



федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Кемеровский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
КУЗБАССКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ НАРКОЛОГИЧЕСКИЙ
ДИСПАНСЕР имени профессора Н. П. КОКОРИНОЙ

III Международная научно-практическая конференция

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПСИХИАТРИИ, НАРКОЛОГИИ И КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

к 147- летию со дня рождения
швейцарского психиатра и педагога К.Г. Юнга



Кемерово, 2022

УДК 616.89(082)

ББК 56.14я43

А 437

Редакционная коллегия выпуска:

д.м.н., профессор А.А. Лопатин, д.м.н., профессор А.М. Селедцов, к.ист.н. Г.В. Акименко, к.м.н., доцент Ю.Ю. Кирина.

Актуальные вопросы психиатрии, наркологии и клинической психологии: сборник материалов III Международной научно-практической конференции, к 147 - летию со дня рождения швейцарского психиатра и психоаналитика Карла Густава Юнга (Кемерово, 7 октября 2022 г.) / Г.В. Акименко, А.А. Лопатин, А.М. Селедцов, Ю.Ю.Кирина, Л.В. Гукина – Кемерово: КемГМУ, 2022. – 363 с.

В сборнике представлены секционные доклады участников III-ой Международной научно-практической конференции «Актуальные вопросы психиатрии, наркологии и клинической психологии» к 147 - летию со дня рождения швейцарского психиатра и психоаналитика Карла Густава Юнга, которая проходила 7 октября 2022 года на базе Кемеровского государственного медицинского университета.

В сборник научных трудов вошли доклады ученых, практикующих врачей, клинических психологов, аспирантов и ординаторов по актуальным проблемам психиатрии, наркологии, клинической психологии, особенностях психических и поведенческих расстройств у различных возрастных и социальных групп населения, в том числе в условиях пандемии COVID-19.

Материалы публикуются в авторской редакции.

ISBN: 978-5-8151-0291-0

В макете обложки использована работа Сюзанны Сайнс из открытого источника.–

URL: <https://zen.yandex.ru/media/id/5a99a42d55876b8ea6dbc742/kak-poniat-razvivaetsia-li-vasha-jizn-ili-uviazla-v-bolote-citaty-zigmunda-freida-60e2fc697601597c33c9d1d2>

(дата обращения 1.10.2022)

© Кемеровский государственный
медицинский университет, 2022

© Кузбасский клинический
наркологический диспансер имени
профессора Н.П. Кокориной, 2022

СОДЕРЖАНИЕ

Карл Густав Юнг. Коротко о главном	9
Альшевская В.А. Использование арт - педагогических технологий на занятиях русского языка как иностранного с целью сохранения психологического здоровья студентов.	13
Альшевская В.А. Создание позитивного эмоционального фона студентов на занятиях по русскому языку как иностранному	16
Акименко Г.В. , Федосеева И.Ф. Реализация дистанционной формы обучения в медицинском вузе в условиях пандемии COVID-19	26
Белоногов М.Е., Рублева О.П., Лопатин А.А., Вострых Д.В., Зорохович И.И. Психологическая помощь в формате «Телефона доверия» жертвам буллинга	41
Бобык О.А. Оценка особенностей питания психически больных и его влияния на психическое состояние	48
Валиуллина Е. В. Антиципационная состоятельность личности	54
Васильева Е.В., Коростелева О.Е. Особенности социальной адаптации подростков с психическими расстройствами	60
Васюта А.К. Нарушения когнитивных функций у студентов вуза, перенесших COVID-19, – результаты первого этапа исследования	65
Вострых Д.В., Никитин П.И., Кирина Ю.Ю., Зорохович И.И., Лопатин А.А. Проведение профилактических медицинских осмотров в образовательных организациях Сибирского Федерального Округа в 2018-2020 годах	70

Высокова В.О.	74
Исследование причин и предикторов психических нарушений в период пандемии новой коронавирусной инфекции	
Говорова Г.М.	81
Опыт применения аудиовизуальной стимуляции в психотерапии панических расстройств	
Головкина Д.А., Тихонова Ю.Г., Кинкулькина М.А.	85
Тревожные и депрессивные расстройства у переболевших COVID-19.	
Гопоненко Д.С., Шеметов А. В.	90
Психологическая реабилитация пациентов проходивших лечение в ОРИТ	
Грачева А.М., Фаустова А.Г.	96
Влияние типа привязанности на отношение к себе и отношение к другим у пациентов с полинаркоманией	
Григорьев П. А., Шеметов А. В.	103
Восприятие психологического времени и пространства в ситуации жизнеугрожающего заболевания среди населения Кузбасса	
Гукина Л.В.	108
Формирование приверженности культуре межличностной коммуникации в условиях процессов цифровизации академической среды	
Дацковский Исраэль (Владимир Модестович)	116
Тетрада смысла в логотерапии В. Франкла	
Дубская Ю.В., Лопатин А.А.	126
Опыт взаимодействия специалистов наркологической службы и первичного звена здравоохранения по профилактике наркологических расстройств среди населения Кузбасса	
Дубчак Ю.В., Бородин А.В., Лопатин А.А., Вострых Д.В.	133
Практическое применение экзистенциального метода в психотерапевтической работе с пациентами наркологического профиля на основных этапах лечебно-реабилитационного процесса	

Зайцева Т.В., Плотникова Е.С., Рашоян А.Г., Яковлев А.С.	139
Клинические особенности изменений личности в зависимости от формы эпилепсии	
Еремина С.М., Дубчак Ю.В., Лопатин А.А.	144
Динамика показателей уровня адаптивности и осмысленности жизни наркозависимых на этапе реабилитации и в постреабилитационном периоде	
Землянская В.А., Колпакова Ю.В.	151
Психологическая помощь в режиме дистанционного консультирования подросткам, находящимся в кризисном состоянии и членам их семей	
Келябидина О.А., Лизунова Н.В., Лопатин А.А.	157
Особенности психотерапевтической помощи в наркологическом отделении № 1 наркологическим пациентам с разным уровнем мотивации к лечению	
Киворкова А.Ю., Соловьев А.Г.	161
Особенности медико-психологической реабилитации стрессогенных расстройств у членов семей лиц опасных профессий	
Кирина Ю.Ю., Вострых Д.В., Лопатин А.А., Селедцов А.М.	169
Медицинский наркологический осмотр на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием в условиях изменения законодательства	
Копытин А. И.	177
Экогуманитарная технология «Архетипический арт-конструктор»	
Копытин А. И.	186
Экогуманитарный подход и экогуманитарные технологии (на примере экологической арт-терапии и арт-педагогики)	
Кочуров М.Г.	197
Зависимость эмоционального выгорания от социально-демографических факторов и специфики профессиональной деятельности медицинских работников	

Купча Н.В., Пазенко Д.А., Петров Е.Д. Компьютерно-информационные технологии в контексте применения психотерапии	204
Левченко Е.В., Бондаренко А. А., Сасова Н. А. Ментальное здоровье населения во время пандемии COVID-19. Аналитический обзор	210
Левченко Е.В., Алфимова К.А. Характеристика пищевого поведения у студентов высших учебных заведений	216
Матвеева А.А. Оценка эмоционального интеллекта и качества жизни у пациентов с параноидной шизофренией	225
Миненок В.А., Левченко Е.В. Механизмы действия и потенциальные терапевтические эффекты карбоната лития: обзор литературы	231
Мозговая М.К., Сагалакова А.Ю. Физическая активность в диагностике психических расстройств	235
Молодожен Е.Г., Левченко Е.В. Применение метода биоакустической коррекции у детей с нарушениями поведения	239
Мулюков Т. А., Шеметов А. В. Лечение болевого синдрома у онкологических пациентов	244
Муртузалиев М.М. Информация и поведение личности в обществе	251
Николаевская А.О., Тювина Н.А. Отдельные показатели менструальной функции у психически здоровых и психически больных женщин с бесплодием	257
Нурходжаев С.Н. Личностные особенности пациентов с терапевтически резистентными депрессиями	264

- Райх В.В., Георгиевская О.В. Балакина О.Ю., Зданович И.В., Пак Л.В., Комбарова С.А., Тверская Е.А., Лиходиенко А.А., Кукин А.П., Игонин А.С.Киселева О.В., Едакина Н.А.** 271
Распространённость употребления наркотических средств среди несовершеннолетних по результатам медицинского освидетельствования на состояние опьянения
- Рачкаускас Г.С., Ромашова Т.И., Радионова С.И., Кондуфор О.В., Бобык О.А** 277
Применение когнитивно-бихевиоральной терапии для коррекции нарушений сна у лиц с невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами, в условиях пандемии COVID-19
- Рачкаускас Г.С., Ромашова Т.И., Радионова С.И., Кондуфор О.В., Бобык О.А.** 284
Особенности формирования невротических расстройств у медицинских работников, оказывающих помощь COVID-инфицированным 290
- Рачкаускас Г.С., Кондуфор О.В., Яценко Д.А., Колесников Д.А., Борщ Д.В.**
Уровень тревоги, депрессии и астении у больных алкогольной зависимостью с различной степенью активности хронического гепатита
- Романова М.М., Чернов А.В.** 296
Некоторые особенности психологического здоровья больного человека
- Романова М.М., Чернов А.В.** 303
Актуальные проблемы психологического здоровья медиков
- Селедцов А.М., Акименко Г.В., Кирина Ю.Ю.** 310
Пациенты с COVID-19: спутанность, делирий, проблемы с памятью, в перспективе – ПТСР
- Соловьева С.Л., Литвинцев С.В.** 321
Психологическая реабилитация комбатантов с посттравматическим стрессовым расстройством
- Хилькевич С.О.** Селфи: от управляемой самопрезентации до проблемного поведения 326

Шилова М. А., Абрамович А. В. Тенденции наркопотребления в минске: медико-социальные аспекты	336
Яковлев А. С., Яковлева А.А. Проблема аффективных расстройств в контексте нарушения кишечной микрофлоры	344
Сведения об авторах	351



Карл Густав Юнг. Коротко о главном

Детство и юность

Карл Юнг появился на свет в Швейцарии 26 июля 1875 года. Глава семейства служил пастором, а дед и прадед были врачами.

В детстве Карл предпочитал одиночество, отстраняясь от своих сверстников и проводя время с собственными мыслями. Любимым времяпрепровождением мальчика была прогулка среди могил на кладбище, расположенном недалеко от дома. Карл утверждал, что среди мёртвых ему намного комфортнее, чем среди живых. Уже тогда он задумывался о роли сновидений в жизни человека, о потустороннем мире и о смерти.

Его нелюдимость только усиливалась из-за несладывающихся отношений с отцом и постоянных истерических припадков матери. Мать страдала раздвоением личности: днём она была примерной женой и хозяйкой, а по вечерам превращалась в монстра. Желание разобраться с этой загадкой отчасти повлияло на решение Юнга о выборе будущей деятельности.

