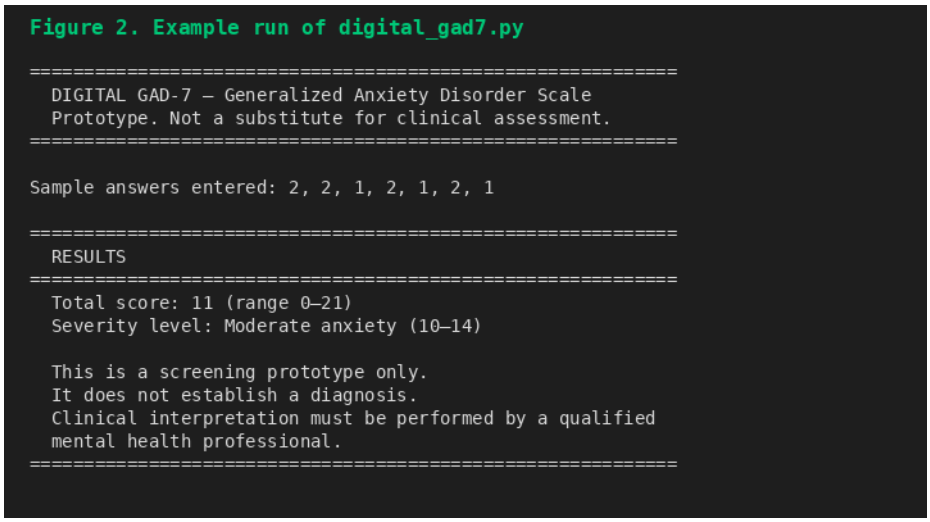


Fig. 6. Example run of digital_gad7.py (total = 11).

The distribution of planned test cases across PHQ-9 and GAD-7 severity bands is summarized in Fig. 7 and 8. Paired demonstration totals are shown in Fig. 9.

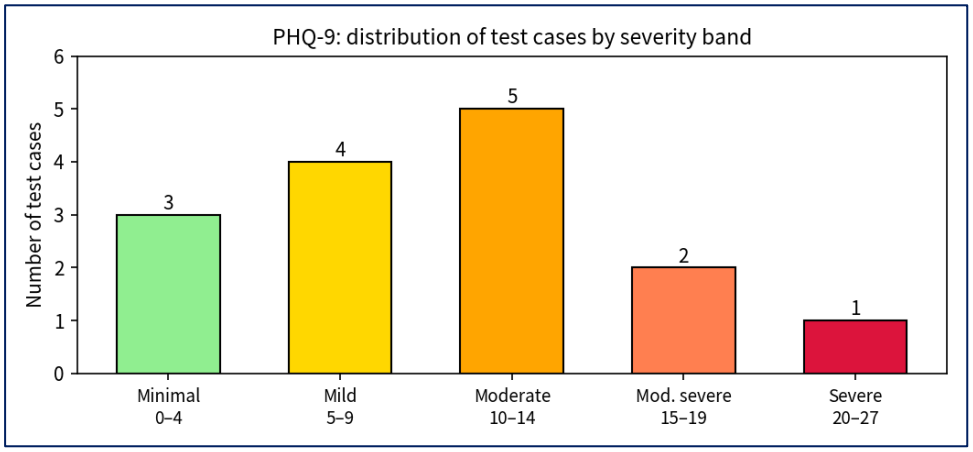


Fig. 7. Distribution of PHQ-9 test cases by severity band.

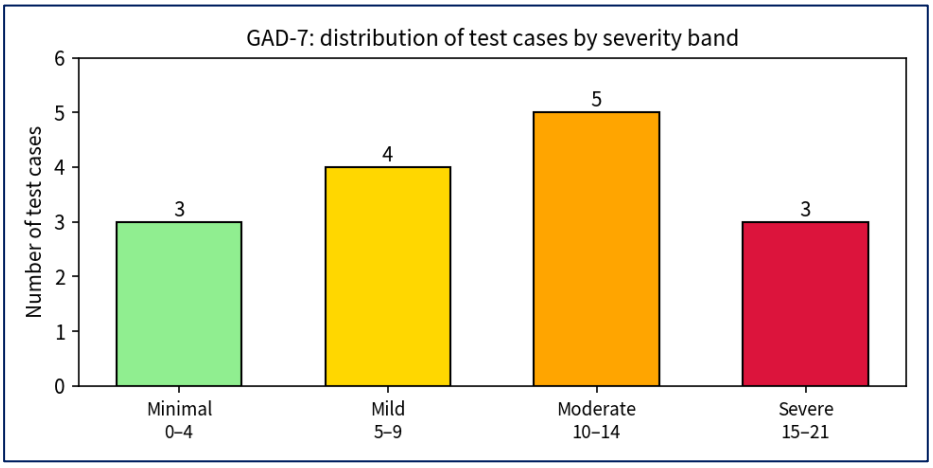


Fig. 8. Distribution of GAD-7 test cases by severity band.

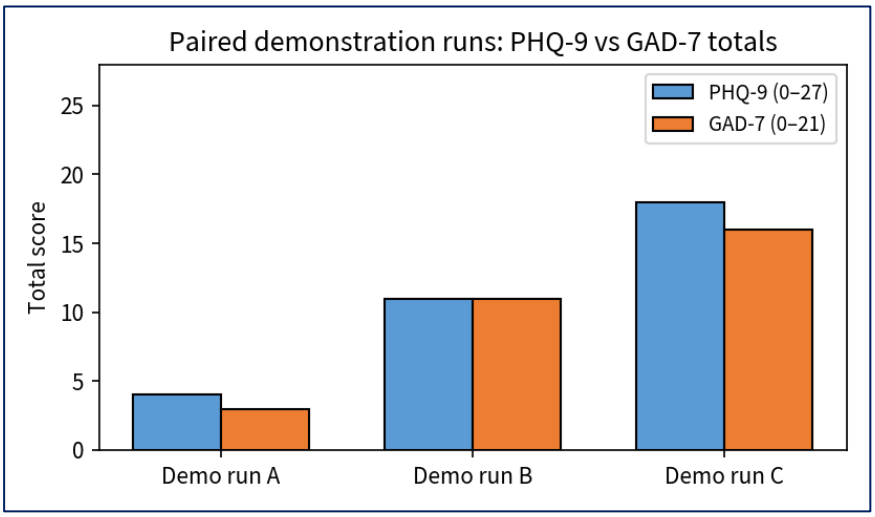


Fig. 9. Paired demonstration runs: PHQ-9 vs GAD-7 total scores.

Electronic PHQ-9 and GAD-7 tools already exist in electronic health records and mobile applications [8, 9]. The present prototypes differ by deliberate simplicity and full visibility of the scoring logic, which supports teaching of digital psychiatry and clinical psychometrics [10, 12, 13]. Digital mental-health research emphasizes that automation of standardized measures can reduce administrative burden when clinical interpretation remains professional [8, 11, 16].

Limitations include the absence of result storage, multilingual support and formal clinical validation with patients. The scoring algorithms reproduce published rules and are therefore consistent with clinical recommendations for severity classification [1, 2, 15]. Extension to other numeric APA educational measures is straightforward [3].

Conclusion

Console prototypes of the PHQ-9 and GAD-7 were developed and tested. They administer standard items, validate answers, compute totals, assign severity categories and, for the PHQ-9, flag a positive self-harm ideation item. University staff testing confirmed correct calculation and agreement with published cut-offs [1, 2, 4, 5].

After upgrading (storage, authentication, multilingual interface) and official clinical validation, the programs can simplify and accelerate PHQ-9 and GAD-7 scoring in educational settings and, subject to regulation, support psychiatric practice [7, 8, 12, 14]. The same approach can be applied to other standardized assessment measures with a comparable numeric structure [3, 15].

References:

1. Kroenke, K. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure / K. Kroenke, R. L. Spitzer, J. B. Williams // Journal of General Internal Medicine. — 2001. Vol. 16, No. 9. P. 606–613.

2. Spitzer, R. L. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7 / R. L. Spitzer, K. Kroenke, J. B. Williams, B. Löwe // Archives of Internal Medicine. 2006. Vol. 166, No. 10. P. 1092–1097.

3. American Psychiatric Association. DSM-5-TR Online Assessment Measures. Severity Measure for Depression Adult (PHQ-9

4. Kroenke, K. The PHQ-9: a new depression diagnostic and severity measure / K. Kroenke, R. L. Spitzer // Psychiatric Annals. 2002. Vol. 32, No. 9. P. 509–515.

5. Löwe, B. Validation and standardization of the Generalized Anxiety Disorder Screener (GAD-7) in the general population / B. Löwe [et al.] // Medical Care. 2008. Vol. 46, No. 3. P. 266–274.

6. Guo, T. Measurement-based care versus standard care for major depression: a randomized controlled trial with blind raters / T. Guo [et al.] // American Journal of Psychiatry. 2015. Vol. 172, No. 10. P. 1004–1013.

7. Fortney, J. C. A tipping point for measurement-based care / J. C. Fortney [et al.] // Psychiatric Services. 2017. Vol. 68, No. 2. P. 179–188.

8. Torous, J. The evolving field of digital mental health: current evidence and implementation issues for smartphone apps, generative artificial intelligence, and virtual reality / J. Torous [et al.] // World Psychiatry. 2025. Vol. 24, No. 2. P. 156–174.

9. Linardon, J. The efficacy of app-supported smartphone interventions for mental health problems: a meta-analysis of randomized controlled trials / J. Linardon [et al.] // World Psychiatry. 2019. Vol. 18, No. 3. P. 325–336.

10. Sun, J. Practical AI application in psychiatry: historical review and future directions / J. Sun [et al.] // Molecular Psychiatry. 2025. Vol. 30. P. 4399–4408.

11. Alhuwaydi, A. M. Exploring the Role of Artificial Intelligence in Mental Healthcare / A. M. Alhuwaydi // Risk Management and Healthcare Policy. 2024. Vol. 17. P. 1339–1348.

12. Wu, H. Digital psychiatry: concepts, framework, and implications / H. Wu, M. D. Li // Frontiers in Psychiatry. 2025. Vol. 16. Art. 1572444.

13. Yoon, S. C. Digital Psychiatry with Chatbot: Recent Advances and Limitations / S. C. Yoon [et al.] // Clinical Psychopharmacology and Neuroscience. 2025. Vol. 23, No. 4. P. 542–550.

14. Lewis, C. C. Implementing measurement-based care in behavioral health: a review / C. C. Lewis [et al.] // JAMA Psychiatry. 2019. Vol. 76, No. 3. P. 324–335.

15. Kroenke, K. The Patient Health Questionnaire Somatic, Anxiety, and Depressive Symptom Scales: a systematic review / K. Kroenke [et al.] // General Hospital Psychiatry. 2010. Vol. 32, No. 4. P. 345–359.

16. American Psychiatric Association. Digital Mental Health resources. URL: https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/digital-mental-health (дата обращения: 28.10.2026).

DIGITALIZATION IN PSYCHIATRY: CURRENT TRENDS, OPPORTUNITIES AND CHALLENGES

Kumar N.
Department of Information Technology
Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo
Scientific supervisors: Shternis T. A., Rudnev P. S.

Abstract. Digitalization is transforming modern psychiatry by expanding access to care, improving diagnostic accuracy and supporting continuous monitoring of mental health. This article reviews the principal domains of digital psychiatry, including telepsychiatry, digital therapeutics, artificial intelligence applications, digital phenotyping and chatbot-based interventions. Evidence of clinical effectiveness, implementation barriers, ethical and regulatory challenges is analyzed. The necessity of a hybrid model that combines digital tools with professional clinical judgment is substantiated. The findings demonstrate that carefully integrated digital technologies

can significantly enhance the quality and accessibility of psychiatric care while requiring strict safety, privacy and evidence standards.

Keywords: digitalization, psychiatry, telepsychiatry, digital therapeutics, artificial intelligence, mental health, chatbots, digital phenotyping.