Когда Карлу было 10 лет, его другом стал собственноручно изготовленный деревянный человечек. Мальчик вырезал его из найденного на улице бруска и регулярно жаловался фигурке на хмурого отца, который не желает понимать сына, и на истеричную мать, донимавшую его своими

припадками. Позднее в своих трудах Юнг назвал такие разговоры с деревянным другом первым проявлением бессознательного поведения.

Учиться мальчик пошёл в 11 лет. Отец отдал его в гимназию, надеясь, что Карл покажет отличные успехи в учёбе. Но нелюдимому ребёнку было неинтересно учиться, он читал старинные книги и без конца изображал старинные замки. Это чувство раздвоения личности, мешающее ему успешно овладевать знаниями и заводить друзей, Юнг описал позднее, уверяя, что у него всегда присутствовало «два Я».

Депрессивное состояние и мизантропия стали проходить к 16 годам. Юнг всерьёз занялся философией, заинтересовался трудами Пифагора, Платона, Шопенгауэра. После окончания гимназии юноша пошёл в Базельский университет изучать естественные науки, где его настольными книгами стали работы философов-мистиков.

Творческая деятельность

Научная деятельность Карла Юнга началась в 1900 году, когда он приехал в Цюрих и пришёл на работу в психиатрическую клинику. Его наставником стал автор термина «шизофрения» Блейлер. Живя в клинике и ежедневно наблюдая за больными, Карл занимается наукой и печатает клинические работы. Он выпускает труды, в которых разбирает собственный тест словесных ассоциаций.

Карл Юнг женился в 1903 году на Эмме Раушенбах, которую знал давно. Брак оказался удачным для его научной карьеры, так как богатая наследница Эмма горячо поддерживала научную деятельность мужа не только морально, но и финансово.

В 1904 году у молодой пары родилась дочь Агата, и в этом же году в психиатрическую клинику поступила новая больная — 18-летняя Сабина Шпильрейн. У доктора Юнга и пациентки развился бурный роман, который прекратился после выздоровления девушки. Видимо, после излечения её внутренний мир стал неинтересен доктору Юнгу.

1906 год ознаменовался рождением второй дочери Греты и выходом книги «Психология раннего слабоумия». Этот труд Юнг послал для прочтения своему кумиру - Зигмунду Фрейду. Личная встреча с Фрейдом состоялась у Карла через год. Учёные беседовали на протяжении 18 часов и всё время находили общие темы для разговора. А в 1909 году они уже вместе читали лекции в США.

Впоследствии Фрейд в переписке назвал Юнга «Иисусом, предназначенным изучать обетованную землю психиатрии».

В 1909 году Юнг знакомится с 21-летней Тони Вольф, ставшей его любовницей на следующие сорок лет. Супруга прекрасно знала об этой связи, но огромная любовь к Карлу давала ей силы прощать и терпеть то, что незаконная жена ездила с Юнгом на конгрессы и писала вместе с ним научные книги. Совместным трудом с любовником стала книга под названием «Метаморфозы и символы либидо».

После возвращения из США Юнг уже приобрёл известность, а вместе с ней и неплохой доход, позволяющий ему бросить работу в клинике и вплотную заняться любимой психопатологией. Он исследовал это явление на основе сказок, легенд и мифов.

Достижения в науке

Когда появилась Международная психоаналитическая ассоциация, Карл Юнг становится самым молодым в её истории президентом. К этому времени любящая жена родила ему ещё одну дочь и сына.

В своих трудах, в частности в «Психологии бессознательного», Юнг опровергает многие суждения своего кумира Фрейда. Он лишает понятие «либидо» сексуальной подоплёки. Он определил коллективное бессознательное, расширил понятие «комплекс». В отличие от своего старшего товарища, объясняющего всё неудовлетворёнными сексуальными желаниями, Юнг смотрит гораздо глубже. Мистицизм всегда являлся основой работ психоаналитика.

В 1913 году Юнг и Фрейд решили официально прекратить общение.

Последующие годы деятельности Карла Юнга наполнены успехами:

- *1930 - получение звания президента Психотерапевтического общества, выход труда «Проблемы души нашего времени»;*
- *1932 - литературная премия в размере 8 миллионов франков;*
- *1933 - должность профессора психологии Федерального политехнического университета;*
- *1944 - профессор кафедры психологии Базельского университета;*
- *1948 - создание Института Юнга;*
- *1955 - звание почётного гражданина города.*

Смерть наступила в 1961 году после второго инфаркта, вызвавшего тромбы сосудов и паралич.

Влияние на современную науку

Идеи, рассматриваемые Карлом Юнгом, получили широкое распространение в современной психологии. То, что сейчас именуется **аналитической психологией**, в основном построено на его работах.

Последователи Юнга называют себя юнгианцами. Они широко применяют такие методы, как арт-терапия, активное воображение, психодрама, символдрама, юнгианская песочная терапия - все то, что высвобождает глубинные слои психики.

Именно Юнг ввёл в психологию такие понятия, как «интроверт» и «экстраверт», поделив всех людей на эти два типа. У него было научное объяснение этому. По его мнению, существует два вида взаимодействия с окружающей средой: защита от неё и независимое существование, как у интровертов, и устремление во внешний мир с преодолением трудностей, как у экстравертов. Каждый из нас, пройдя тест, сможет узнать, к какому психотипу он принадлежит.

Психотерапевты всего мира пользуются понятием структуры личности, данным Юнгом. По его определению, личность состоит из трёх частей.

Эго — это наше сознание.

Личное бессознательное — это наш жизненный опыт, состоящий нашей личной памяти, мыслей, ощущений, комплексов, действительности.

Коллективное бессознательное - это взгляды и ощущения, представляющие общий результат прошлого людей, передающиеся от предыдущих поколений нынешним (мифы, эпосы, сказки, понятия добра и зла).

Карл Густав Юнг сумел раскрыть потаённые уголки человеческого сознания и соединить их с событиями, происходящими во внешнем мире. Это во многом помогло изменить представление о психологии человека.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АРТ- ПЕДАГОГИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ НА ЗАНЯТИЯХ РУССКОГО ЯЗЫКА КАК ИНОСТРАННОГО С ЦЕЛЬЮ СОХРАНЕНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ.

Альшевская В.А.

Отдел по работе с иностранными студентами

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Аннотация. Данная работа посвящена проблеме психологического здоровья студентов. Одним из решений этой проблемы является применение арт-педагогических технологий на занятиях по русскому языку как иностранному. В статье описаны некоторые технологии арт-педагогики и их положительное влияние на эмоциональное состояние студентов.

Ключевые слова. Психологическое здоровье, студенческий возраст, русский язык как иностранный, арт-педагогика, эмоциональное состояние.

USE OF ART PEDAGOGICAL METHODS IN THE CLASSES RUSSIAN AS A FOREIGN LANGUAGE TO PRESERVE STUDENTS' PSYCHOLOGICAL HEALTH.

Alshevskaya V.A.

International Department

Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo

Abstract. This work is devoted to the problem of psychological health of students. One of the solutions to this problem is the use of art-pedagogical technologies in the classroom in Russian as a foreign language. The article describes some technologies of art pedagogy and their positive impact on the emotional state of students..

Keywords: psychological health, student age, Russian as a foreign language, art pedagogy, emotional state.

В современном мире вопрос о сохранении и поддержании психологического состояния молодёжи является очень актуальным и остаётся до сих пор открытым. Студенческий возраст является самым эмоционально-ярким периодом в жизни любого человека. Наряду с позитивными эмоциями, которые испытывают молодые люди, также они подвержены стрессу. Стресс, в свою очередь, связан с экзаменами, необходимостью личностного самоопределения в будущей профессиональной среде.

Уже давно доказано, что стресс и его последствия составляют серьёзную угрозу психическому здоровью личности.

Вопросами психологического здоровья человека активно занимается исследователь О.В. Хухлаева. Она определяет психологическое здоровье как «динамическую совокупность психических свойств, которые обеспечивают гармонию между различными сторонами личности человека, а также между человеком и обществом и возможность полноценного функционирования человека в процессе жизнедеятельности» [6].

От состояния психологического здоровья человека зависит его стремление познать себя и окружающий мир, умение выполнять социальные и семейные роли. Следовательно, задача сохранения психологического здоровья студента является задачей государственной важности.

Несомненно, состояние психологического состояния зависит от активности самого студента. Сопереживание, самопознание, самопонимание, саморегуляция, саморазвитие, ответственность - это способы сохранения психологического здоровья, которыми студент может успешно пользоваться. Все эти способы требуют немалых усилий и работы над собой [4]. Помимо данных рефлексивных механизмов сохранения психического состояния, условия, созданные образовательной организацией и преподавателями также будут влиять на эмоциональное состояние студентов. И.А. Баева утверждает, что здоровье студента возможно сохранить только в атмосфере душевного комфорта, благоприятных социально-психологических условий в

образовательной организации [2]. Психолого-педагогическая среда образовательной организации обеспечивает условия сохранения и укрепления здоровья. Основными условиями являются: безопасность образовательной среды, психологическое просвещение, воспитательная работа, компетентность преподавателей в построение учебных курсов и др. [4].

Арт-терапия и артпедагогика по мнению некоторых исследователей способствует созданию позитивного настроения и эмоций, стимулирует творческое самовыражение и раскрытие талантов личности, снижает утомляемость, помогает избавиться от негативных эмоций и плохого настроения [6].

Важность искусства в жизни человека и сила его воздействия на личность были осознаны очень давно. Современные научные исследования доказывают, что искусство это не только «украшение жизни», но и важнейшее средоточие биологических и социальных-психологических условий формирования личности в обществе [5].

Подверженное теории о положительном влиянии арт-педагогических технологий на психическое здоровье обучающихся находит своё подтверждение в трудах В.П. Анисимовой. Она утверждает, что арт-педагогика обеспечивает условия формирования субъективной картины мира и самосознания ребенка. Данные условия способствуют преодолению противоречивых жизненных ситуаций и является способом сохранения психологического здоровья личности учащегося [1].

Арт-педагогика представляет собой синтез двух областей научного знания – педагогики и искусства. Теория и практика осваивается с помощью искусства и художественно- творческую деятельность (музыкальную, визуальную, художественно-вокальную, театральную и игровую). Технологии арт-педагогики могут быть успешно применимы на занятиях по русскому языку как иностранному (РКИ). Рассмотрим некоторые их них.

Технология *коллаж*. Данная арт-технология помогает студентам побороть робость, порожденную мнимым или реальным отсутствием художественного дара и творческих навыков. Эта техника хороша тем, что каждый сможет достичь положительного результата. В дальнейшем это скажется на его эмоциональном состоянии. Кроме этого, все студенты смогут проявить оригинальность и креативность.