ЦИФРОВИЗАЦИЯ В ПСИХИАТРИИ: СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ, ВОЗМОЖНОСТИ И ВЫЗОВЫ

Кумар Н.
Кафедра информационных технологий
ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, Кемерово
Научные руководители: к.м.н., доцент, Штернис Т. А., Руднев П. С.

Аннотация. Цифровизация трансформирует современную психиатрию, расширяя доступ к медицинской помощи, повышая точность диагностики и обеспечивая непрерывный мониторинг психического здоровья. В статье рассматриваются основные направления цифровой психиатрии, включая телепсихиатрию, цифровые терапевтические решения, применение искусственного интеллекта, цифровое фенотипирование и вмешательства с использованием чат-ботов. Анализируются данные о клинической эффективности, барьеры на пути внедрения, а также этические и регуляторные проблемы. Обосновывается необходимость применения гибридной модели, сочетающей цифровые инструменты с профессиональным клиническим суждением. Результаты показывают, что грамотное внедрение цифровых технологий способно существенно повысить качество и доступность психиатрической помощи, при условии соблюдения строгих стандартов безопасности, конфиденциальности и доказательности.

Ключевые слова: цифровизация, психиатрия, телепсихиатрия, цифровые терапевтические решения, искусственный интеллект, психическое здоровье, чат-боты, цифровое фенотипирование.

Introduction

Mental disorders remain one of the leading causes of disability worldwide. According to global estimates, nearly half of individuals who need psychiatric care do not receive adequate treatment because of workforce shortages, geographic barriers, stigma and high costs. The rapid development of information and communication technologies has opened a new pathway for addressing these systemic gaps. Digitalization in psychiatry encompasses a broad spectrum of tools: synchronous and asynchronous telepsychiatry, smartphone applications, prescription digital therapeutics, artificial intelligence systems for diagnostics and risk prediction, wearable sensors for digital phenotyping, virtual reality environments and conversational agents (chatbots).

The COVID-19 pandemic accelerated the adoption of remote mental health services and demonstrated that many forms of psychiatric assessment and psychotherapy can be delivered effectively at a distance. Subsequent years have witnessed further technological maturation, especially in generative artificial intelligence and large language models. These advances raise both unprecedented opportunities and substantial clinical, ethical and regulatory questions. The present article aims to systematize current knowledge on digitalization in psychiatry, evaluate the strength of evidence for different digital modalities and outline the conditions necessary for their safe and effective integration into clinical practice.

Objects and methods of research

The study is designed as a structured narrative review of scientific literature published predominantly between 2020 and 2026. Sources included peer-reviewed journals indexed in major international databases, official regulatory documents of the

U.S. Food and Drug Administration (FDA) concerning digital therapeutics, position papers of professional psychiatric associations and recent systematic reviews and meta-analyses. Priority was given to randomized controlled trials, large observational studies and high-quality evidence syntheses addressing clinical effectiveness, implementation outcomes, safety and ethical aspects of digital mental health interventions. Materials not matching the conference profile or lacking empirical grounding were excluded. The analysis focused on five interrelated domains: telepsychiatry, digital therapeutics, artificial intelligence applications, digital phenotyping and conversational agents.

Results and their discussion

Telepsychiatry

Telepsychiatry, defined as the delivery of psychiatric services via real-time videoconferencing or asynchronous communication, has the most robust evidence base among digital modalities. Multiple meta-analyses confirm diagnostic reliability and therapeutic outcomes comparable to in-person care for mood disorders, anxiety disorders, post-traumatic stress disorder and selected psychotic conditions [4, 5, 8]. Continuity of care, reduced travel burden and higher appointment adherence are consistently reported advantages [5]. In rural and underserved regions telepsychiatry significantly expands access. Nevertheless, limitations remain: technical infrastructure requirements, reimbursement variability, clinician training needs and the difficulty of conducting comprehensive physical examinations or managing acute behavioral crises at a distance. Hybrid models that combine remote consultations with periodic face-to-face visits appear optimal for most patient populations.

Digital therapeutics

Prescription digital therapeutics (PDTs) represent software-based interventions that deliver evidence-based behavioral treatments and require regulatory clearance. Several PDTs have received FDA authorization for insomnia, substance use disorders, attention-deficit/hyperactivity disorder and major depressive disorder [11]. Clinical

trials demonstrate clinically meaningful symptom reduction, particularly when digital programs are used as adjuncts to pharmacotherapy or conventional psychotherapy [2, 6, 11]. Advantages include standardized delivery of cognitive-behavioral techniques, 24-hour availability and potential cost-effectiveness at scale [13]. Persistent challenges include relatively high dropout rates, limited insurance coverage in many health systems, low provider awareness and the need for sustained patient engagement. Integration of PDTs into electronic health records and clinical workflows remains incomplete in most settings.

Artificial intelligence in diagnosis and treatment support

Artificial intelligence (AI) applications in psychiatry span natural language processing of clinical notes and speech, image analysis of neuroimaging data, predictive modeling of treatment response and relapse risk, and multimodal fusion of behavioral, physiological and self-report data. Machine-learning algorithms have shown promising accuracy in differentiating diagnostic categories and forecasting suicidal ideation or hospitalization [1, 7]. Generative AI models are increasingly explored for automated documentation, clinical decision support and personalized psycho-education [7, 8]. However, most models remain at the proof-of-concept stage. High risk of bias, limited external validation, dataset shift across populations and the “black-box” nature of complex algorithms constrain immediate clinical deployment. Regulatory frameworks for AI as a medical device are still evolving, and liability questions are unresolved.

Digital phenotyping and passive sensing

Digital phenotyping refers to the moment-by-moment quantification of individual behavior through smartphone sensors, wearables and online activity. Metrics such as mobility patterns, sleep duration, social interaction frequency, voice characteristics and keyboard dynamics can serve as objective markers of mood, cognition and functional status. Longitudinal passive data collection enables early

detection of decompensation and supports just-in-time adaptive interventions. Ethical concerns surrounding continuous surveillance, informed consent, data ownership and the potential for algorithmic discrimination require rigorous governance. Clinical utility depends on validated thresholds, transparent algorithms and meaningful translation of sensor data into actionable clinical insights.

Conversational agents and chatbots

AI-powered chatbots based on large language models have rapidly entered the mental health space. Some systems grounded in cognitive-behavioral therapy principles demonstrate moderate efficacy in reducing symptoms of depression and anxiety in controlled trials [6, 12]. Users often report a sense of therapeutic alliance and appreciate the anonymity and continuous availability. At the same time, serious risks have been documented: inappropriate or harmful responses during crisis situations, reinforcement of delusional content, over-reliance that may erode real-world social skills, and insufficient crisis escalation protocols. Leading experts advocate a hybrid model in which chatbots function as adjunctive tools under professional supervision rather than as autonomous therapists [3, 8]. Safety guardrails, continuous monitoring and clear disclosure of non-human status are mandatory.

Implementation barriers and ethical considerations

Despite technological progress, large-scale adoption faces multiple obstacles. Digital literacy varies widely across age groups and socioeconomic strata, creating a risk of widening health inequities [8, 14]. Data privacy and cybersecurity are critical given the sensitivity of mental health information. Interoperability between digital platforms and existing electronic health records is often poor. Clinician acceptance depends on perceived usefulness, ease of use, reimbursement policies and protection against increased administrative burden. Ethical principles of autonomy, beneficence, non-maleficence and justice must guide every stage of design, validation and deployment. Special attention is required for vulnerable populations, including

children, older adults, individuals with severe mental illness and combat veterans experiencing post-traumatic stress.

Conclusion

Digitalization constitutes one of the most significant transformative forces in contemporary psychiatry. Telepsychiatry has already proven clinical equivalence for a wide range of conditions and substantially improves access [5, 15]. Digital therapeutics, artificial intelligence tools, digital phenotyping and conversational agents offer additional avenues for personalization, scalability and continuous support [8, 9, 10]. Nevertheless, technological capability alone is insufficient. Sustainable integration demands rigorous clinical validation, robust ethical and regulatory frameworks, clinician training, equitable access policies and a clear commitment to hybrid models that preserve the irreplaceable role of human empathy, professional judgment and the therapeutic relationship. Future research should prioritize large-scale pragmatic trials, long-term outcome studies, cost-effectiveness analyses [13] and the development of transparent, bias-mitigated AI systems. Only under these conditions can digital technologies realize their full potential to improve mental health outcomes for individuals and society.

References:

1. Alhuwaydi, A. M. Exploring the Role of Artificial Intelligence in Mental Healthcare: Current Trends and Future Directions – A Narrative Review for a Comprehensive Insight / A. M. Alhuwaydi // Risk Management and Healthcare Policy. 2024. Vol. 17. P. 1339–1348.

2. Crocamo, C. Digital mental health interventions: a meta-analysis of efficacy across depression, anxiety, PTSD and substance use disorders / C. Crocamo [et al.] // Frontiers in Psychiatry. 2025. — Vol. 16.

3. Frances, A. The Hybrid Model: Humans & Chatbots Working Together / A. Frances, D. Dees // Psychiatric Times. 2025. November 25.

4. van der Merwe, M. Diagnostic assessment via live telehealth (phone or video) versus face-to-face for the diagnoses of psychiatric conditions: a systematic review / M. van der Merwe, T. Atkins, A. M. Scott [et al.] // Journal of Clinical Psychiatry. 2024.

5. Hilty, D. M. The effectiveness of telemental health: a 2013 review / D. M. Hilty [et al.] // Telemedicine and e-Health. 2013. Vol. 19, No. 6. P. 444–454.

6. Linardon, J. Efficacy of app-supported smartphone interventions for mental health problems: a meta-analysis / J. Linardon [et al.] // World Psychiatry. 2020. Vol. 19, No. 3. P. 325–336.

7. Sun, J. Practical AI application in psychiatry: historical review and future directions / J. Sun [et al.] // Molecular Psychiatry. 2025. Vol. 30. P. 4399–4408.

8. Torous, J. The evolving field of digital mental health: current evidence and implementation issues for smartphone apps, generative artificial intelligence, and virtual reality / J. Torous [et al.] // World Psychiatry. 2025. Vol. 24, No. 2. P. 145–160.

9. Wu, H. Digital psychiatry: concepts, framework, and implications / H. Wu, M. D. Li // Frontiers in Psychiatry. 2025. Vol. 16. Art. 1572444.

10. Bobkov, A. Asynchronous digital tools in psychiatric practice: triage systems, digital therapeutics and passive sensing / A. Bobkov [et al.] // Healthcare. 2025. Vol. 13, No. 11. P. 1348.

11. Ahuja, J. Download to heal: navigating the pixelated path of digital therapeutics in psychiatric care / J. Ahuja [et al.] // Brazilian Journal of Psychiatry. — 2025. Vol. 47.

12. Yoon, S. C. Digital Psychiatry with Chatbot: Recent Advances and Limitations / S. C. Yoon, J. H. An, J. S. Choi [et al.] // Clinical Psychopharmacology and Neuroscience. 2025. Vol. 23, No. 4. P. 542–550.

13. Peterson Health Technology Institute (PHTI). Virtual Solutions for Depression and Anxiety: effectiveness and cost impact. Report. New York : PHTI, May 2025.

14. American Psychiatric Association. Digital Mental Health resources and position statements. URL: https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/digital-mental-health (дата обращения: 15.07.2026).

15. Shao, X. Telepsychiatry and Artificial Intelligence: A Structured Review of Emerging Approaches to Accessible Psychiatric Care / X. Shao [et al.] // Healthcare. 2025. Vol. 13, No. 11. — Art. 1348.

DEVELOPMENT OF FIRST AID FLOWCHARTS RENDERING PROGRAM PROTOTYPE

Mishra A.
Department of Information Technology
Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo
Scientific supervisors: Shternis T. A., Rudnev P. S.

Abstract. Providing people without medical education with information related to psychiatry and medicine in general in clear form is a way to improve health literacy among the population. Healthcare websites on the World Wide Web allow to spread the medical information among wide range of population. This study contains the description of the first aid flowchart rendering program prototype, its development, structure and interface.

Keywords: psychiatry, digitalization, healthcare website, first aid, health literacy.

РАЗРАБОТКА ПРОТОТИПА ПРОГРАММЫ ОТОБРАЖЕНИЯ АЛГОРИТМОВ ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ

Мишра А.
Кафедра информационных технологий
ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Россия, г. Кемерово
Научные руководители: к.м.н., доцент, Штернис Т. А., Руднев П. С.

Аннотация. Предоставление людям, не имеющим медицинского образования, информации, касающейся психиатрии и медицины в целом, в доступной форме — это способ повышения уровня медицинской грамотности населения. Веб-сайты, посвященные вопросам здравоохранения, позволяют распространять медицинскую информацию среди широких слоев населения. В данной работе представлены описание прототипа программы, предназначенной для отображения блок-схем оказания первой помощи, процесс ее разработки, структура и интерфейс.

Ключевые слова: психиатрия, цифровизация, сайт медицинской организации, первая помощь, медицинская грамотность.

Introduction

In the present time healthcare websites with user-friendly interface are standard means of spreading medical information via the Internet. Multiple studies related to development of such websites, improvement of their functionality and analysis of their efficiency exist. Such, the study [**Ошибка! Источник ссылки не найден.**] developed the Planning Advance Care Together (PACT) website to foster inclusion of caregivers in the Advance Care Planning (ACP) process. To provide feedback about the PACT website, patients with advanced cancer (N = 11), their caregivers (N = 11), and experts (N = 10) participated in semi-structured interviews.

Evidence-based program registries (EBPRs) are web-based databases of evaluation studies that summarize the available evidence for the effectiveness of behavioral healthcare programs, including programs addressing substance misuse, mental health, child welfare, or offender rehabilitation. The study [**Ошибка! Источник ссылки не найден.**] determined the extent to which visitors to selected EBPRs accomplished the objectives of their visits and how often those visits resulted in the adoption of new or improved evidence-based interventions (EBIs).

The research [**Ошибка! Источник ссылки не найден.**] integrates Design Thinking into the requirements elicitation process to support the development of a pregnancy-focused web platform. Through direct interviews, user personas, and empathy maps, key pain points were identified, leading to the development of relevant website functionalities. The System Usability Scale (SUS) was used during usability assessment, resulting in a score of 85.5, which indicates a high level of user satisfaction and system acceptability.

This qualitative study [**Ошибка! Источник ссылки не найден.**] examines how Unaccompanied Afghan refugee minors in Flanders engage with psychological services websites, drawing on think-aloud observations and semi-structured interviews with fifteen youths aged 15–23. Thematic analysis revealed six recurring challenges: limited mental-health literacy, difficulty navigating site structure, complex or abstract language, culturally incongruent explanations of care, concerns about privacy and confidentiality, and strong emotional reactions to unclear or dense content.

The article [**Ошибка! Источник ссылки не найден.**] authors aim was to create a dementia caregiver resources website to serve as a hub for user-friendly, high-quality, and expert-reviewed dementia educational resources that clinicians can supply to family caregivers of people with dementia. Most (44/45, 98%) respondents among the website visitors agreed or strongly agreed that the website was easy to navigate, and all respondents agreed or strongly agreed that the resources were useful.

Accounting the experience of the authors of the research papers listed above, the prototype of the first aid flowcharts rendering program is developed in the current study.

Objects and methods of research

The prototype of the web application for the first aid flowcharts rendering is written in JavaScript programming language, HTML and CSS markup languages. These programming and markup languages have been selected on the basis of their frequent usage for website development. Availability of wide range of information related to fixing different issues in a web application development follows from the high popularity of the listed programming and markup languages. Wide range of available programming-related information allows to raise the speed of a web application development due to the reduction of the amount of time needed to fix different issues.

The splitting of the webpage markup file into HTML and CSS files with the page elements locations and their formatting style correspondently has been made in order to raise the convenience of programming and simplify the process of styles copying, which can be needed in the future upgrade of the application.

JavaScript is used to set the logic of the web application operation, event handling and different variables storage. The Code Pen development environment was used for the program development due to the convenience of its interface, allowing to read, write and debug HTML, CSS and JavaScript codes simultaneously in three corresponding windows (Fig. 1).

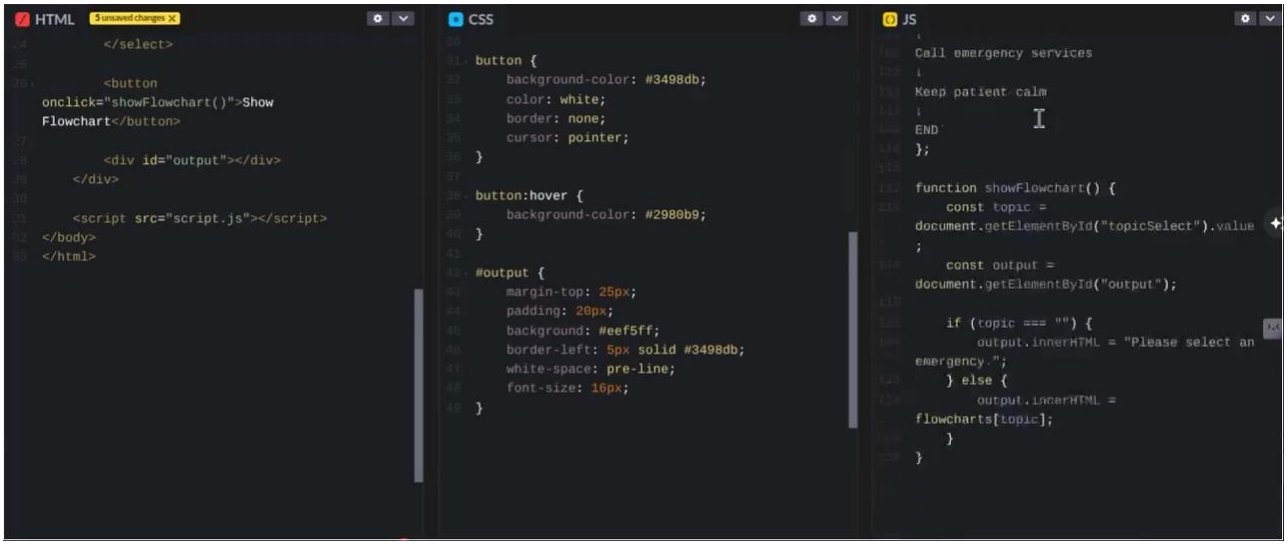


Fig. 1. Fragments of HTML, CSS and JavaScript codes in the development environment

The prototype of the first aid rendering web application allows to select a type of an emergency and display the sequence of actions for a specific emergency in a pseudo-graphic flowchart form. Usage of pseudographics instead of real computer graphics allows to economize the amount of information transferred via the Internet, which allows to sustain access to the application functionality with low network bitrate.

The web application operation prototype includes the following actions: waiting for a user to expand the drop-down list; if the list is expanded by the left mouse button click, waiting for an emergency selection in the list; if an emergency type selected, pseudo-graphic flowchart of the algorithm of actions in the selected emergency below the minimized drop-down list. The flowchart of the web application operation algorithm is displayed in Fig. 2.

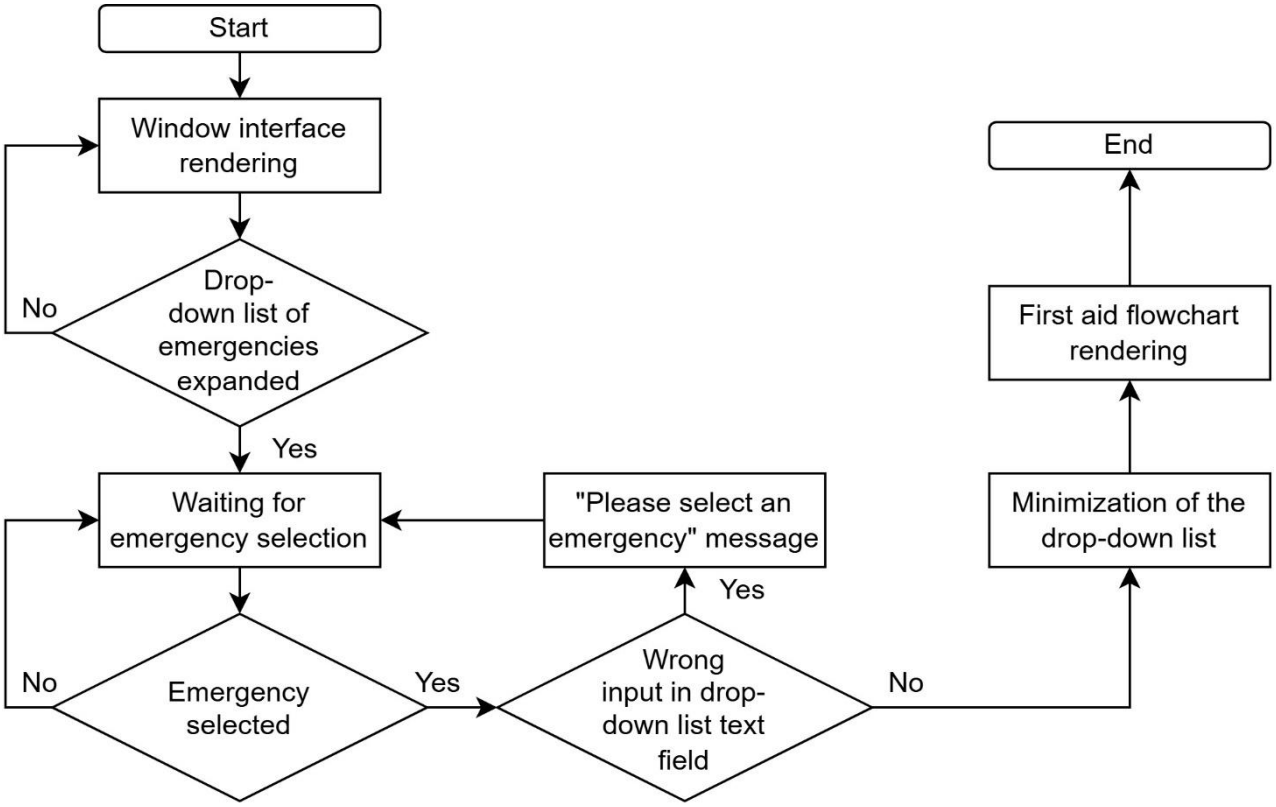


Fig. 2. Flowchart of the healthcare web application prototype operation algorithm

The code of the program in JavaScript consists of two general parts: the dictionary with string values declaration and the flowchart rendering function definition and subsequent cyclic call. The string values contain multiple lines of text. Each variable contains the symbols needed for a specific flowchart representation. Each line includes a flowchart step in the form of an inscription or pseudo-graphic down arrow symbol to connect the steps. String values are used to store not only the flowcharts pseudo-graphic representations but also to contain the inscriptions of the items in the drop-down list. All the string variables are stored in the dictionary, where the pseudo-graphic flowcharts are the items and the corresponding options in the emergencies drop-down list are their keys.

After the dictionary containing string values initialization the flowchart rendering function is defined. The function is an event, attached to the “Show Flowchart” onscreen button. This function called each time the mentioned onscreen button is clicked. In the function body the constant string variable is declared. The dictionary key for a flowchart selection is assigned to this variable. The value of the key is taken from the selected value of the drop-down list.

The second variable, declared in the function body, is constant string variable, to which the text of the output is assigned. The output text is the flowchart pseudo-graphic representation. In both cases the «getElementById () » function is used for the corresponding values assignation.