Мини-театрализация уникальна своей способностью развивать творческий потенциал обучающихся, возможностью изучения нюансов иностранной культуры. В процессе игры студент не подозревает, чему учится, а только вовлечён в процесс и достигает результата.

В результате использования технологии *комикс-рассказ* на занятиях РКИ у студентов пропадают комплексы и боязнь допустить ошибку, удерживается внимание и ограничивается воздействие раздражителей. Каждый участник в праве считать себя полноправным автором предложенного графического рассказа. Как показывает практика, студенты с большим интересом вовлекаются в процесс создания комикс-рассказа на русском языке.

Ещё одним значимым арт-технологическим элементом является *лингвистический квест*. В ходе его использования происходит интеграция разных дисциплин (культурология, история, философия) в процесс. Данный педагогический метод позволяет решить проблему с помощью образовательных задач, которые содержат сюжет, сценарный план ролевой. В ходе выполнения квеста студенты занимаются поиском какой-либо информации, мест, людей, применяя свои накопленные знания. Все становятся участниками этого довольно увлекательного процесса и могут продемонстрировать свои знания.

Заключение. Студенческий возраст - период в жизни каждого человека, который наполнен переживаниями. Этом возрасте особо важно помочь молодому поколению сохранить психологическое здоровье и избежать стресс. Эта задача ложится на плечи образовательной организации, в том числе. Применение таких арт-технологий как, коллаж, мини-театрализация,

лингвистический квест, комикс- рассказ на занятиях РКИ способно частично улучшить эмоциональное состояние студентов и развить их творческих потенциал.

Литература / References:

1. Анисимов В.П., Сметанина А.Ю. Арт-педагогическое сопровождение духовно-нравственного развития личности. Тверь, 2008. 280 с.
2. Баева, И.А. Психологическая безопасность в образовании / И.А. Баева. - СПб.: Образование-Культура, 2005. – 190 с.
3. Иванова, И.В. Актуальность введения спецкурса «Арттерапия» в практику высшего педагогического образования. // Научные труды Калужского государственного педагогического университета им.К.Э. Циолковского. Серия: Психолого-педагогические науки. 2008. – Калуга: Изд-во КГПУ им.К.Э. Циолковского, 2008. – С. 342-346.
4. Смирнова, Н.С., Брюханова, А.Д. Сохранение психологического здоровья студентов : материалы региональной научно-практической конференции «Вторые калужские университетские чтения. – Калуга, 2020. – С. 305-311.
5. Федорова Е.А. Новые педагогические технологии: арт-педагогика в ВУЗе // Психология и педагогика: методика и проблемы практического применения. – 2012. – №25-17. – С. 262-267.
6. Хухлаева, О.В. Коррекция нарушений психологического здоровья дошкольников и младших школьников. – М.: Издательский центр «Академия», 2003. – 176 с.

СОЗДАНИЕ ПОЗИТИВНОГО ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ФОНА СТУДЕНТОВ НА ЗАНЯТИЯХ ПО РУССКОМУ ЯЗЫКУ КАК ИНОСТРАННОМУ

Альшевская В.А.

*Отдел по работе с иностранными студентами
ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Россия, г. Кемерово*

Аннотация. В статье рассматриваются методы создания эмоционально-позитивного фона как одно из необходимых педагогических условий, способствующих эффективному усвоению материала на занятиях русский как иностранный и во время внеучебной работы со студентами. Материал исследования может быть использован преподавателями русского языка как иностранного. Автором делается вывод, что позитивные эмоции увеличивают работоспособность и активизируют учебно-познавательную деятельность студентов. Таким образом, положительный эмоциональный фон является неотъемлемым условием организации занятия.

Ключевые слова: эмоциональный фон, положительные эмоции, методы обучения, русский язык как иностранный, внеучебная деятельность, учебная ситуация, педагогические условия.

CREATING A POSITIVE EMOTIONAL BACKGROUND FOR STUDENTS AT LESSONS IN RUSSIAN AS A FOREIGN LANGUAGE

Alshevskaya V.A.

*International department
Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo*

Abstract. The article discusses the methods of creating an emotionally positive background as one of the necessary pedagogical conditions that contribute to the effective assimilation of the material in the Russian as a foreign language classes and during extracurricular work with students. The research material can be used by teachers of Russian as a foreign language. . The author concludes that positive

emotions increase efficiency and activate the cognitive activity of students. Thus, the creation of a positive emotional background based on learning situations can be one of the pedagogical conditions for organizing a lesson.

Keywords: emotional background, positive emotions, teaching methods, Russian as a foreign language, extracurricular activities, learning situation, pedagogical conditions.

Введение. Проведенный анализ научной литературы свидетельствует о том, что образовательный процесс по своей природе является сложным и многокомпонентным. Эмоциональный компонент входит в их число, по словам многих психологов, стимулирует работу головного мозга, повышает интерес к изучаемой дисциплине, раскрывает потенциальные силы обучающихся.

С. Архангельский в своем исследовании утверждает, что от эмоционального состояния зависит восприятие информации. Яркие и разнообразные занятия вызывает у студентов положительные эмоции. В свою очередь позитивные эмоции стимулируют умственную работу, предотвращают акты торможения [1].

В научных трудах И. Трахтенберга и С. Рашмана доказано, что эмоциональный компонент сильно влияет на характер мыслительной деятельности человека. Позитивные эмоции препятствуют возникновению усталости и повышают работоспособность студентов [8].

Подобная теория находит подтверждение и в работе К. Ушинского. Исследователь придаёт большое значение чувствам и эмоциям обучающихся в учебном процессе. Он уделял важно место созданию приёмов для создания и поддержание позитивного эмоционального настроения во время занятий. Тем самым вызывало повышенный интерес к изучаемой дисциплине [9].

Во время занятий преподаватель уделяет большее внимание интеллектуальной стороне познавательного процесса, чем эмоциональной. Именно это делает исследование **актуальным**.

Такое явление в процессе обучения делает его менее продуктивным. И во время занятий студенты испытывают негативные эмоции: скуку, рассеянность, усталость, безразличие, боязнь вместо увлечения, радости.

Э.И. Дебрина видит пагубное влияние этого нарушения на развитие личности студента в целом и на формирование определённых компетентностей в частности, в том числе и связанных с логическим мышлением [3].

Е.П. Ильин утверждает, что, «декларируя необходимость наличия в процессе обучения положительного эмоционального фона, психологи и педагоги мало уделяют внимания изучению вопроса, что на самом деле имеет место в учебном процессе» [4]. По мнению А.К. Колечко, «задача человека – избавляться от отрицательных эмоций и получать положительные» [5], что в очередной раз доказывает необходимость развития положительных эмоций обучающихся и управление отрицательными.

Создание эмоционально-положительного фона, по мнению некоторых исследователей, способствует стимулированию обучающихся к самостоятельному выполнению исследовательской деятельности, что является необходимым при изучении любой дисциплины [2].

Цель данного исследования – рассмотрение методических приемов создания позитивного эмоционального фона обучающихся на основе учебных ситуаций как одно из педагогических условий на занятиях русского языка как иностранного.

Результаты и их обсуждение. Рассматривая эмоционально-положительный фон в целом, необходимо отметить, что под этим термином ученые понимают «...условия формирования эмоционально-личностного отношения обучающегося к процессу обучения, позволяющие повысить качество образования» за счет определённых действий, выполняемых преподавателем [7].

Исходя из теории о влиянии положительных эмоций на продуктивность познавательной деятельности, Т. Шамова утверждает, что позитивный

эмоциональный фон может быть создан посредством правильно организованного начала и хода учебного занятия. Она выделяет **три** группы методических приемов, которые способствуют созданию позитивного эмоционального фона и готовят студентов к успешному усвоению знаний [10].

Выделенные исследователем группы приёмов представляются нам эффективными в применении на занятиях РКИ.

Первая группа связана с созданием эмоционального фона для восприятия нового материала. Начало урока всегда задаёт рабочее настроение у обучающихся. Традиционно каждый преподаватель стремится быстро включить студентов в работу, забывая о том, что необычное начало занятия может предусматривать введение эмоциональных моментов на первом этапе познавательной деятельности. Организационный момент требует творческого подхода, использования различных приёмов, поиска своеобразной формы. Рассмотрим некоторые примеры необычного начала занятия РКИ.

1) *Фантастическое начало.*

Студентам предлагается рассмотреть изучаемую ситуацию глазами марсианина или древнего грека, реального или вымышленного героя из прошлого. Также преподаватель может перенести учебную ситуацию на другую планету, в другую эпоху или фантастический мир.

Такой приём хорошо применим при изучении тем: «Транспорт», «Город», «Еда и рестораны», «Одежда», «Профессии». По ходу такого необычного начала занятий у студентов будет преобладать творческая инициатива и игра фантазии.

2) *Эпиграф*

Эпиграф может стать органическим элементом начала урока. Его основная задача - сжато передать основную тему. В качестве эпиграфа можно использовать цитаты из фильмов, художественных произведений, пословицы, поговорки или афоризмы, которые станут смысловым ключом к теме урока.

Стоит отметить, что такое начало будет актуальным при изучении русского языка на более продвинутом уровне.

3) *Проблемная ситуация*

Под руководством преподавателя создаётся противоречивая между известным и неизвестным ситуация. Далее нужно придерживаться следующего алгоритма:

- самостоятельное решение;
- коллективная проверка результатов, выявление причин разногласий или затруднений;
- постановка цели урока.

Благодаря этим действиям происходит творческое овладение знаниями, умениями и навыками, развитие мыслительных способностей и проявление повышенного интереса к занятию.

4) *лингвистические игры*

Использование игр хорошо тем, что их легко подобрать по тематическому принципу для каждого раздела курса. Они являются удобной формой актуализации знаний. Для организации начала занятия можно использовать следующие словесные игры:

- разгадывание лингвистических загадок;
- узнавание слова по его толкованию или общему признаку;
- объяснение написанного слова в карточке, без использования однокоренных слов.