The next component of the function body is “if” construction. It is used to check the correctness of the first variable value. The drop-down list object supports the in-built functions of an item selection and item search in the text field. An item name can be not only chosen in the list, but also entered in the text field. If empty value is entered, the in-built function of the text output on a webpage displays the text “Please select an emergency.” In the “else” section of the “if” construction the output text variable assumes the value from the above-mentioned dictionary which has the same key value as the value selected in the drop-down list. By such way the pseudo-graphic flowchart is displayed below the minimized drop-down list. The graphical user interface of the web application prototype has the following view (Fig. 3):

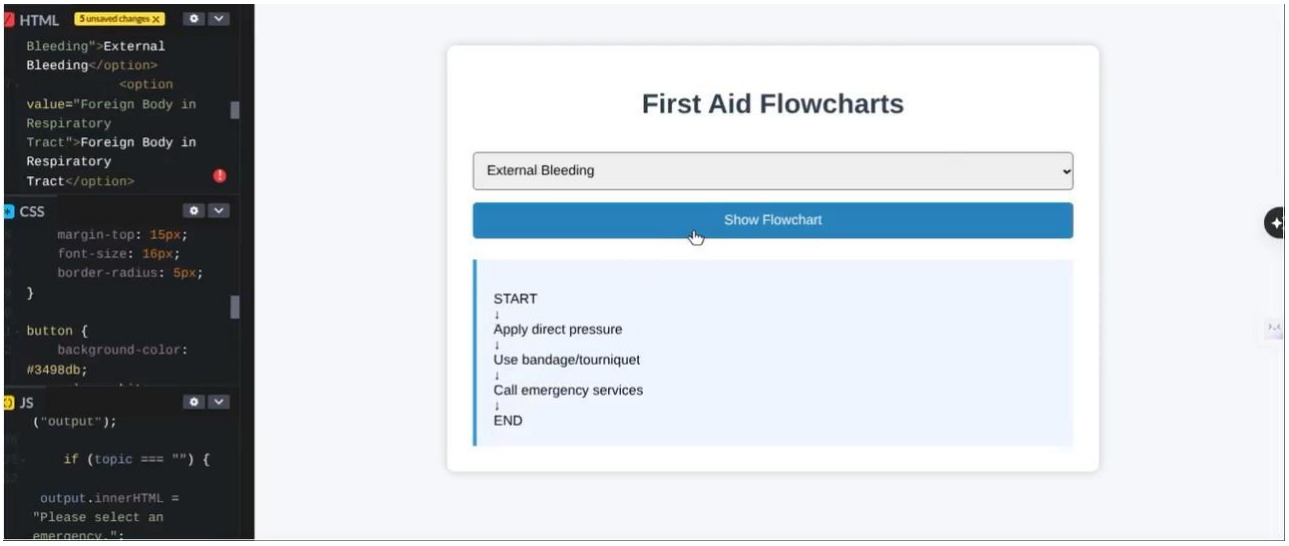


Fig. 3. Graphical user interface of the web application prototype

Each time the onscreen button “Show Flowchart” is clicked, the output text of the pseudo-graphic flowchart below the button is updated according to a new selected item from the drop-down list of emergencies.

Results and their discussion

The healthcare web application prototype described in the previous section, has been tested by the staff of the Kemerovo State Medical University, errors in the program operation are not found. The developed prototype can be integrated into a larger healthcare Internet resource to extend its functionality. Adding the options of more detailed pseudo-graphic render of the flowcharts and flowchart rendering as a set of real graphic shapes are the possible directions of the healthcare web application prototype further upgrading.

Conclusion

The prototype of the web application described in this paper is a foundation for a future healthcare web application, the integration of which into a healthcare website can become a contribution into the digitalization of medicine in general and psychiatry in particular.

References:

1. Aptworora, A. Z. A human-centered approach to maternal health: Applying design thinking in website development for pregnant women / A. Z. Aptworora [et al.] // Procedia Computer Science. 2026. Vol. 284.
2. McLaren, J. Development and Evaluation of a Clinician-Vetted Dementia Caregiver Resources Website: Mixed Methods Approach / J. McLaren [et al.] // JMIR Formative Research. 2024. — Vol. 8.
3. Magura, S. The influence of evidence-based program registry websites for dissemination of evidence-based interventions in behavioral healthcare / S. Magura [et al.] // Evaluation and Program Planning. 2023. Vol. 97.
4. Notebaert, L. Barriers and bridges: How Afghan refugee youth navigate informational websites about psychological services in Belgium / L. Notebaert, L. Sercu // PEC Global. 2026. Vol. 2.

NEW APPROACHES TO DIAGNOSIS AND CLASSIFICATION OF MENTAL DISORDERS

Pavitra R.
Department of Information Technology
Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo
Scientific supervisors: Shternis T. A., Rudnev P. S.

Abstract. Traditional categorical systems of psychiatric diagnosis, embodied in the DSM and ICD, face well-documented limitations including high comorbidity, within-disorder heterogeneity, arbitrary thresholds and limited biological validity. This article reviews the principal alternative and complementary frameworks that have emerged in recent years: the Research Domain Criteria (RDoC), the Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP), clinical staging models, network approaches and proposals for future revisions of official classifications. The strengths, limitations and potential clinical utility of these approaches are analyzed. Integration of

dimensional, transdiagnostic and mechanistic perspectives with existing categorical systems is discussed as a pragmatic pathway toward more precise and clinically useful diagnosis. The findings indicate that a gradual paradigm shift is underway, requiring coordinated research, education and service adaptation.

Keywords: diagnosis, classification, mental disorders, HiTOP, RDoC, dimensional approaches, DSM, ICD, transdiagnostic models.

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И КЛАССИФИКАЦИИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Павитра Р.
Кафедра информационных технологий
ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Россия, г. Кемерово
Научные руководители- к.м.н., доцент, Штернис Т. А., Руднев П. С.

Аннотация. Традиционные категориальные системы психиатрической диагностики, представленные в DSM и МКБ, имеют ряд хорошо изученных ограничений, включая высокую коморбидность, гетерогенность в рамках отдельных расстройств, произвольность диагностических порогов и недостаточную биологическую обоснованность. В данной статье рассматриваются основные альтернативные и дополняющие подходы, появившиеся в последние годы: критерии исследовательских доменов (RDoC), иерархическая таксономия психопатологии (HiTOP), модели клинического стадирования, сетевые подходы, а также предложения по будущему пересмотру официальных классификаций. Анализируются сильные и слабые стороны, а также потенциальная клиническая значимость этих подходов. Обсуждается интеграция дименсиональных, трансдиагностических и механистических представлений с существующими категориальными системами как прагматичный путь к более точной и клинически полезной диагностике.

Полученные данные свидетельствуют о постепенной смене парадигмы, требующей скоординированных усилий в области научных исследований, образования и адаптации системы оказания помощи.

Ключевые слова: диагностика, классификация, психические расстройства, HiTOP, RDoC, дименсиональные подходы, DSM, МКБ, трансдиагностические модели.

Introduction

Reliable and valid diagnosis is a cornerstone of clinical psychiatry, research, education and health-system planning. For several decades the dominant frameworks have been the categorical systems of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) and the International Classification of Diseases (ICD). These systems have improved reliability of communication and have facilitated large-scale research and administrative processes [10, 11]. At the same time, accumulating evidence has exposed fundamental limitations: extensive comorbidity between categories, marked heterogeneity within categories, reliance on arbitrary symptom thresholds, limited correspondence with underlying biological mechanisms, and modest predictive validity for treatment response and long-term course [3, 4].

In response, several alternative and complementary approaches to the conceptualization and classification of psychopathology have been developed. The most influential include the Research Domain Criteria (RDoC) initiative of the U.S. National Institute of Mental Health, the Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP), clinical staging models, network theories of mental disorders, and ongoing efforts to redesign future editions of the DSM and ICD. The present article reviews these new approaches, evaluates their current status and discusses pathways for their integration into clinical practice and research.

Objects and methods of research

The study is conducted as a structured narrative review of scientific literature, consensus statements and strategic documents published mainly between 2020 and 2026. Sources included peer-reviewed journals in psychiatry and clinical psychology, systematic reviews and meta-analyzes of dimensional and hierarchical models, official publications of the HiTOP consortium, RDoC-related research, and reports from working groups preparing future diagnostic revisions. Priority was given to high-quality evidence syntheses, large-scale empirical studies and expert consensus documents addressing the diagnosis and classification of mental disorders. Materials were organized according to the principal alternative frameworks and their potential points of convergence with existing categorical systems.

Results and their discussion

Limitations of traditional categorical systems

DSM and ICD categories were constructed primarily through clinical consensus rather than quantitative analysis of symptom covariation or biological data. Consequently, many patients meet criteria for multiple disorders simultaneously, while others with clinically significant distress do not fit neatly into any category. Within a single diagnosis, individuals may differ substantially in symptom profile, course, treatment response and underlying mechanisms. Thresholds for diagnosis are often arbitrary and can change between successive editions of the manuals. These features limit the utility of categorical diagnoses as targets for biological research and as guides for precision treatment selection.

Research Domain Criteria (RDoC)

RDoC was introduced as a research framework rather than a clinical diagnostic system [9]. It organizes psychopathology according to fundamental domains of functioning [9] (for example, negative valence, positive valence, cognitive systems, social processes, arousal and regulatory systems) that can be studied across multiple

units of analysis ranging from genes and molecules to behavior and self-report. RDoC deliberately steps outside DSM categories in order to identify dimensional constructs with clearer links to neural circuits and mechanisms. While it has stimulated important translational research, its direct clinical application remains limited. It does not yet provide a ready-to-use diagnostic scheme for everyday practice, and its constructs require further validation and operationalisation for clinical use.

Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP)

HiTOP represents a quantitative, empirically derived alternative to traditional nosology [2, 5, 7]. It organizes psychopathology into a hierarchy of dimensions: specific symptoms and signs at the lowest level, syndromes and subfactors, broader spectra (such as internalizing, externalizing and thought disorder), and higher-order superspectra or a general psychopathology factor (p-factor). Because the structure is based on patterns of covariation observed in large datasets, HiTOP reduces artificial comorbidity and captures heterogeneity more systematically than categorical systems [1, 5]. Recent systematic reviews indicate that HiTOP dimensions show promising associations with neurobiological measures and may offer more coherent targets for clinical neuroscience [5, 8]. Efforts are underway to develop clinical assessment tools and to explore the utility of HiTOP dimensions for treatment selection and outcome prediction.

Clinical staging and other dimensional models

Clinical staging models, particularly developed in early intervention psychiatry, conceptualize mental disorders as evolving along a continuum from at-risk states through early and later stages of illness [3, 13]. Staging incorporates severity, duration, functional impairment and treatment history, and aims to match interventions to the stage of illness rather than solely to categorical diagnosis. Network approaches view mental disorders as systems of interacting symptoms rather than as effects of underlying latent categories; this perspective has implications for identifying central

symptoms that may be priority targets for intervention [14]. Process-based and systems approaches further emphasize dynamic mechanisms and context. Collectively these models enrich the conceptual landscape and highlight the value of dimensional and temporal information that is only partially captured by current categorical diagnoses.

Toward integration and future classification systems

A complete replacement of DSM and ICD in the near term is neither realistic nor necessarily desirable [6, 12], given their entrenched role in clinical communication, education, epidemiology and health administration. A more pragmatic pathway involves gradual integration of dimensional and hierarchical information into existing systems, improved assessment of functioning and context, and the systematic recording of transdiagnostic symptoms and biomarkers when available. Proposals for future DSM architecture include multi-domain models that incorporate context, dimensional severity, biomarker readiness and hierarchical organization [12]. Parallel development of clinical tools based on HiTOP and related frameworks can support research and specialized clinical settings while official classifications evolve. Education of clinicians and trainees in both traditional and emerging approaches is essential for a smooth transition.

Challenges and research priorities

Despite progress, several challenges remain. Dimensional systems require reliable, practical assessment instruments suitable for routine clinical use. The relationship between hierarchical dimensions and underlying biological mechanisms is still incompletely mapped. Cultural variation in symptom expression and the applicability of Western-derived structures in diverse populations need further study. Implementation research is required to determine how new frameworks affect clinical decision-making, patient outcomes and health-system costs. Coordinated international efforts, open data sharing and continuous revision based on accumulating evidence will be necessary to advance the field.

Conclusion

New approaches to the diagnosis and classification of mental disorders reflect a growing recognition that purely categorical systems are insufficient for capturing the complexity of psychopathology. RDoC, HiTOP, clinical staging, network models and related frameworks offer complementary perspectives that emphasize dimensions, mechanisms, hierarchy and longitudinal course [3, 15]. While none of these approaches is yet ready to replace DSM and ICD in everyday practice, they provide essential tools for research and point toward more precise, clinically useful and biologically informed nosologies of the future. A gradual, evidence-based integration of dimensional and hierarchical information into clinical assessment, training and official classification systems represents the most realistic pathway forward [15]. Continued interdisciplinary collaboration will be required to realise the potential of these new approaches for improving the understanding and treatment of mental disorders.

References:

1. Forbes, M. K. Reconstructing Psychopathology: A Data-Driven Reorganization of the Symptoms in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders / M. K. Forbes [et al.] // Clinical Psychological Science. 2025.

2. Kotov, R. The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): A dimensional alternative to traditional nosologies / R. Kotov [et al.] // Journal of Abnormal Psychology. 2017. Vol. 126, No. 4. P. 454–477.

3. McGorry, P. D. New diagnosis in psychiatry: beyond heuristics / P. D. McGorry [et al.] // Psychological Medicine. 2025. Vol. 55. Art. e26.

4. Rief, W. Do We Need a Novel Framework for Classifying Psychopathology? A Discussion Paper / W. Rief, S. G. Hofmann, M. Berg [et al.] // Clinical Psychology in Europe. 2023. Vol. 5, No. 4. Art. e11699.

5. The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP) and the search for neurobiological substrates of mental illness: A systematic review // Journal of Psychopathology and Clinical Science. 2024. Vol. 133, No. 8. P. 697–715.

6. Towards a consensus roadmap for a new diagnostic framework for mental disorders // European Neuropsychopharmacology. 2025. Vol. 90. P. 16–27.

7. Davis, C. N. Integrating HiTOP and RDoC frameworks part II: shared and distinct biological mechanisms of externalizing and internalizing psychopathology / C. N. Davis [et al.] // Psychological Medicine. 2025.

8. Hierarchical taxonomy of psychopathology and personalized mental health treatment selection // Frontiers in Psychiatry. 2025. Vol. 16. Art. 1597879.

9. Cuthbert, B. N. Research Domain Criteria (RDoC): Progress and Potential / B. N. Cuthbert // Current Directions in Psychological Science. 2022. — Vol. 31, No. 2. P. 107–114.

10. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed., Text Revision. 2022.

11. World Health Organization. International Classification of Diseases, 11th Revision (ICD-11). URL: https://icd.who.int (дата обращения: 28.10.2026).

12. Clark, L. A. Three Approaches to Understanding and Classifying Mental Disorder: ICD-11, DSM-5, and the National Institute of Mental Health's Research Domain Criteria (RDoC) / L. A. Clark [et al.] // Psychological Science in the Public Interest. 2017. Vol. 18, No. 2. P. 72–145.

13. Martinez-Cao, C. The progress in the field of clinical staging for mental disorders within the last decade: an updated systematic review / C. Martinez-Cao [et al.] // Frontiers in Psychiatry. 2025. Vol. 15. Art. 1473051.

14. Borsboom, D. A network theory of mental disorders / D. Borsboom // World Psychiatry. 2017. Vol. 16, No. 1. P. 5–13.

15. Dalgleish, T. Transdiagnostic approaches to mental health problems: Current status and future directions / T. Dalgleish [et al.] // Journal of Consulting and Clinical Psychology. 2020. Vol. 88, No. 3. P. 179–195.

POINTS OF CONTACT BETWEEN NEUROLOGY, PSYCHIATRY AND REHABILITATION: REVIEW AND AUTOMATION OF SCREENING PROCESS

Subhasini I. V.
Department of Information Technology
Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo
Scientific supervisors: Shternis T. A., Rudnev P. S.

Abstract. Neurology, psychiatry and rehabilitation form closely interconnected domains of clinical practice. High rates of psychiatric comorbidity in neurological disease, neuropsychiatric syndromes and interdisciplinary neurorehabilitation require coordinated care. This article reviews the principal points of contact between the three fields and presents an educational digital prototype: a console program for post-stroke mood screening based on the PHQ-2 with a red-flag item. The program uses only standard input and output functions, validates answers, computes a screening total and issues recommendations for further assessment. Testing by university staff showed no calculation errors. Tables, conceptual figures and screenshots of program runs are provided. After refinement and clinical validation such tools may support the neurology–psychiatry–rehabilitation interface in educational and clinical settings.

Keywords: neurology, psychiatry, rehabilitation, post-stroke depression, PHQ-2, digital screening, interdisciplinary care.

ТОЧКИ СОПРИКОСНОВЕНИЯ НЕВРОЛОГИИ, ПСИХИАТРИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ: ОБЗОР И АВТОМАТИЗАЦИЯ ПРОЦЕССА СКРИНИНГА

Субхасини И. В.
Кафедра информационных технологий
ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово
Научные руководители- к.м.н., доцент, Штернис Т. А., Руднев П. С.

Аннотация. Неврология, психиатрия и реабилитация тесно связаны в клинической практике. Высокая частота психиатрической коморбидности, нейропсихиатрические синдромы и междисциплинарная нейрореабилитация требуют согласованной помощи. В статье рассмотрены основные точки соприкосновения трёх дисциплин и представлен образовательный цифровой прототип — консольная программа скрининга настроения после инсульта на основе PHQ-2 с «красным флагом». Программа использует стандартный ввод-вывод, проверяет ответы, вычисляет балл и формирует рекомендации. Тестирование сотрудниками университета не выявило ошибок расчёта. Приведены таблицы, схемы и снимки экрана. После доработки и валидации подобные инструменты могут поддерживать интерфейс неврология–психиатрия–реабилитация.

Ключевые слова: неврология, психиатрия, реабилитация, постинсультная депрессия, PHQ-2, цифровой скрининг, междисциплинарная помощь.

Introduction

The traditional separation of neurology and psychiatry no longer matches clinical reality. Brain disorders often produce combined neurological, cognitive, emotional and behavioral symptoms that require more than one specialty [1, 5]. Rehabilitation medicine bridges the two fields by focusing on function and

participation [2, 4, 6]. Points of contact include psychiatric comorbidity after stroke and other neurological diseases, neuropsychiatric syndromes, functional neurological disorders and multidisciplinary rehabilitation [1, 3, 7, 15]. Fig. 1 summarizes these interfaces.

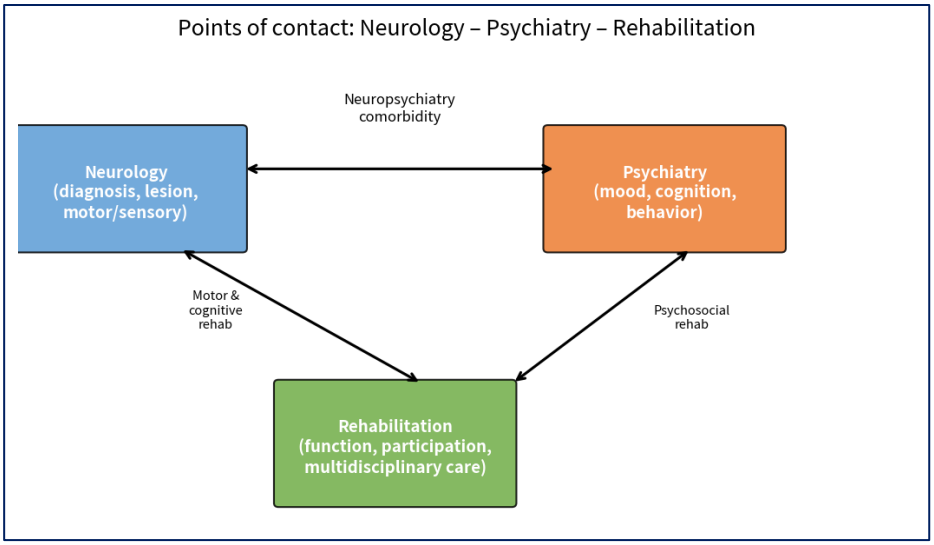


Fig. 1. Conceptual points of contact between neurology, psychiatry and rehabilitation.

Digital tools can support these interfaces by making simple screening procedures transparent and reproducible. Post-stroke depression is a clear example: guidelines recommend mood assessment within rehabilitation pathways, yet paper scoring is time-consuming and error-prone [2, 3]. A minimal digital prototype that implements a validated short screen (PHQ-2) with a red-flag item illustrates how the neurology–psychiatry–rehabilitation interface can be reinforced by software [3].

Objects and methods of research

The work combines a structured narrative review of literature and guidelines (2020–2026) on comorbidity, neurorehabilitation and integrated services [1, 2, 3, 5] with the development of an educational console program for post-stroke mood screening.

Review component. Sources included umbrella reviews and meta-analyses on co-occurring psychiatric and neurological disorders, clinical practice guidelines on stroke and chronic neurological rehabilitation, and reports on integrated neuropsychiatric models [1, 2, 3, 5, 14].

Digital prototype. A Python 3 program was written using only print() and input(). It implements a PHQ-2-based screen (two core depression items, total 0–6) plus a third red-flag item on self-harm ideation. A total ≥ 3 is treated as a positive screen recommending further assessment (for example full PHQ-9 or clinical interview within the rehab team) [3]. Any score > 0 on the red-flag item triggers an immediate clinical-attention message independent of the total. Fragment of the validation function is presented in Fig. 2.

```
File  Edit  Format  Run  Options  Window  Help
def get_valid_answer(prompt):
    while True:
        raw = input(prompt).strip()
        if raw in ("0", "1", "2", "3"):
            return int(raw)
        print("  Please enter only 0, 1, 2 or 3.")
```

Fig. 2. Fragment of the validation function

The result logic is based on “if” construction of Python programming language (Fig. 3).

```
File  Edit  Format  Run  Options  Window  Help
total = s1 + s2
print(f"  PHQ-2 total: {total} (range 0-6)")
if total >= 3:
    print("  Screen: POSITIVE - further assessment recommended")
else:
    print("  Screen: NEGATIVE - routine monitoring may continue")
if s3 >= 1:
    print("  RED FLAG: immediate clinical attention required.")
```

Fig. 3. Fragment of result logic

Testing. University staff ran cases covering negative and positive screens, boundary totals (2 vs 3), and positive red-flag responses. Outputs were compared with manual addition.

Results and their discussion

Psychiatric comorbidity in neurological disorders

Large-scale evidence shows substantial overlap between neurological and psychiatric conditions [1]. Depression and anxiety are frequent after stroke, in epilepsy, multiple sclerosis, Parkinson's disease and after traumatic brain injury [1, 3, 12]. Illustrative patterns are shown in Fig. 4 and Table 1.

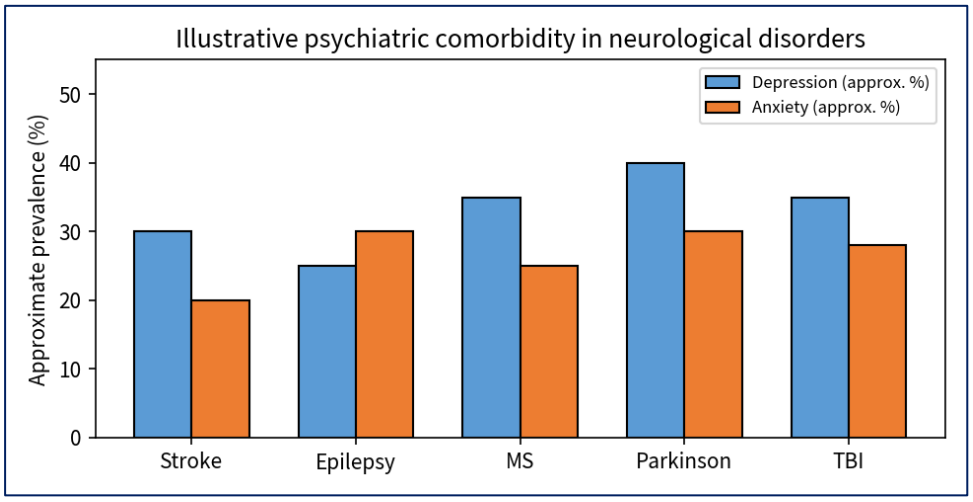


Fig. 4. Illustrative approximate prevalence of depression and anxiety in selected neurological conditions [1].