Ко **второй группе** относятся приёмы, которые связаны с выявлением практической и теоретической значимости изучаемой темы. Студентам предлагается выполнить задания на закрепление изученного материала. Следует отметить, что это не должны быть обычные лексико-грамматические упражнения. Чем занимательней и ярче будут задания, тем больший интерес они вызовут у обучающихся. Выполняя их, студенты должны

осознавать, что с подобной информацией они могут столкнуться в профессиональной или бытовой сфере общения. На занятиях РКИ рекомендовано использовать следующие методы:

- *метод «Карусель»*. Данный метод раскрывает тему и закрепляет полученные знания. Преподавателю необходимо подготовить вырезки из журналов и газет, видеофрагменты, материалы из интернета, аудиозаписи. Группа студентов выделяет главную информацию из своего источника и записывает её на доске, дополняя ответы другой группы. Затем полученные результаты озвучиваются и подводятся итоги;

- *метод «Станьте любознательными»*. Этот метод можно использовать для работы с адаптированными текстами. После их прочтения обучающиеся друг за другом рассказывают об интересных фактах, которые они узнали, используя выражения: «Я прочитал...», «Я знал...», «Я узнал...»;

- *метод «деформированных текстов»*. Является очень распространённым, простым в использовании и у студентов вызывает большой интерес к содержанию текста. Для работы нужно лишь подобрать занимательный по тематике текст и сменить в нём порядок абзацев; и т.д.

Третья группа приемов связана с организацией практических действий обучающихся, в частности, припоминание правил при выполнении практических действий, различного рода измерений и сопоставления результатов.

Несомненно, что лучшей практикой при изучении любого иностранного языка является общение с носителем языка.

Урок - встреча с представителями разных сфер деятельности, с выдающимися людьми региона и просто со сверстниками будет интересным дополнением к повседневному занятию. Преподавателю необходимо грамотно построить урок, чтобы встреча оказалась увлекательной и запоминающейся и для студентов, и для приглашенных гостей.

Не стоит забывать и про *уроки - экскурсии*. Особенно актуальны они в тёплое время года. Обучающиеся могут окунуться в реальную ситуацию общения в аптеке, на вокзале, в магазине и т.д.

Вопросом создания положительно-эмоционального фона на занятиях по специальным техническим дисциплинам плотно занимался исследователь В. Манько. По его мнению, одним из эффективных методов обеспечения эмоционально-положительного фона в рамках образовательного процесса является организация внеучебной деятельности: выступления на конференциях, участие в олимпиадах и конкурсах и т.д. [6].

Следует сказать, что данный вид работы уникален тем, что расширяет научное мировоззрение студентов, поддерживает интерес к дисциплине, возбуждает потребность в самосовершенствовании. Реализации мероприятий внеучебной деятельности для студентов, изучающих русский язык как иностранный может иметь следующие формы:

- *«Вечер поэзии»*. Студенты знакомятся с классическими лирическими или прозаическими произведениями русской литературы. Готовят выступления совместно с преподавателями РКИ либо с русскими студентами. Мероприятие отличается тем, что студенты не только погружаются в русскую культуру, обогащают свой словарный запас, но ещё и развивают творческие способности;

- *«Как мы открываем Пушкина»*. Конференция, где студенты готовят доклады, авторефераты о жизни, творчестве, политических взглядах, интересных фактах русских поэтов и писателей. Участие в подобном роде конференций помогает студентам углубить знания о русских классиках, грамотно излагать свои мысли, демонстрировать исследовательские способности;

- *«Расскажи»*. Работа разговорного клуба всегда остается эффективной формой при изучении любого иностранного языка. Расширение словарного запаса, преодоление языкового барьера, общение со

сверстниками – носителями языка, новые знакомства, беседы на интересные темы - значимые плюсы этой деятельности.

Резюмируя вышесказанное, можно сделать следующие **Заключение.:** эмоционально-позитивный фон активизирует мыслительно-познавательную деятельность, предотвращает скорое наступление усталости обучающихся, формирует интерес к изучаемой дисциплине. В контексте нашего исследования создание эмоционально-положительного фона является обязательным и необходимым условием на занятиях РКИ. Для этого существует три основные группы методических приёмов. Они связаны с успешным началом занятий, выявлением практической и теоретической значимости изучаемой темы и с организацией практических действий обучающихся. Эффективным средством создания позитивного эмоционального фона является также внеучебная деятельность. Она способствует повышению работоспособности и активизации познавательной и творческой деятельности студентов.

Литература / References:

1. Архангельский С.И. Лекции по теории обучения в высшей школе / С.И. Архангельский. – М. : Высшая школа, 1974. 384 с.
 2. Бабухин, М.А. Создание эмоционально-положительного фона как одно из условий формирования исследовательской самостоятельности обучающихся // Вестник Шадринского Государственного Педагогического Университета. 2021. No 1 (49). С. 16-21.
 3. Дибривная, Э.И. Создание позитивного эмоционального фона на основе учебных ситуаций в процессе формирования математической компетентности студентов // Актуальные проблемы гуманитарных и естественных наук. 2003. No 12-2. С. 186-188.
 4. Ильин Е.П. Эмоции и чувства. СПб., 2001. 752с.
 5. Колеченко А. К. Энциклопедия педагогических технологий. СПб., 2002.
- Доступно по:

https://educational_technology.academic.ru/20/Развитие_эмоциональной_сферы

Ссылка активна на 01.08.2022.

6. Манько В.М. Динаміка розвитку пізнавальних інтересів студентів у процесі вивчення спеціальних дисциплін // Наукові записки: Зб.наук.ст. Національного педагогічного університету ім. М.П.Драгоманова / Укд. П.В. Дмитренко, О.Л. Макаренко. К.: НПУ, 2000. С. 88 – 95.

7. Ратова, И.В. Образовательные технологии как условия создания эмоционально-положительного фона обучения (на примере обучения взрослых). Москва, 2002. 31 с.

8. Трахтенберг И.М., Рашман С.М. Гигиена умственного труда студентов. К.: Здоров'я, 1973. 172 с.

9. Ушинский К.Д. Полное собрание сочинений. М.: Изд-во АПН РСФСР, 1950. Т. 9. 628 с.

10. Шамова Т.И. Проблемный подход в обучении. Новосибирск: Зап.-Сиб. кн. изд-во, 1969. 68 с.

РЕАЛИЗАЦИЯ ДИСТАНЦИОННОЙ ФОРМЫ ОБУЧЕНИЯ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19

Акименко Г.В.¹, Федосеева И.Ф.²

¹*Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии*

²*Кафедра неврологии, нейрохирургии, медицинской генетики
и медицинской реабилитации*

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

Аннотация. Основываясь на опыте авторов, исследованиях, наблюдениях в академической среде воздействия пандемии на систему высшего медицинского образования по специальности «Лечебное дело» и необходимости поиска альтернативных решений, эта статья представляет, как работает вуз в условиях самоизоляции и как он сможет реагировать на будущие вызовы. Установлено, что существует большая потребность в том, чтобы

медицинский университет укреплял практику в учебной программе и делал ее более гибкой для удовлетворения потребностей студентов в обучении даже в период самостоятельной работы в условиях коронавируса.

Ключевые слова: высшее медицинское образование, online-обучение, пандемия, преподаватели, обучающиеся, медицинский университет, COVID-19.

IMPLEMENTATION OF DISTANCE LEARNING AT A MEDICAL UNIVERSITY IN THE CONDITIONS OF THE COVID-19 PANDEMIC

Akimenko G. V.¹, Fedoseeva I.F.²

¹*Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology*

²*Department of Neurology, Neurosurgery, Medical Genetics
and medical rehabilitation*

Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo

Abstract. Based on the authors' experience, research, observations in the academic environment of the impact of the pandemic on the system of higher medical education in the specialty «Nursing» and the need to find alternative solutions, this article presents how the University works in conditions of self-isolation and how it will be able to respond to future challenges. It was found that there is a great need for the medical University to strengthen the practice in the curriculum and make it more flexible to meet the learning needs of students even while working independently in a coronavirus environment.

Keywords: higher medical education, online training, pandemic, teachers, students, medical University, COVID-19.

11 марта 2020 года Всемирная организация здравоохранения объявила коронавирусную инфекцию COVID-19, которую вызывает возбудитель SARS-CoV-2, пандемией. Коронавирус по состоянию на 06 апреля 2020 года затронул высшие учебные заведения не только в Ухане, где и возник коронавирус, но и практически все вузы в 191 стране мира [1]. Таким образом, по всему миру

была закрыта значительная доля университетов, включая Оксфорд, Кембридж и другие ведущие вузы.

Минобрнауки России, в соответствии с указом Президента Российской Федерации от 02.04.2020 №23939, принял решение о переводе вузов страны на реализацию образовательных программ с использованием электронного обучения и дистанционных образовательных технологий [2]. Учебные заведения России оперативно отреагировали на форс-мажорную ситуацию и изменили свои условия работы, внедрили меры и практики, которые были нацелены на снижение риска заболевания COVID-19.

Во многих университетах страны до начала пандемии уже был накоплен опыт удаленной работы со студентами. Однако для практик внеаудиторных занятий с обучающимися дистанционный формат использовался редко. В рамках социологических исследований, проведенных Национальным исследовательским университетом «Высшая школа экономики» (НИУ ВШЭ), лишь 12% студентов ответили, что получали и выполняли задания преподавателя в электронном формате [4].

В условиях самоизоляции преподаватели организовали учебный процесс с использованием различных способов доставки электронного контента и доступных инструментов коммуникации с обучающимися в электронной информационно-образовательной среде (ЭИОС).

Главные вызовы дистанционного высшего сестринского образования - это, прежде всего, практическая и пациентоориентированная направленность учебных программ для обучающихся. необходимость быстрого вхождения в режим бесконтактного обучения.

Незапланированный перевод учебного процесса на дистант в условиях пандемии имеет существенные отличия от правильно спланированного online - обучения на основе массовых открытых online-курсов (MOOC).

Результаты опроса преподавателей вузов с ученой степенью, проведенного НИУ ВШЭ в конце 2019 г., свидетельствуют о том, что они

невысоко (3,2 балла из 5) оценивали свой уровень владения дистанционными технологиями, а каждый четвертый респондент за последние 3 года ни разу не использовал в своей работе сервисы удаленной видеосвязи для участия в вебинарах и видео - конференциях [7].

Термин «online-обучение» в научной литературе используется, когда речь идет об отсутствии в процессе обучения offline контакта студента с преподавателем, что приводит к подмене понятий и, как правило, неверным выводам. На наш взгляд, в сложившихся условиях самоизоляции было бы не обоснованным использование термина «online-обучение» и в практике использования MOOK, поскольку экстренный перевод студентов на них в середине семестра без предварительных организационных мероприятий и необходимого сопровождения со стороны разработчиков online-курсов не позволили студентам осознать преимущества данной технологии.

В сложившейся ситуации необходимо понять различия между «online-обучением» и образовательными технологиями, применяемыми в условиях экстренного перевода учебных заведений на дистант.

Первый массовый открытый online-курс был разработан Дейвидом Кормьером (Канада) [5]. Исследования эффективности образовательных процессов, связанных с применением данной технологии, позволили акцентировать внимание на содержании форм и методов «online-обучение» [2]. В результате был выделен ряд отличий «online-технологии» от других технологий применяемых в вузовской системе XXI века (дистанционное, смешанное, мобильное обучение и др.), позволяет провести сравнительный анализ эффективности высшего образования в разных форматах и сделать заключение о преимуществах и недостатках той или иной технологии.