Table 1

Selected points of psychiatric comorbidity [1, 3, 12]

Condition	Frequent psychiatric features	Implication for care
Stroke	Depression, anxiety, apathy	Early mood screen in rehab [3]
Epilepsy	Depression, anxiety, psychosis	Dual neurological–psychiatric care
Multiple sclerosis	Depression, fatigue, cognitive change	Integrated pathways

Parkinson's disease	Depression, anxiety, impulse control	Medication and rehab coordination
Traumatic brain injury	Mood, personality, cognitive sequelae	Long-term neuropsychiatric follow-up [12]

Interdisciplinary rehabilitation

Rehabilitation is the practical meeting ground of neurology and psychiatry [2, 4, 6, 7]. Table 2 summarizes domains of an integrated program.

Table 2

Domains of interdisciplinary neurorehabilitation [2, 6, 7, 14]

Domain	Interventions	Disciplines
Motor / sensory	Physiotherapy, robotics, OT	Neurology, rehab medicine
Cognitive	Cognitive rehab, compensation	Neuropsychology, psychiatry
Emotional / behavioral	Psychotherapy, pharmacotherapy	Psychiatry, psychology
Social / participation	Family work, vocational rehab	Social work, full team

Digital post-stroke mood screen: test results

The prototype accepted only answers 0–3 and rejected invalid input. In all test cases the PHQ-2 total matched manual sums. A total ≥ 3 correctly produced a positive-screen message; a positive red-flag item always produced the clinical-attention note. No calculation errors were found. Table 3 and Fig. 3–4 illustrate program behavior.

Table 3

Example runs of the post-stroke mood screen prototype

Answers (items 1–3)	PHQ-2 total	Result
0, 0, 0	0	Negative screen
1, 1, 0	2	Negative screen
2, 2, 0	4	Positive screen
1, 2, 1	3	Positive + red flag

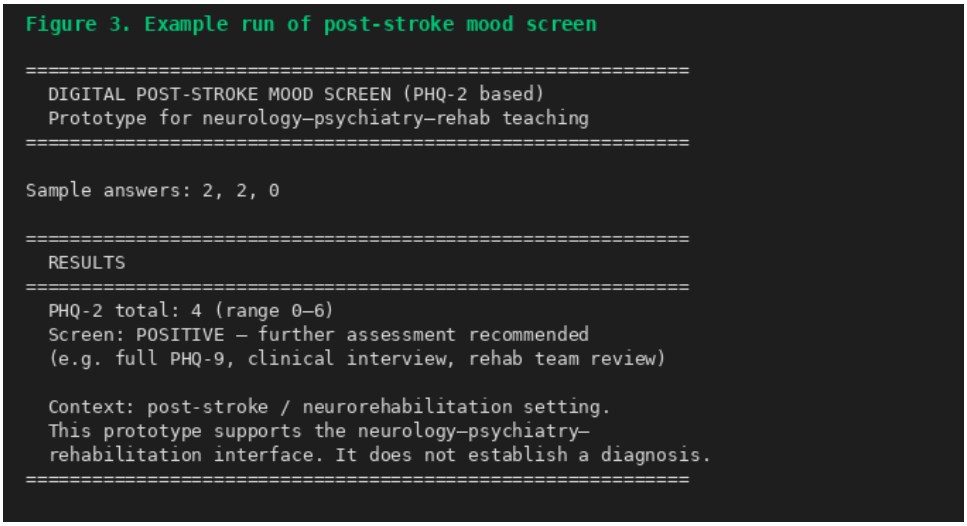


Fig. 3. Example run of the post-stroke mood screen (positive screen, total = 4).

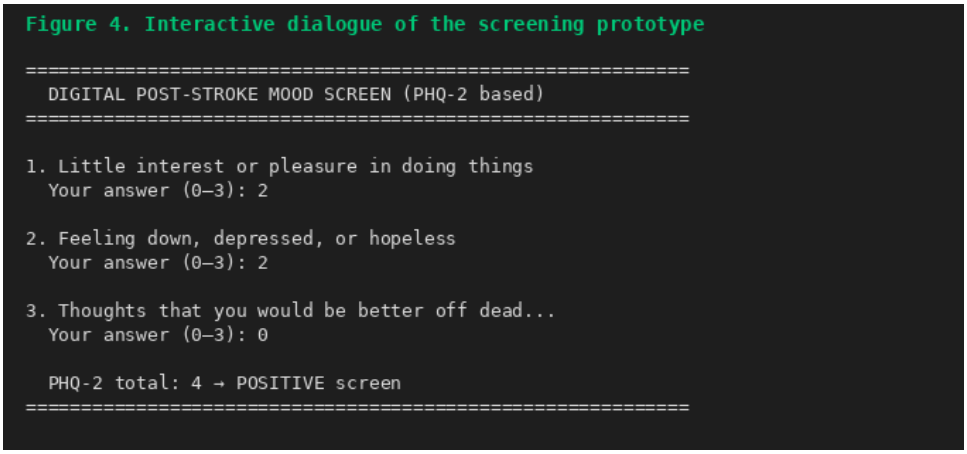


Fig. 4. Interactive dialogue of the screening prototype.

Neuropsychiatric syndromes, FND and technology

Organic brain pathology and post-acute sequelae of infection may produce complex neuropsychiatric presentations requiring combined expertise [8, 9, 12]. Functional neurological disorders are managed by interdisciplinary teams using explanation, physiotherapy and psychological approaches [15]. Technological innovations (stimulation, robotics, virtual reality, experimental pharmacological enhancement of plasticity) expand neurorehabilitation when embedded in structured multidisciplinary care [7, 11, 13].

Integrated services and education

Models of integrated neuropsychiatric care—liaison services, specialist units and community teams—reduce fragmentation for people with neurological conditions [5]. Joint training and transparent digital teaching tools (such as the present prototype) help students see how screening logic supports the interface between specialties [5, 8, 10].

Conclusion

Neurology, psychiatry and rehabilitation share critical points of contact that are essential for optimal care of patients with brain disorders [1, 4, 6]. Psychiatric comorbidity, neuropsychiatric syndromes, interdisciplinary rehabilitation and integrated service models show that isolated specialty practice is insufficient [2, 3, 5, 15].

An educational digital prototype for post-stroke mood screening was developed and tested: it implements a PHQ-2-based screen with a red-flag item, validates input and produces clear recommendations. University staff testing confirmed correct calculation. After upgrading and official clinical validation, such programs can support teaching and, subject to regulation, the neurology–psychiatry–rehabilitation interface in practice [3, 7]. Strengthening these interfaces through coordinated pathways, multidisciplinary teams and simple digital tools can improve functional recovery and quality of life [4, 6, 14].

References

1. Fornaro, M. Prevalence and outcomes of co-occurring psychiatric and neurological disorders: An atlas based on umbrella review of 81 meta-analyses / M. Fornaro [et al.] // European Neuropsychopharmacology. 2026. Vol. 109. Art. 112820.

2. National Institute for Health and Care Excellence. Rehabilitation for chronic neurological disorders including acquired brain injury. Guideline. 2025.

3. U.S. Department of Veterans Affairs / Department of Defense. Clinical Practice Guideline for the Management of Stroke Rehabilitation. 2024.

4. The Lancet Neurology. Neurorehabilitation as a cornerstone of recovery // Lancet Neurology. 2025. Vol. 24, № 9. P. 713.

5. Optimizing Mental Health Care for People With Neurological Conditions in the UK: Evidence-Based Models for Integrated Neuropsychiatric Services. 2025.

6. On the rising potential of interdisciplinary rehabilitation in neurological disorders: A mini-review // Medicine. 2025. Vol. 104, No. 12. Art. e41947.

7. Kuipers, J. A. Reconnecting Brain Networks After Stroke: A Scoping Review of Conventional, Neuromodulatory, и Feedback-Driven Rehabilitation Approaches / J. A. Kuipers [et al.] // Brain Sciences. 2025. Vol. 15, No. 11. Art. 1217.

8. Clinical Neuropsychology. Fourth Edition. American Psychological Association, 2024.

9. Tandon, R. Psychosocial Interventions and Functional Recovery in Schizophrenia—Realizing Opportunities Today / R. Tandon, D. M. Barch, R. W. Buchanan [et al.] // Journal of Clinical Psychiatry. 2025. Vol. 86, No. 4. Art. hfrecachi2505.

10. World Health Organization. Rehabilitation for persons with meningitis and encephalitis: guidance. Geneva : WHO.

11. Carmichael, S. T. Parvalbumin interneurons regulate rehabilitation-induced functional recovery after stroke and identify a rehabilitation drug / S. T. Carmichael [et al.] // Nature Communications. 2025. Vol. 16. Art. 2556.

12. Reddy, M. Post-Acute Sequelae of COVID-19 Infection Presenting With Neuropsychiatric Symptoms / M. Reddy [et al.] // Psychiatric Times. 2025.

13. Gross, R. E. Could a Pill Fix the Brain? Emerging pharmacological strategies in neurorehabilitation. 2025.

14. Klingebiel, F. K.-L. The three stages of polytrauma rehabilitation – a recommendation and a systematic literature review on behalf of SICOT / F. K.-L. Klingebiel [et al.] // International Orthopaedics. 2025. Vol. 49, No. 2. P. 365–374.

15. Lehn, A. Managing functional neurological disorder: treatment recommendations for health professionals in Australia / A. Lehn [et al.] // BMJ Neurology Open. 2025. Vol. 7, No. 1. Art. e000970.

NEUROLOGY, PSYCHIATRY, REHABILITATION: POINTS OF CONTACT

Subhasini I. V.
Department of Information Technology
Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo
Scientific supervisors: Shternis T. A., Rudnev P. S.

Abstract. Neurology, psychiatry and rehabilitation form closely interconnected domains of clinical practice that frequently intersect in the care of patients with brain disorders. This article examines the principal points of contact between these disciplines: high rates of psychiatric comorbidity in neurological diseases, neuropsychiatric manifestations of organic brain pathology, the central role of interdisciplinary rehabilitation, and the emerging field of integrated neuropsychiatry. Evidence on co-occurrence of conditions such as depression, anxiety, cognitive impairment and functional neurological disorders is summarized. Models of collaborative care, multidisciplinary rehabilitation teams and technological innovations in neurorehabilitation are analyzed. The necessity of coordinated training, service design and research is substantiated. Strengthening the interfaces between neurology, psychiatry and rehabilitation is essential for improving functional outcomes and quality of life of patients with complex brain disorders.

Keywords: neurology, psychiatry, rehabilitation, neuropsychiatry, comorbidity, neurorehabilitation, interdisciplinary care, functional recovery.

НЕВРОЛОГИЯ, ПСИХИАТРИЯ, РЕАБИЛИТАЦИЯ: ТОЧКИ СОПРИКОСНОВЕНИЯ

Субхасини И. В.
Кафедра информационных технологий
ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Россия, г. Кемерово
Научные руководители- к.м.н., доцент, Штернис Т. А., Руднев П. С.

Аннотация. Неврология, психиатрия и реабилитация представляют собой тесно взаимосвязанные области клинической практики, которые часто пересекаются при оказании помощи пациентам с заболеваниями головного мозга. В статье рассматриваются ключевые точки соприкосновения этих дисциплин: высокая частота психиатрической коморбидности при неврологических заболеваниях, нейропсихиатрические проявления органической патологии головного мозга, центральная роль междисциплинарной реабилитации и становление такой области, как интегрированная нейропсихиатрия. Обобщены данные о сочетанном течении таких состояний, как депрессия, тревога, когнитивные нарушения и функциональные неврологические расстройства. Проанализированы модели совместного ведения пациентов, деятельность мультидисциплинарных реабилитационных бригад и технологические инновации в нейрореабилитации. Обоснована необходимость координации в вопросах подготовки специалистов, организации медицинской помощи и проведения научных исследований. Укрепление взаимодействия между неврологией, психиатрией и реабилитацией имеет решающее значение для улучшения функциональных исходов и качества жизни пациентов со сложными заболеваниями головного мозга.

Ключевые слова: неврология, психиатрия, реабилитация, нейропсихиатрия, коморбидность, нейрореабилитация, междисциплинарная помощь, восстановление функций.

Introduction

The traditional separation of neurology and psychiatry, rooted in historical and institutional developments of the nineteenth and twentieth centuries, no longer corresponds to the clinical reality of many patients. Disorders of the brain frequently produce a combination of neurological, cognitive, emotional and behavioral symptoms that cannot be adequately addressed within a single specialty. Rehabilitation medicine, with its focus on functional recovery and participation, provides a natural bridge between the two disciplines. Contemporary clinical practice increasingly recognizes the need for integrated approaches that bring together neurological diagnosis, psychiatric assessment and structured rehabilitation.

Points of contact between neurology, psychiatry and rehabilitation are numerous and clinically significant. They include high rates of psychiatric comorbidity in stroke, epilepsy, multiple sclerosis, Parkinson's disease and other neurological conditions; neuropsychiatric syndromes arising from traumatic brain injury and neurodegenerative processes; functional neurological disorders that occupy an intermediate position between the specialties; and the central role of multidisciplinary rehabilitation in restoring function and quality of life. The present article reviews the principal interfaces between these fields and outlines implications for clinical service organization, professional education and research.

Objects and methods of research

The study is designed as a structured narrative review of scientific literature, clinical guidelines and expert consensus documents published predominantly between 2020 and 2026. Sources included peer-reviewed journals in neurology, psychiatry and rehabilitation medicine, umbrella reviews and meta-analyses on comorbidity, clinical practice guidelines on stroke and neurorehabilitation, and reports on integrated neuropsychiatric service models. Priority was given to high-quality evidence syntheses, large observational studies and guideline recommendations addressing the

interfaces between the three disciplines. Materials were analyzed according to the following thematic domains: psychiatric comorbidity in neurological disease, neuropsychiatric manifestations of organic pathology, interdisciplinary rehabilitation models, technological innovations and service organization.

Results and their discussion

Psychiatric comorbidity in neurological disorders

Large-scale evidence demonstrates substantial overlap between neurological and psychiatric conditions [1]. Depression and anxiety are highly prevalent in multiple sclerosis, epilepsy, Parkinson's disease, migraine and chronic neuropathic pain [1]. Attention-deficit/hyperactivity disorder and autism spectrum conditions show elevated rates in epilepsy. Cognitive impairment, apathy and behavioral changes are common across many neurological diseases and significantly affect functional outcomes. An umbrella review encompassing a large number of meta-analyses confirms that co-occurrence is the rule rather than the exception and that it is associated with poorer prognosis, higher disability and increased healthcare utilization [1]. These data underscore the necessity of routine psychiatric screening and integrated management within neurological services.

Neuropsychiatric syndromes and functional neurological disorders

Organic brain pathology frequently produces complex neuropsychiatric presentations that require combined neurological and psychiatric expertise [5, 8, 10, 12]. Post-stroke depression, post-traumatic behavioral disorders, neuropsychiatric symptoms of dementia and the psychiatric sequelae of encephalitis or meningitis illustrate this interface [10, 12]. Functional neurological disorders occupy a particularly important position at the boundary of the two specialties [15]: they present with neurological symptoms that are not explained by structural disease and are best understood and treated through a biopsychosocial model involving both neurologists and psychiatrists or clinical psychologists. Accurate diagnosis, avoidance of

unnecessary investigations and early referral to appropriate multidisciplinary care improve outcomes and reduce iatrogenic harm.

Interdisciplinary rehabilitation as a point of convergence

Rehabilitation constitutes the practical meeting ground of neurology and psychiatry. Effective neurorehabilitation addresses motor, cognitive, emotional, communicative and social domains simultaneously [2, 3, 6]. Multidisciplinary teams typically include rehabilitation physicians, neurologists, psychiatrists or clinical psychologists, physiotherapists, occupational therapists, speech and language therapists, nurses and social workers. Evidence from stroke rehabilitation guidelines and chronic neurological disorder pathways emphasizes early initiation of rehabilitation, individualized goal-setting, continuous coordination and a single point of contact for the patient and family [2, 3]. Psychosocial interventions, cognitive remediation, supported employment and family-focused approaches contribute substantially to functional recovery, particularly in conditions such as schizophrenia and acquired brain injury [9].

Technological innovations in neurorehabilitation

Advances in non-invasive brain stimulation, brain–computer interfaces, robotics, virtual reality and neurofeedback are expanding the range of therapeutic modalities available in neurorehabilitation [4, 7, 11]. These technologies aim to restore network connectivity, enhance motor learning and support cognitive recovery. When combined with conventional therapy and psychological support, they show promise for improving functional outcomes [7, 11]. Integration of mental health components into technology-supported programs is essential, because motivation, mood and cognitive status strongly influence engagement and results. Future development should ensure that technological tools remain accessible and are embedded within interdisciplinary clinical pathways rather than operating in isolation [13].

Models of integrated service delivery

Several models of integrated neuropsychiatric care have been described [5]. Specialist inpatient neuropsychiatry units provide intensive multidisciplinary assessment and treatment for complex cases [5]. Outpatient services that embed psychiatrists or clinical psychologists within neurology and rehabilitation teams improve access and coordination. Community-based programs with a designated key contact or case manager facilitate continuity after hospital discharge. Despite demonstrated clinical and economic benefits, such models remain unevenly distributed and are constrained by workforce shortages, fragmented commissioning and limited training opportunities at the interface of the specialties. Scaling successful models requires deliberate policy support and investment in dual-trained or collaboratively trained professionals [5, 14].

Implications for professional education and research

The points of contact between neurology, psychiatry and rehabilitation have direct consequences for the training of future specialists [14]. Curricula in each discipline should include core knowledge of the neighbouring fields, joint case conferences, and supervised experience in multidisciplinary settings. Dual training pathways or structured rotations across neurology, psychiatry and rehabilitation medicine can produce clinicians who are better equipped to manage complex patients. Research agendas should prioritise longitudinal studies of functional outcomes under integrated care models, cost-effectiveness analyzes of multidisciplinary teams, and the validation of technology-supported interventions that incorporate both neurological and psychological targets. Collaborative research networks that bring together neurologists, psychiatrists, rehabilitation specialists and clinical psychologists are particularly valuable for advancing the evidence base.

Challenges and barriers to integration

Despite clear clinical rationale, several barriers impede closer integration. Institutional silos, separate funding streams, differing professional cultures and limited shared electronic records hinder coordination. Workforce shortages in all three disciplines make it difficult to staff multidisciplinary teams adequately. Geographic disparities mean that specialized neuropsychiatric and neurorehabilitation services are concentrated in larger centers, leaving patients in smaller towns and rural areas with fragmented care. Overcoming these barriers requires explicit policy recognition of the interfaces, dedicated commissioning of integrated pathways, and investment in the training and retention of professionals who work at the boundaries of the specialties.

Conclusion

Neurology, psychiatry and rehabilitation share multiple critical points of contact that are essential for optimal care of patients with brain disorders. High rates of psychiatric comorbidity, the prevalence of neuropsychiatric syndromes, the central role of interdisciplinary rehabilitation and the emergence of integrated service models all demonstrate that isolated specialty practice is insufficient. Strengthening these interfaces requires coordinated clinical pathways, multidisciplinary teams, joint training programs and research agendas that explicitly address the boundaries between the disciplines. Technological innovations in neurorehabilitation further expand opportunities for collaboration. By recognizing and systematically developing the points of contact between neurology, psychiatry and rehabilitation, healthcare systems can improve functional recovery, reduce disability and enhance the quality of life of individuals living with complex neurological and psychiatric conditions.

References

1. Fornaro, M. Prevalence and outcomes of co-occurring psychiatric and neurological disorders: An atlas based on umbrella review of 81 meta-analyses / M. Fornaro [et al.] // European Neuropsychopharmacology. 2026. Vol. 109. Art. 112820.

2. National Institute for Health and Care Excellence. Rehabilitation for chronic neurological disorders including acquired brain injury. Guideline. 2025.

3. U.S. Department of Veterans Affairs / Department of Defense. Clinical Practice Guideline for the Management of Stroke Rehabilitation. 2024

4. The Lancet Neurology. Neurorehabilitation as a cornerstone of recovery // Lancet Neurology. 2025. Vol. 24, No. 9. P. 713.

5. Optimizing Mental Health Care for People With Neurological Conditions in the UK: Evidence-Based Models for Integrated Neuropsychiatric Services. 2025. PMC12949531.

6. On the rising potential of interdisciplinary rehabilitation in neurological disorders: A mini-review // Medicine. 2025. Vol. 104, No. 12. Art. e41947.

7. Kuipers, J. A. Reconnecting Brain Networks After Stroke: A Scoping Review of Conventional, Neuromodulatory, and Feedback-Driven Rehabilitation Approaches / J. A. Kuipers [et al.] // Brain Sciences. 2025. Vol. 15, No. 11. Art. 1217.

8. Clinical Neuropsychology. Fourth Edition. American Psychological Association, 2024.

9. Psychosocial Interventions and Functional Recovery in Schizophrenia—Realizing Opportunities Today // Journal of Clinical Psychiatry. 2025. Vol. 86, No. 4.

10. World Health Organization. Rehabilitation for persons with meningitis and encephalitis: guidance and technical reports. Geneva : WHO, 2025.

11. Carmichael, S. T. Parvalbumin interneurons regulate rehabilitation-induced functional recovery after stroke and identify a rehabilitation drug / S. T. Carmichael [et al.] // Nature Communications. 2025. Vol. 16. Art. 2556.

12. Reddy, M. Post-Acute Sequelae of COVID-19 Infection Presenting with Neuropsychiatric Symptoms: Diagnosis and Management / M. Reddy, K. Reddy, H. A. Oughli [et al.] // Psychiatric Times. 2025. Vol. 42, No. 3.

13. Gross, R. E. Could a Pill Fix the Brain? Emerging pharmacological strategies in neurorehabilitation // The New York Times. 2025.

14. The three stages of polytrauma rehabilitation – a recommendation and a systematic literature review on behalf of SICOT // International Orthopaedics. 2024. — U.S. Department of Veterans Affairs. Polytrauma System of Care: interdisciplinary rehabilitation team models. 2024–2025.

15. Managing functional neurological disorder: treatment recommendations for health professionals in Australia // BMJ Neurology Open. 2025. Vol. 7, No. 1. Art. e000970.

PROBLEMS OF PROFESSIONAL EDUCATION IN THE FIELD OF PSYCHIATRY AND CLINICAL PSYCHOLOGY

Niharika Y.
Department of Information Technology
Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo
Scientific supervisors: Shternis T. A., Rudnev P. S.

Abstract. Professional education in psychiatry and clinical psychology faces a complex set of interrelated challenges that threaten the quality of the future workforce and the accessibility of mental health care. This article analyzes the principal problems: global and regional shortages of training posts, insufficient integration of psychotherapy and evidence-based practices into curricula, high levels of burnout among trainees, limited digital and artificial intelligence literacy, misalignment between training content and real-world job demands, financial burdens on students, and inequities in educational opportunities. Special attention is paid to the situation in Russia and other middle-income countries. Recommendations for curriculum modernization, expansion of residency and postgraduate programs, improved supervision, and systemic support for trainee well-being are formulated. Addressing

these problems is essential for building a sustainable, competent and resilient mental health workforce.