Ранее проведенные экспериментальные исследования различных форм дистанционного обучения позволили сделать вывод о том, что эти технологии существенно не отличаются от обычного аудиторного обучения с точки зрения результатов обучения [3]. Во многом это объясняется тем, что учебный процесс

в электронной информационно-образовательной среде тщательно спроектирован и спланирован. «Online – курс», как правило, теоретически обоснован, обеспечен учебно-методическими и контрольно-измерительными материалами, которые и позволяют достичь запланированных результатов - формирования компетенций в рамках исключительно электронного обучения.

Ключевым в определении содержания «online-обучение» является педагогический дизайн - ведущий инструмент проектирования MOOK. Именно он, как правило, и отсутствует в большинстве случаев при экстренном переходе на «дистант» обучение.

Наиболее полно, на наш взгляд, варианты педагогического дизайна при проектировании online-курса отражены в работах американских философов Марианна Бакия (Marianne Bakia) и Роберта Мерфи (Robert Murphy), которые изучают интеграцию исследований в области компьютерных наук с исследованиями в области обучения.

Авторами были предложены основные параметры эффективных электронных курсов, с альтернативными вариантами реализации online-обучения:

- модель обучения, которая включает в себя: функции, структуру, способы организации учебного процесса, формы, технологии и результаты согласно образовательным целям общества.
- темп освоения, заданный преподавателем с возможностью прохождения части курса в удобном для обучающегося темпе.
- количество обучающихся: до 35 человек от 36 до 99 человек. от 100 до 999 человек и более 1000 человек.
- педагогические технологии: объясняющие, исследовательские, практико-ориентированные и др.
- роль преподавателя: активное взаимодействие со студентами online. эпизодическое. формальное online-присутствие. отсутствие преподавателя в online-среде.

- роль обучающегося: активная, пассивная.
- синхронизация взаимодействия.
- обратная связь.

Грамотно подобранные материалы курса, исходя из целей и задач обучения в online-среде, обеспечивают студентам образовательный результат, а преподавателю - положительную обратную связь. Такой подход подразумевает, что online-обучение – это прежде всего когнитивный и социальный процесс, а не просто способ передачи информации через сеть Интернет. Важно обратить внимание и на то, что такие технологии требуют обязательной социально-психологической поддержки обучающихся. В рамках очной формы обучения эту роль выполняют преподаватели, задействованные в учебном процессе.

Очевидно, что online-обучение невозможно без IT-инфраструктуры, которая требует значительных инвестиций в качественные «online-курсы», обеспечивающие эффективное обучение и поддержку, в том числе психологическую, обучающимся в Интернет среде. Все вышеперечисленные условия необходимо проработать заранее, при этом преподаватели уже должны иметь опыт использования инструментов online-обучения и сервисов поддержки обучающихся.

Как показывает практика, на разработку online-курса в среднем уходит от 6 до 9 месяцев, а уверенные навыки работы преподавателя на online-платформе формируются в течение первых двух-трёх пилотных запусков курса. Поэтому важно чётко понимать то, что специалисты вкладывают в понятие «online-обучение» и то, что вузы пытаются реализовать на практике в условиях пандемии - это разные формы организации учебного процесса. Очевидно то, что делается в этом направлении в условиях форс-мажора даже с максимальными вложениями и личными ресурсами преподавателей по факту является ормой дистанционного обучения.

В экстремальных условиях резкого переформатирования учебного процесса и ограниченности временных ресурсов, на наш взгляд, должны

измениться и критерии оценки знаний, полученных, обучающимися. Эффективность образовательного процесса в данном случае будет определяться соотношением полученных результатов и затраченных ресурсов с поправкой на экстренность поставленных задач.

Цель исследования: анализ удовлетворенности студентов факультета «Лечебное дело» дистанционной формой обучения.

Материал и методы исследования. В рамках исследования было проведено анкетирование 78 студентов 1, 3 курсов факультета «Лечебное дело» Кемеровского государственного медицинского университета (КемГМУ), в их числе 16 (20,5%) юношей и 62 (79,5%) девушки. Средний возраст респондентов - 20,3 года. Анкеты заполнялись студентами ВКонтакте самостоятельно.

Разработанная для данного исследования анкета состояла из 25 вопросов по трем блокам: пандемия COVID-19. дистанционное обучение в условиях самоизоляции. Вопросы об уровне владения персональным компьютером и навыках работы в сети Интернет.

Результаты исследования и их обсуждение. По итогам анализа анкет можно констатировать, что 97,4% респондентов были своевременно информированы о переходе КемГМУ на дистанционную форму обучения и ознакомлены с соответствующим приказом ректора.

Примерно для 71,8% опрошенных считали, что им с первых дней полностью или скорее было понятно, как дальше будет организовано обучение в их вузе.

В условиях самоизоляции на дистанте обучалось 96,1% студентов, при этом 83,3% использовали электронные сервисы и до пандемии, а 17,9% стали информационными волонтерами – помогали тем, кому была необходима помощь в освоении IT-технологий.

У 98,7% опрошенных дома есть Интернет, у 92,3% - свой компьютер или ноутбук. 83,3% респондентов отметили, что доступная им техника «точно» или

«скорее точно» отвечает необходимым для работы функциональным требованиям.

В образовательный процесс КемГМУ прочно вошли такие интернет-ресурсы, как: «Консультант студента», ЭБС, «Консультант врача» и др. В электронной библиотеке, к которой имеют доступ все студенты и преподаватели, размещены электронные версии большинства учебников, учебных и учебно-методических пособий.

Интерактивное взаимодействие «студент» – «преподаватель» в университете в настоящее время происходит в информационно-образовательной среде, созданной на основе Moodle LMS при наличии современного технического оборудования (компьютер, планшет, смартфон). Постоянное и оперативное общение, осуществляется также посредством Skype, приложений ZOOM, Discord, через электронную почту, чаты социальных сетей и мессенджер WhatsApp [3].

Система Moodle LMS имеет удобный интуитивно понятный интерфейс, студенты факультета лечебное дело и все преподаватели университета имеют личный кабинет, регистрируясь по индивидуальному логину и паролю. Основной структурной единицей каждого модуля, соответствующей дисциплины, является «Интерактивное занятие», доступ к которому открывается соответственно календарно-тематическому плану. Теоретический раздел представлен в виде лекционного материала и презентаций. Информационный блок включает также методические рекомендации, список литературы со ссылками на источники в электронных библиотеках. Контролирующий блок включает в себя контрольные вопросы, ситуационные задачи, тесты - контрольных заданий, что позволяет быстро и качественно оценить качество подготовки обучающихся. На выполнение каждого из представленных заданий отводится ограниченное количество времени. После окончания занятия преподаватель индивидуально в автоматическом или ручном режиме оценивает работу каждого студента.

С практическими занятиями сложнее, но и здесь есть выход. Часть занятий, например, в лабораториях не носят напрямую исследовательский характер. Например, уже у химиков есть опыт - снимается на камеру эксперимент, который показывает лаборант. А студенты потом описывают, что произошло.

По числу программ, которые студенты не могут завершить освоение курсов не смогут завершить в дистанционном формате лидируют следующие программы медицинского направления подготовки «Лечебное дело».

Исследование показало, что при всех положительных моментах после первых двух недель дистанционного обучения вузы столкнулись с целым рядом проблем. Во-первых, возникают вопросы достоверности того, что полученные от студента материалы подготовлены без посторонней помощи. отсутствует возможность контролировать заимствования присланного текста из учебной литературы и ресурсов сети Интернет и др. Так как основной целью обучения на клинических кафедрах медицинского университета является овладение студентами практическими навыками и умениями [6], второй серьезной проблемой стало отсутствие возможности работать в условиях симуляционного центра КемГМУ.

Дистанционное обучение – это гибкая и изменяющаяся система, и в таких удаленных условиях нередко возникают ситуации, когда необходимо быстрое информирование студентов об изменениях в организации образовательного процесса. На вопрос о своевременности информирования 91% студентов положительно ответили. Всего 6,4% респондентов пожаловались на несвоевременность и только 1,2% на отсутствие заданий от преподавателей. В целом немногим менее четверти опрошенных 21,7% считали, что их обучение стало менее эффективным после перехода на дистанционный формат.

Анализ вопросов об адаптации к новым условиям обучения показал, что большинство респондентов 68% хорошо адаптировались к новым условиям, 20,5% - удовлетворительно и лишь у 6,4% - адаптация проходит сложно, что

может быть связано с низким уровнем владения персональным компьютером, навыками работы в сети Интернет, а также с периодически возникающими техническими трудностями. При этом для 73% опрошенных студентов формат дистанционного обучения является удобным, и они удовлетворены процессом обучения в дистанционной форме. Кроме того, четверть респондентов (24,3%) отмечают повышение уровня мотивации к обучению, у 15,3% респондентов он снизился, а у подавляющего большинства остался на прежнем уровне.

Три четверти опрошенных отметили, что сталкиваются с теми или иными сложностями. Самые распространенные проблемы студентов - нехватка общения с одногруппниками (34,6%), технические проблемы различного рода и перебои с Интернетом (33,3%), недостаток общения с преподавателем offline (33,3%).

Использование в процессе обучения в дистанционном режиме образовательного портала университета отметили 87,2% респондентов. Почти все участники анкетирования (98,7%) ответили положительно на вопрос о проведении занятий с применением платформы Moodle. В процессе обучения сами преподаватели чаще всего используют обучающие презентации, семинары и вебинары на собственных дистанционных сервисах университета, а также Scure и Zoom сессии. В качестве наиболее оптимальных для учебного процесса форм взаимодействия с преподавателем студенты в равной степени отмечают различные способы: социальные сети, видеосервисы, форумы и чаты, практические работы в цифровом виде с отзывом преподавателя, а также использование электронной почты.

Большинство респондентов (66,7%) высоко оценили как способ подачи преподавателями учебной информации, так и ее содержание, в то же время 28,2% отметили, что хотели бы получить больше дополнительного материала по изучаемым темам, для 3,8% предложенный для изучения материал не открыл ничего нового, и для 7,6% обучающихся материал остался непонятным.

В процессе дистанционного обучения некоторые обучающиеся столкнулись с рядом технических проблем. 18% респондентов отмечали сложный уровень заданий, 16,6% - недостаточное количество обучающего материала, 7,6% - погрешности обратной связи, 5,1% - несвоевременное получение ответов на поставленные вопросы. В то же время контроль выполнения заданий преподавателями, по данным анкетирования, выполнялся регулярно.