Keywords: professional education, psychiatry, clinical psychology, residency training, curriculum, burnout, workforce shortage, psychotherapy training.

ПРОБЛЕМЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ В ОБЛАСТИ ПСИХИАТРИИ И КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

Нихарика Я.
Кафедра информационных технологий
ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Россия, г. Кемерово
Научные руководители- к.м.н., доцент, Штернис Т. А., Руднев П. С.

Аннотация. Система профессиональной подготовки в области психиатрии и клинической психологии сталкивается с комплексом взаимосвязанных проблем, угрожающих качеству подготовки будущих специалистов и доступности психиатрической помощи. В статье анализируются основные трудности: глобальная и региональная нехватка учебных мест, недостаточная интеграция психотерапии и методов с доказанной эффективностью в учебные программы, высокий уровень профессионального выгорания среди обучающихся, низкий уровень цифровой грамотности и знаний в сфере искусственного интеллекта, несоответствие содержания обучения реальным профессиональным требованиям, финансовая нагрузка на студентов и неравенство в доступе к образованию. Особое внимание уделяется ситуации в России и других странах со средним уровнем дохода. Сформулированы рекомендации по модернизации учебных программ, расширению программ ординатуры и последипломного обучения, совершенствованию системы супервизии и обеспечению системной поддержки благополучия обучающихся. Решение этих проблем необходимо для формирования устойчивого,

компетентного и жизнестойкого кадрового состава в сфере охраны психического здоровья.

Ключевые слова: профессиональное образование, психиатрия, клиническая психология, ординатура, учебная программа, профессиональное выгорание, дефицит кадров, подготовка в области психотерапии.

Introduction

The quality of mental health care is directly dependent on the competence, number and well-being of specialists who provide it. Psychiatry and clinical psychology remain among the most demanding medical and psychological specialties, requiring extensive theoretical knowledge, advanced clinical skills, ethical maturity and emotional resilience. At the same time, the global burden of mental disorders continues to grow, while the production of new professionals lags behind population needs in most countries. Professional education systems therefore face a dual pressure: they must increase the quantity of graduates and simultaneously raise the quality and relevance of training.

Recent years have revealed multiple structural and pedagogical problems in the preparation of psychiatrists and clinical psychologists. These include insufficient training capacity, outdated or incomplete curricula, limited access to supervised psychotherapy practice, high rates of trainee burnout, inadequate preparation for digital tools and artificial intelligence, financial strain on students, and persistent inequities related to geography, socioeconomic status and cultural diversity. The present article aims to systematize the principal problems of professional education in psychiatry and clinical psychology, with particular attention to the Russian context and international comparative data, and to outline possible pathways for improvement.

Objects and methods of research

The study is conducted as a structured narrative review of scientific literature, policy documents and survey data published mainly between 2020 and 2026. Sources included peer-reviewed journals, reports of the World Psychiatric Association, national surveys of residents and early-career psychiatrists, position statements of professional associations, and studies on trainee mental health and curriculum evaluation. Special attention was paid to research conducted in Russia, Europe, North America and low- and middle-income countries. Materials were selected according to relevance to the core educational problems: workforce capacity, curriculum content, supervision quality, trainee well-being, digital competencies and equity of access. Purely theoretical papers without empirical grounding or policy relevance were excluded.

Results and their discussion

Workforce shortages and limited training capacity

A fundamental problem is the insufficient number of residency and postgraduate training positions relative to population needs [1, 13, 14]. In many regions the annual intake of psychiatry residents remains far below the numbers required to replace retiring specialists and to expand services [13]. Similar constraints exist in clinical psychology programs. Limited funding, shortage of qualified faculty and supervisors, and institutional capacity barriers prevent rapid expansion of training slots. In some countries new residency programs are opened, yet the scale remains inadequate. The resulting shortage of specialists directly affects access to care, especially in rural and remote areas, and increases the workload of existing professionals, thereby perpetuating a cycle of burnout and attrition.

Insufficient integration of psychotherapy training

Although many trainees enter psychiatry and clinical psychology with a strong interest in psychotherapy, formal training in evidence-based psychotherapeutic modalities is often limited or optional [5, 7, 8]. Surveys of residents and early-career

psychiatrists, including studies conducted in Russia, show that mandatory psychotherapy courses are present in only a minority of programs [8]. Supervision opportunities are scarce, and many trainees must seek additional paid training outside the formal curriculum. Variations in the quality and duration of psychotherapy education across institutions reduce standardization and leave graduates unequally prepared for clinical practice. International recommendations emphasize that psychotherapy competencies should be an integral part of psychiatric training, yet implementation remains inconsistent.

Burnout and mental health of trainees

High levels of emotional exhaustion, anxiety and depressive symptoms among psychiatry and clinical psychology trainees are well documented [3, 6]. Long working hours, intensive clinical schedules, heavy academic demands, limited time for self-care and a culture that often prioritizes productivity over well-being contribute to the problem. Surveys indicate that many trainees work 50–60 hours per week and feel that faculty talk about work–life balance without providing structural support for it [3]. Burnout not only harms individual trainees but also reduces the quality of care they deliver and increases the risk of early departure from the profession. Systemic solutions rather than solely individual resilience training are required.

Curriculum gaps: digital literacy, cultural competence and emerging topics

Modern psychiatric practice increasingly involves digital tools, telepsychiatry, electronic health records and artificial-intelligence decision support [11]. Yet formal education in digital literacy and critical evaluation of AI systems remains sparse in most curricula [11]. Similar gaps exist regarding cultural competence, climate-related mental health, neurodevelopmental disorders in adult psychiatry, and spirituality/religion in clinical care [9, 12, 15]. The rapid evolution of knowledge outpaces curriculum revision cycles, leaving graduates insufficiently prepared for contemporary clinical realities [9, 12]. Misalignment between the content of training

and the actual demands of subsequent employment is a frequently cited concern among both educators and graduates.

Financial strain and equity issues

Educational debt and living costs place substantial financial pressure on students and residents [4]. In many systems training lasts longer than originally designed, increasing the economic burden. Opportunities for high-quality training are unevenly distributed geographically and socioeconomically. Trainees from underrepresented groups and those studying in resource-limited regions often have less access to experienced supervisors, modern educational resources and research opportunities. These inequities ultimately affect the diversity and cultural responsiveness of the future workforce.

Supervision quality and faculty capacity

Effective clinical education depends on adequate numbers of skilled supervisors [2, 13]. Faculty shortages, competing clinical and research demands, and insufficient protected time for teaching reduce the quality and quantity of supervision. In some settings trainees report discontinuity of supervision and limited feedback. The dual role of educators as both teachers and gatekeepers creates additional tension when problems of professional competence arise. Supporting faculty development and recognizing teaching contributions in academic advancement systems are necessary conditions for sustainable improvement.

Conclusion

Professional education in psychiatry and clinical psychology is confronted with a constellation of structural, pedagogical and human-resource challenges that threaten both the quantity and quality of the future mental health workforce. Key problems include insufficient training capacity, incomplete integration of psychotherapy and modern competencies into curricula, high rates of trainee burnout, limited digital and cultural preparation, financial pressures and inequitable access to high-quality

education. These issues are interconnected and require coordinated responses at institutional, national and international levels.

Priority actions include expansion of residency and postgraduate positions with sustainable funding, mandatory and adequately supervised psychotherapy training, systematic inclusion of digital literacy and emerging clinical topics in curricula, structural measures to protect trainee well-being, investment in faculty development, and policies that promote equity of educational opportunity [4, 7, 10]. Continuous monitoring of educational outcomes and regular curriculum revision in partnership with professional associations are essential. Only by addressing these problems comprehensively can educational systems prepare competent, resilient and patient-centered specialists capable of meeting the growing mental health needs of society.

References:

1. Al-Huseini, S. Postgraduate psychiatry training in the Middle East: Challenges and regional solutions / S. Al-Huseini, S. M. Y. Arafat, N. Khan // Asian Journal of Psychiatry. 2025.

2. American Psychological Association. Supporting Trainees With Competence Problems: A Practical Guide for Psychology Trainers. Washington, DC, 2023.

3. Hunt, M. G. Report of the Council of University Directors of Clinical Psychology (CUDCP) burnout task force: Workload, burnout, and emotional health in clinical psychological trainees / M. G. Hunt, P. Aggarwal, K. Bootes [et al.] // Training and Education in Professional Psychology. 2025. Vol. 19, No. 2. P. 85–96.

4. Gee, D. G. Training the Next Generation of Clinical Psychological Scientists: A Data-Driven Call to Action / D. G. Gee [et al.] // Annual Review of Clinical Psychology. 2022. Vol. 18. P. 43–70.

5. Ng, R. M. K. A worldwide survey on training provisions for psychiatric trainees in WPA member associations / R. M. K. Ng, M. H. M. Hermans, E. Belfort [et al.] // International Review of Psychiatry. 2020. Vol. 32, No. 2. P. 98–113.

6. Obeagu, E. I. Strategies to Safeguard Mental Health Among Medical and Allied Health Trainees: A Narrative Review / E. I. Obeagu [et al.] // Medicine. 2025.

7. Tanyeri Kayahan, S. Psychotherapy training in psychiatry: a systematic review on the early career psychiatrists' interests and opportunities / S. Tanyeri Kayahan [et al.] // European Psychiatry. 2025. Vol. 68, No. 1. Art. e88.

8. Psychotherapy Training Among Psychiatrists in Russia: A Cross-Sectional Study // Clinical Psychopharmacology and Neuroscience. 2025.

9. Vieux, U. Is It Time to Rethink Psychiatry Residency Training? Meeting the Needs of a Multicultural Population / U. Vieux [et al.] // Academic Psychiatry. 2024. Vol. 48. P. 486–491.

10. World Psychiatric Association. High Quality Psychiatric Training Position Statement. Geneva : WPA, 2023.

11. Prégent, J. Applications of Artificial Intelligence in Psychiatry and Psychology Education: Scoping Review / J. Prégent [et al.] // JMIR Medical Education. 2025. Vol. 11. Art. e75238.

12. Wedmann, F. M. Psychiatry in transition: an assessment in the context of societal change / F. M. Wedmann [et al.] // Annals of General Psychiatry. 2026.

13. Growing the Psychiatry Workforce Through Expansion or Creation of Residencies and Fellowships: the Results of a Survey by the AADPRT Workforce Task Force // Academic Psychiatry. 2021. Vol. 46. P. 421–427

14. California Future Health Workforce Commission. Meeting the Demand for Health: Final Report. February 2019.

15. Moreira-Almeida, A. WPA Position Statement on Spirituality and Religion in Psychiatry (2023 Revision) / A. Moreira-Almeida, W. L. A. Fung, A. Sharma [et al.]. World Psychiatric Association, 2023.

Научное издание

V Международная междисциплинарная
научно-практическая конференция
молодых учёных и студентов

ПСИХОЛОГИЯ, ПСИХИАТРИЯ, НАРКОЛОГИЯ XXI ВЕКА: ПЕРВЫЕ ШАГИ В НАУКУ И ПРАКТИКУ

30 октября 2026 г.

16+

ISBN 978-5-8151-0398-6

Редактор А. С. Смирнов

Подписано в печать 10.11.2026 Формат 60x84 ⅛.
Печать офсетная. Бумага офсетная № 1. Печ. л. 43, 75
Тираж 500 экз. Заказ № 103234
Кемеровский государственный медицинский университет
650056, г. Кемерово, ул. Ворошилова, 22 А.
Отпечатано в типографии ООО «АРФпринт»: г. Кемерово, ул. Карболитовская, 1/173, офис 202.
Тел.: (3842) 65-79-09. Сайт: www.arf-print.ru