Среди «плюсов» дистанционного обучения респонденты отметили: повышение уровня безопасности жизни и здоровья в условиях коронавирусной инфекцией (88,4%), возможность повторно просматривать учебный материал (69,2%), экономию времени на дорогу в университет и возможность правильно питаться (60,2%), индивидуальный темп обучения (53,8%), использование современных образовательных технологий (41%).

На дополнительные возможности самостоятельной внеаудиторной работы указали 36% респондентов. Наличие дополнительных учебных материалов и повышение качества обучения - 18% обучающихся.

К числу недостатков удаленного обучения в медицинском университете опрошенные отнесли: отсутствие демонстрации преподавателем практических навыков (84,6%) и возможности их отработки (48,7%), что, безусловно, является важным для будущей медицинской сестры.

Анализ ответов на вопросы, связанных с уровнем владения ПК и навыками работы в сети Интернет, показал ожидаемый уровень уверенной работы более чем у половины респондентов - 55,1%, а в то же время 23% указали на недостаточный уровень владения современной техникой.

В целом более трети (35,9%) студентов ответили, что дистанционный формат обучения им нравится больше, чем очный. Четверть опрошенных считают, что при этом формате им проще задавать вопросы преподавателю. У 64% респондентов появилось больше времени на сон, 55% стали меньше уставать от учебы, у 48,7% стало больше свободного времени.

Опрос ректоров университетов, проведенный Национальным исследовательским университетом «Высшая школа экономики» образования, показывает, что работа с преподавателями - одна из главных задач стоящая перед руководством университетов. Качественный переход в online -формат во многих случаях предполагает наличие курсов повышения квалификации, индивидуальной работы с преподавателями, переработки содержания курсов и др., что также требует дополнительных ресурсов.

Переход в образовательную Интернет-среду, вызванный пандемией, наглядно продемонстрировал, что сами по себе учебные аудитории не имеют особого значения. Важны знания, которые предлагает университет. И главное, источник знаний – это не технологии, лекции, электронные учебники и вебинары, а люди, сообщество, традиции вуза.

В высшем образовании особую, значимую роль играет бренд университета, вклад в который вносят его история, успехи выпускников и др. А также исследовательские задачи, которые решают сотрудники вуза. Очевидно, что развитие образовательных online-платформ, которое неизбежно произойдет после пандемии, усилит мобильность знаний и, как следствие, получение их все реже будет привязано к учебному заведению. В обозримом будущем резюме преподавателей могут быть представлены из разных мест работы и привязка к одному конкретному университету исчезнет окончательно. Это уже происходит и в настоящее время в США и ряде европейских стран [5]. В результате вузы сохраняют за собой две главные функции: социализации и сертификации, поскольку университеты предоставляют доступ к сообществу и решают задачу оценивания полученных знаний. Поэтому все элитарные университеты мира, как правило, полностью на online не переходят, очень значительная часть учебного процесса – это личные встречи.

Привычный формат экзаменов и зачётов с жесткой стандартизацией вероятно тоже может отойти на второй план. В условиях самоизоляции некоторые кафедры университета уже отказались от итоговых тестов и

оценивали знания обучающихся по их работе в течение семестра и учебного года. В КемГМУ уже опробовали способ оценки по результатам участия студентов в различных предметных олимпиадах. В них и сами обучающиеся смогли сравнить, оценить свой уровень подготовленности по сравнению с другими участниками.

Дистанционный формат экономит и время преподавателей, и аудиторный фонд, и появляется огромное количество возможностей, которые можно складывать по-разному, в зависимости от задач, которые стоят перед вузом в рамках Федерального государственного образовательного стандарта. Пандемия задала вектор цифровизации, но развитие событий все еще зависит от того, какой выбор общество сделает в будущем. В этих условиях особую ценность приобретают два навыка – гибкость и критическое мышление. Именно эти свойства историк Юваль Харари называл главными навыками человека будущего в своей книге «Двадцать один урок для XXI века» [6]. Очевидно, сейчас лучшее время для их развития.

Таким образом, в эпоху глобального информационного и образовательного пространства, при возрастающем значении информационных технологий, дистанционная форма обучения дает возможности для приобретения качественного профессионального образования за счет возможности доступа к учебному и дополнительному материалу и быстрому способу передачи информации в процессе взаимодействия обучающегося с преподавателями. Однако для медицинского вуза вынужденный переход на полное дистанционное обучение в связи с угрозой распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19 требует тщательного анализа, связанного как с оценкой эффективности обучения, так и с удовлетворенностью обучающихся. Под удовлетворенностью студентов понимают субъективную, эмоционально окрашенную оценку качества тех или иных объектов, условий учебной деятельности, в том числе межличностных отношений [7]. Определение удовлетворенности студентов переходом на полное

дистанционное обучение позволит выявить слабые стороны деятельности вуза в данном направлении и целенаправленно осуществлять меры по их усовершенствованию.

Заключение. Переход на удаленную работу и на дистанционную форму обучения – это вынужденная мера, которая стала необходима для того, чтобы максимально сократить риски здоровья людей.

Заложенные за последние годы инфраструктурные решения развития online-образования оказались актуальными в кризисной ситуации. Первые две недели режима перехода на карантинные меры показали, что в целом вузы смогли противостоять распространению паники среди студентов и преподавателей, настроили рабочие процессы. Об этом свидетельствуют социологические данные опроса студентов и интервью с преподавателями.

Проведенное исследование показало, что современные студенты обладают достаточно хорошими навыками по работе с современной техникой, программным обеспечением и работе в сети Интернет. Как следствие, быстро адаптировались к дистанционной форме обучения в условиях пандемии COVID-19. Абсолютное большинство владеет актуальной информацией, касающейся путей распространения и методов профилактики распространения новой коронавирусной инфекции, получаемой в основном из официальных источников. В целом студенты удовлетворены процессом обучения в дистанционном режиме. Высоко оценили содержание учебной информации и ее подачу преподавателями университета. Проблемы и трудности, возникающие в ходе освоения образовательных программ в новой форме, в основном связаны с техническими возможностями вуза. То, что необходимо в настоящее время, это, в первую очередь, улучшение цифровой инфраструктуры. Вместе с тем, внедрение online-образования должно осуществляться с осторожностью и этот процесс потребует времени на подготовку преподавателей, разработку и апробацию online-курсов по всем учебным дисциплинам, предусмотренных учебным планом.

В конечном итоге, вузам в настоящее время гораздо важнее извлечь Заключение из этого стихийного «глобального эксперимента» и организовать в дальнейшем планомерную работу над ошибками, чтобы избежать их в будущем.

Литература / References:

1. Общество COVID-19 [Электронный ресурс]. - URL: <https://www.kp.ru/online/news/3898941/> (дата обращения 20.06.2022).
2. Дистанционное обучение в экстремальных условиях. [Электронный ресурс]. - URL: <https://academia.interfax.ru/ru/analytics/research/4491/> (дата обращения 20.06.2022).
3. Акименко Г.В., Михайлова Т.М. К вопросу о современных подходах к методическому обеспечению преподавания психологии в медицинском вузе на примере кафедры психологии КемГМУ. В сборнике: Наука и образование: сохраняя прошлое, создаём будущее // Г.В. Акименко, Т.М. Михайлова / сборник статей X Международной научно-практической конференции: в 3 частях. 2017. С. 188-190.
4. Четверть преподавателей вузов в России не используют онлайн-практики: данные ВШЭ. [Электронный ресурс]. - URL: <https://issek.hse.ru/news/354966148.html> . (дата обращения 28.06.2022).
5. Learning Online What Research Tells Us About Whether, When and How. [Электронный ресурс]. - URL: <https://www.routledge.com/Learning-Online-What-Research-Tells-Us-About-Whether-When-and-How-1st/Means-Bakia-Murphy/p/book/9780415630290>. (дата обращения 27.06.2022).

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ В ФОРМАТЕ «ТЕЛЕФОНА ДОВЕРИЯ» ЖЕРТВАМ БУЛЛИНГА

Белоногов М.Е.¹, Рублева О.П.², Лопатин А.А.^{1,2}, Вострых Д.В.¹,
Зорохович И.И.¹

¹ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер
имени профессора Н.П. Кокориной», Россия, г. Кемерово
ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Аннотация. В статье описан опыт работы «телефона доверия» в части оказания психологической помощи жертвам буллинга. Проблема, затронутая в данной статье, очень серьезная, с претензией на глобальность. Авторы попытались рассмотреть ее лишь в одном ракурсе, не претендуя на системный анализ. Для того, чтобы добиться положительной динамики в ситуации в целом, необходимо объединить усилия специалистов во многих областях: педагогов, психологов, журналистов, правоохранительных органов, госслужащих, в том числе и самого высокого уровня.

Ключевые слова: психологическая помощь, буллинг.

PSYCHOLOGICAL HELP IN THE FORMAT OF A HELPLINE VICTIMS OF BULLYING

Belonogov M.E.¹, Rubleva O.P.¹, Lopatin A.A.², Vostrykh D.V.¹,
Zorokhovich I.I.¹

¹*Kuzbass clinical narcological dispensary
Named after Professor N.P. Kokorina, Kemerovo, Russia*
²*Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo*

Abstract. The article describes the experience of the helpline in providing psychological assistance to victims of bullying. The problem raised in this article is very serious, with a claim to globality. The authors tried to consider it only from one angle, without claiming to be a system analysis. In order to achieve positive dynamics in the situation as a whole, it is necessary to combine the efforts of specialists in

many fields: teachers, psychologists, journalists, law enforcement agencies, civil servants, including the highest level.

Keywords: psychological help, bullying.

Буллинг (моббинг, «травля») как явление человеческой жизни, становится проблемой современности. В последнее время это явление относится не только к сфере образования, как это было ранее, но и затрагивает все более широкие области нашей жизни. Что понимается под буллингом? Это, по мнению большинства специалистов, преднамеренное, систематически повторяющееся агрессивное поведение, включающее неравенство социальной власти или физической силы, а именно – агрессивное преследование одного из членов коллектива со стороны другого или со стороны группы лиц [1]. Организатором буллинга выступает один из участников коллектива (как правило, неформальный лидер), иногда привлекая других членов группы, а большинство остаются «в стороне» и являются свидетелями происходящего.

Классический вариант школьного буллинга показан в фильме Ролана Быкова «Чучело». В свое время он произвел настоящий «социальный взрыв». Школьникам организованно демонстрировался этот фильм, а реакция на него подростков анализировалась и исследовалась психологами [5].

При буллинге «жертва» оказывается не в состоянии защитить себя от нападков, поэтому обычный конфликт в коллективе нельзя назвать буллингом, так как в случае конфликта силы сторон равны или почти равны. Буллинг же нельзя назвать игрой или шуткой, когда весело всем. В ситуации буллинга «жертве», мягко говоря, не до смеха. Это не открытое и честное выражение недовольства. Это не просто жесткий стиль отношений в коллективе, когда разыграть могут любого и зло пошутить над кем угодно. Это не абьюзивные отношения, которые присущи скорее межличностному уровню общения.

Буллинг – это «игра в одни ворота» в присутствии зрителей, сопровождаемая нанесением серьезного психологического, а иногда и

физического ущерба, как правило, с ощущением полной безнаказанности. Опираясь на свой многолетний опыт, можем сказать, что есть ситуации, в которых домашнее насилие может перерасти в буллинг, если к этому процессу подключаются родственники супругов либо их дети. Дедовщину либо неуставные взаимоотношения в Армии тоже можно при определенных условиях квалифицировать как буллинг. На «телефон доверия» время от времени так же поступают обращения и о случаях буллинга в трудовых коллективах.

Тот факт, что постоянное пребывание в деструктивном взаимодействии является источником серьезной травматизации – не подлежит сомнению. Принято считать, что для инициаторов и наблюдателей процесс буллинга тоже не проходит бесследно и имеет определенные негативные последствия. Однако нужно сказать о том, что психолог «телефона доверия» чаще всего имеет дело с обращениями от абонентов, которые являются именно жертвами буллинга. Эти люди транслируют консультанту свое отчаяние и безысходность, ощущение собственной ненужности и чувство вины, бессилие и апатию, обиду и стыд, страх перед будущим и нежелание жить и т.д. По содержанию и интенсивности все эти переживания и эмоции сравнимы, пожалуй, только с чувствами абонентов «телефона доверия», пребывающих в состоянии острого горя (смерть близкого, расставание с любимым человеком), жертв сексуального насилия, и еще людей, которые долгое время находились в абьюзивных отношениях.

Поскольку буллинг, по определению – это процесс достаточно длительный, то его влияние на психику жертвы имеет свои отличительные черты:

1. предпосылки к формированию невротических состояний, как правило, тревожной или депрессивно-психастенической направленности. Люди, обратившиеся с этой проблемой на «телефон доверия», почти всегда демонстрируют соответствующую симптоматику в полной мере;

2. буллинг представляет собой ярко выраженную стрессогенную ситуацию для жертвы. Согласно теории стресса, такие ситуации можно разделить на три стадии: возбуждения, повышенной сопротивляемости (резистентности) и истощения.

Вполне очевидно, что процесс доходит до третьей стадии в том случае, если раздражитель слишком интенсивный либо слишком длительный. В случае буллинга, как правило, именно длительность играет решающую роль, а жертва обращается на «телефон доверия», чаще всего, находясь именно в стадии истощения;

3. абонент, обратившийся на «телефон доверия», претерпел в ходе буллинга значимые изменения самооценки, «Я-концепции», а также системы взаимоотношений с миром. Все эти моменты являются предметом серьезной и длительной работы, разумеется, не только в рамках телефонного консультирования. Пролонгированная помощь подразумевает дальнейшее консультирование в очном формате.

Если говорить в общих чертах, то движущей силой буллинга являются агрессия и страх. В чем же мотивы подобных действий и те потребности, которые пытаются удовлетворить участники этого процесса?

В первую очередь, нужно упомянуть властолюбивое и мстительное поведение [2, 4], а также потребность в принадлежности к группе (если это коллективный буллинг). Если обратиться к иерархии потребностей, то это соответствует третьему уровню «пирамиды Маслоу» [3].

Во-вторых, нельзя не сказать и о втором уровне пирамиды потребностей – о потребности в безопасности [3], которую агрессоры и наблюдатели стараются реализовать весьма причудливым способом. Жертвы же оказываются жестко фрустрированы в удовлетворении данной потребности. Анализируя причины того, почему люди выбирают столь деструктивные пути удовлетворения своих потребностей, обратим внимание на стиль родительского воспитания, уровень психологической травматизации на различных этапах

формирования личности, а также личностные и характерологические особенности. Не стоит оставлять без внимания и преобладающий тип темперамента. Например, условного «гипертимного холерика» нам будет легче себе представить в роли агрессора, а «сензитивного меланхолика» – в роли жертвы.

Что касается самооценки и отношения к себе, стоит отметить, что с одной стороны жертвами буллинга чаще становятся люди с низкой самооценкой, с другой – даже если у человека самооценка была адекватной, то под влиянием длительного буллинга она резко падает [1]. Жертва буллинга, видя негативное отношение к себе агрессора и его группы (а, порой, даже и наблюдателей), бессознательно начинает это отношение воспроизводить уже сама. Реабилитация такой травмы – процесс сложный, трудоемкий и пролонгированный.

Как уже было сказано выше, жертвы травли, обратившиеся за помощью на «телефон доверия», находятся в тяжелом психологическом состоянии. Они энергетически обессточены, часто высказывают суицидальные идеи. Работая с такими обращениями, психолог «телефон доверия» часто, что называется, «ходит по краю пропасти». Особенно остро это ощущается в начале общения – каждая фраза психолога может стать в беседе последней. В такой ситуации особое значение имеет установление контакта с обратившимся за помощью абонентом. Затравленный человек в сложившейся ситуации склонен обвинять во всем себя. Ему кажется, что его уже никто не поймет и не поддержит. Именно поэтому в первых же фразах, выразив сочувствие, психологу необходимо дать понять абоненту, что его обращение очень значимо. Важно укрепить уверенность абонента в правильности его решения о звонке на «телефон доверия», а также в том, что он вообще молодец и даже в такой непростой ситуации продолжает искать пути решения проблемы. Поддержка в принципе должна проходить красной нитью через всю беседу с подобным абонентом.

Когда контакт установлен, необходимо подчеркнуть один принципиальный момент: то, что с ним (абонентом) происходит – это недопустимо, несправедливо и противоестественно. Что никто и, в первую очередь, лично он (каким бы он ни был) не заслуживает такого отношения и обращения. При этом не стоит жалеть ни эмоций, ни аргументов. Такой абонент может в ходе разговора вдруг сказать: «Я, наверное, Вас отвлекаю? Зря трачу Ваше время?». Порой консультанту стоит большого труда убедить абонента в том, что на данный момент нет ничего важнее, чем этот разговор, а времени есть столько, сколько ему необходимо. В общем и целом работа строится в рамках классической телефонной консультации: поиск ресурсов – внешних и внутренних, выработка вариантов дальнейших действий, формулирование желаемых результатов и т.д. Иногда в ходе беседы человек вдруг вспоминает, что три дня почти ничего не ел или двое суток не сомкнул глаз.

Актуализация витальных потребностей – хороший признак. Как правило, это значит, что экстренная психологическая помощь оказана эффективно, и можно постепенно завершать общение, дав абоненту понять, что он может обратиться к психологу для дальнейшей работы в очном формате или позвонить на «телефон доверия», если у него возникнет такая потребность.

В процессе работы с такими абонентами, у психолога «телефона доверия», порой возникает ощущение, что он бьется с «чудищем, у которого на месте отрубленной головы вырастают три новых». Это происходит от того, что мы вынуждены иметь дело не с причиной проблемы, а с ее последствиями. О причинах можно говорить долго, но, поскольку повлиять на них на момент консультации не представляется возможным, то психолог «телефона доверия» просто продолжает максимально качественно делать свою работу.

Уровень травматизации жертвы буллинга, как правило, очень высок. Апофеозом часто становится агрессия жертвы, которая доведена до отчаяния. Агрессия может быть направлена либо на преследователя, либо на себя самого (аутоагрессия). И то и другое может привести к фатальным последствиям.

Известны случаи стрельбы в школах, применение жертвами, загнанными в угол, холодного оружия. Нередки случаи суицидальных попыток, к сожалению, в том числе и завершённых.

Даже если последствия не столь трагичны, травматизация может сохраниться надолго, негативно отражаясь на дальнейших социальных взаимодействиях человека, подвергавшегося буллингу. В чем причины таких серьёзных последствий? В частности в том, что буллинг включает в себя элемент стигматизации и даже расчеловечивания. Иными словами, агрессоры фактически отказывают человеку, находящемуся в роли жертвы, в праве быть таким, какой он есть. Можно предположить также, какой потенциал могут нести в себе люди, прошедшие «инициацию буллингом» в качестве агрессоров, мучителей.

Очевидно, что проблема, затронутая в данной статье, очень серьёзная, с претензией на глобальность. Авторы попытались рассмотреть ее лишь в одном ракурсе, не претендуя на системный анализ. Хотелось бы отметить, что для того, чтобы добиться положительной динамики в ситуации в целом, необходимо объединить усилия специалистов во многих областях: педагогов, психологов, журналистов, правоохранительных органов, госслужащих, в том числе и самого высокого уровня.

Литература / References:

1. Бочавер А.А., Хломов К.Д. Буллинг как объект исследований и культурный феномен. Психология: Журнал Высшей Школы Экономики, 2013. Т. 10, № 3, С. 149-159;
2. Кривцова С.В. Учитель и проблемы дисциплины. Серия «Психолог в школе» «Генезис», 2004;
3. Маслоу А. Мотивация и личность. ООО Издательство «Питер», 2014;
4. Руллан Э.Г. «Как остановить травлю в школе»: Психология моббинга, М.: «Генезис», 2012, 264 с.

5. Собкин В.С., Маркина О. С. Влияние опыта переживаний «школьной травли» на понимание подростками фильма «Чучело» // Вестник практической психологии образования, 2009, № 1, С. 48-57.

ОЦЕНКА ОСОБЕННОСТЕЙ ПИТАНИЯ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ И ЕГО ВЛИЯНИЯ НА ПСИХИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ

Бобык О.А.

*Кафедра психиатрии и наркологии
Луганский государственный медицинский университет
имени Святителя Луки, ЛНР, г. Луганск*

Аннотация. Выполнена оценка питания психически больных и его влияния на психическое состояние. Исследовано 510 пациентов, состоящих на учете у психиатра, в возрасте от 18 до 83 лет. Пациенты на добровольных условиях заполняли анкету, включающую вопросы, характеризующие организацию питания. Исходя из полученных данных, сделаны Заключение., что практически половина больных (49%) не соблюдают режим принятия пищи, рацион питания всех исследуемых крайне неполноценен.

Ключевые слова: рациональное питание, диета, психическое здоровье, психически больные, поддерживающая терапия.

ASSESSMENT OF THE NUTRITIONAL CHARACTERISTICS OF MENTALLY ILL PEOPLE AND ITS IMPACT ON MENTAL STATE

O.A. Bobuk

*Department of Psychiatry and Narcology
Lugansk State Medical University named after St. Luke, LNR, Lugansk*

Abstract. The assessment of the nutrition of mentally ill patients and its effect on the mental state was carried out. 510 patients registered with a psychiatrist, aged from 18 to 83 years, were studied. Patients voluntarily filled out a questionnaire that included questions describing the organization of nutrition. Based on the data

obtained, it was concluded that almost half of the patients (49%) do not observe the eating regime, the diet of all the subjects is extremely inadequate.

Keywords: rational nutrition, diet, mental health, mentally ill, supportive therapy.

Введение. Главной задачей современной медицины является улучшение здоровья населения и повышение качества жизни. Многочисленные научные исследования в области психиатрии доказывают, что рациональное сбалансированное питание, активный физический и умственный образ жизни человека способны предотвратить целый ряд заболеваний психиатрического профиля [1, с. 221; 2, с. 242; 3, с. 1153; 4, с. 202; 5, с. 63; 6, с. 184].

Японские ученые доказали благоприятное влияние на психическое состояние растительной диеты, включающей большое количество овощей и фруктов, картофель, грибы, водоросли и рыбу [6, с. 185]. Ученые университета Дикина в Австралии продемонстрировали пользу диеты, включающей свежие овощи, фрукты и рыбу. Выяснилось, что у испытуемых, употребляющих данные продукты, гиппокамп, отвечающий за обучаемость, память и настроение, был больше по сравнению с людьми, предпочитающими полуфабрикаты. Исследования отечественных ученых выявили значительные диетические отклонения в виде нарушения режима, кратности, патологической избирательности в пище у больных шизофренией и депрессией [2, с. 243; 6, с.186]. Интерес представляет применение специальных диет при эпилепсии. Было замечено, что голодание, способствующее повышению концентрации кетоновых тел в крови, приводит к уменьшению частоты эпилептических припадков, особенно при резистентной к антиконвульсантам эпилепсии у детей. Не смотря на то, что эффект от данной диеты был нестабилен, в настоящее время она стала вновь актуальной. По проведенному недавно в Великобритании опросу врачей-диетологов детских клиник, для лечения эпилепсии кетогенная диета применяется в 17% больниц [3, с. 1155].

Таким образом, согласно обзору данных литературы, правильное рациональное питание может служить профилактикой развития психических заболеваний, а использование комплексной, научно обоснованной диеты оказывать благоприятное действие на результаты лечения ряда психических расстройств.

Цель исследования. Исходя из вышеописанного, целью нашего исследования стало изучение питания больных, страдающих психическими заболеваниями и оценка его влияния на психическое состояние.

Объекты и методы исследования. В исследовании приняли участие 510 пациентов, состоящих на учете у психиатра, в возрасте от 18 до 83 лет. 88% пациентов имели диагноз хронического психического расстройства (шизофрения, рекуррентная депрессия, биполярное расстройство, эпилепсия, умственная отсталость, органическое поражение головного мозга, расстройства личности), 12% пациентов наблюдались по поводу различных невротических расстройств. Основным методом исследования был клинико-психопатологический, включающий опрос испытуемых, анализ субъективного и объективного анамнеза. Пациенты на добровольных условиях заполняли анкету, включающую вопросы, характеризующие организацию питания. При этом для оценки режима питания были использованы результаты ответов на вопросы о кратности питания и количестве приемов пищи. Для оценки полноценности пищевого рациона применялись ответы на вопросы, характеризующие частоту употребления таких продуктов питания как свежие фрукты и овощи, молоко и молочные продукты, творог и сыр, мясо и мясные продукты, рыба, морепродукты, сладкие продукты (пирожные, торты, печенье, конфеты), мёд, острые продукты и блюда.

Так же была изучена частота обострений психических расстройств у обследуемых пациентов и прием ими поддерживающего лечения, согласно данным медицинских карт амбулаторных больных.

Результаты и их обсуждение. Математическая обработка исследуемых показателей выявила, что $49,00 \pm 2,2\%$ пациентов не соблюдают режим принятия пищи; $51,00 \pm 2,21\%$ больных питаются регулярно в одни и те же часы. При оценке количества приемов пищи выявлено, что 4 раза в день питаются $24,00 \pm 1,89\%$ больных, 3 раза – $58,00 \pm 2,19\%$, 2 раза – $14,00 \pm 1,54\%$, 1 раз – $0,3 \pm 0,24\%$, 5 и более раз – $3,7 \pm 0,84\%$. При оценке полноценности пищевого рациона выявлено, что:

1. Свежие фрукты и овощи регулярно употребляют $31,00 \pm 2,05\%$ пациентов, часто – $39,00 \pm 2,16\%$ пациентов, редко – $28,00 \pm 1,99\%$ больных, никогда – $2,00 \pm 0,62\%$ исследуемых.

2. Молоко и молочные продукты регулярно употребляют $22,00 \pm 1,83\%$ пациентов, часто – $28,00 \pm 1,99\%$ пациентов, редко – $47,00 \pm 2,20\%$ больных, никогда – $3,00 \pm 0,75\%$ исследуемых.

3. Творог и сыр регулярно употребляют $13,00 \pm 1,49\%$ пациентов, часто – $27,00 \pm 1,96\%$ пациентов, редко – $54,00 \pm 2,21\%$ больных, никогда – $6,00 \pm 1,05\%$ исследуемых.

4. Мясо и мясные продукты регулярно употребляют $35,00 \pm 2,11\%$ пациентов, часто $36,00 \pm 2,13\%$ пациентов, редко – $27,00 \pm 1,96\%$ больных, никогда – $2,00 \pm 0,62\%$ исследуемых.

5. Рыбу регулярно употребляют $15,00 \pm 1,58\%$ пациентов, часто – $34,00 \pm 2,10\%$ пациентов, редко – $48,00 \pm 2,21\%$ больных, никогда – $3,00 \pm 0,75\%$ исследуемых.

6. Морепродукты регулярно употребляют $4,00 \pm 0,87\%$ пациентов, часто – $11,00 \pm 1,38\%$ пациентов, редко – $46,00 \pm 2,21\%$ больных, никогда – $39,00 \pm 2,16\%$ исследуемых.

7. Сладкие продукты (пирожные, торты, печенье, конфеты) регулярно употребляют $13,00 \pm 1,49\%$ пациентов, часто – $45,00 \pm 2,20\%$ пациентов, редко – $36,00 \pm 2,13\%$ больных, никогда – $6,00 \pm 1,05\%$ исследуемых.

8. Мёд регулярно употребляют $4,00 \pm 0,87\%$ пациентов, часто – $14,00 \pm 1,54\%$ пациентов, редко – $56,00 \pm 2,20\%$ больных, никогда – $26,00 \pm 1,94\%$ исследуемых.

9. Острые продукты и блюда регулярно употребляют $9,00 \pm 1,26\%$ пациентов, часто – $32,00 \pm 2,07\%$ пациентов, редко – $39,00 \pm 2,16\%$ больных, никогда – $20,00 \pm 1,77\%$ исследуемых.

Согласно данным медицинских карт амбулаторных больных, обострения психических заболеваний наблюдаются: 1 раз в несколько месяцев – у $58,00 \pm 2,19\%$ пациентов; несколько раз в месяц – у $9,00 \pm 1,26\%$ больных; 1 раз в месяц – у $4,00 \pm 0,87\%$ исследуемых; 1 раз в год – у $20,00 \pm 1,77\%$ больных; 1 раз в несколько лет – у $9,00 \pm 1,26\%$ пациентов. При этом полноценную поддерживающую терапию принимали постоянно $60,00 \pm 2,17\%$ пациентов, периодически курсами – $30,00 \pm 2,03\%$ исследуемых, не всегда регулярно – $10,00 \pm 1,33\%$ больных. Пациентов, не принимающих поддерживающего лечения в исследуемой группе не было.

Заключение. Исходя из полученных данных, можно сделать вывод, что практически половина больных (49%) не соблюдают режим принятия пищи. Кратность приемов пищи больными соответствует рекомендуемой норме (большинство пациентов питается 3-4 раза в день). Рацион питания психически больных крайне неполноценен: выявлен низкий процент пациентов, употребляющих регулярно или часто молоко, творог и сыр, рыбу, морепродукты, мёд, острые продукты и блюда.

Чуть большее количество пациентов употребляют часто мясо и фрукты (36% и 39% соответственно), что, однако, так же является недостаточным. Вместе с тем выявлен высокий процент лиц, часто употребляющих углеводы (сладкие продукты) – 45% больных. Следует отметить, что большинство исследуемых пациентов (88%) страдают хроническими психическими заболеваниями и только 12% наблюдаются по поводу невротических расстройств. Поддерживающую терапию (нейролептики, антидепрессанты,

нормотимики, транквилизаторы) не всегда регулярно принимали только 10% исследуемых. Не смотря на постоянный прием адекватной поддерживающей терапии, более чем у половины больных (58%) наблюдались частые обострения заболевания (1 раз в несколько месяцев). Поэтому, согласно полученным результатам исследования, можно сделать вывод, что помимо адекватной фармакотерапии, врачам психиатрам следует обращать пристальное внимание на образ жизни и питание психически больных.

Литература / References:

1. Есауленко И.Э., Куташов В.А., Ульянова О.В. Некоторые аспекты диагностики и лечения антифосфолипидного синдрома // Молодой ученый. — 2016. - № 14(118).- С. 221-226.
2. Куташов В.А. Анализ аффективных нарушений у пациентов в клинике нервных и внутренних болезней // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. -2015. - Т. 14. - № 2 - С. 242-245.
3. Куташов В.А., Куташова Л.А. Изменение психического статуса у больных эпилепсией // Русский медицинский журнал. - 2014. - Т. 22. - № 16. - С. 1153-1158.
4. Куташов В.А., Сахаров И.Е. Неврология и психиатрия детского возраста. - В.: Издательство ВГМУ, 2015. - 703 с.
5. Куташов В.А. Связь психофизиологических факторов с расстройствами вегетативной нервной системы // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. -2016. - № 3. - С. 63-66.
6. Пьянзова, Т. В. Мероприятия по повышению приверженности лечению больных туберкулезом в Российской Федерации / Т. В. Пьянзова, Н. Н. Вежнина // Медицина в Кузбассе. – 2014. – Т. 13. – № 3. – С. 5-10.

АНТИЦИПАЦИОННАЯ СОСТОЯТЕЛЬНОСТЬ ЛИЧНОСТИ

Валиуллина Е. В.

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

Аннотация. В статье проводится теоретический анализ понятий «антиципация» и «антиципационная состоятельность» в трудах отечественных и зарубежных авторов. Антиципационная состоятельность характеризуется способностью человека предвидеть ход событий, предвосхищать развитие ситуаций и прогнозировать собственные эмоциональные и поведенческие реакции на эти события. Низкий уровень развития антиципационных способностей свидетельствует об антиципационной несостоятельности личности.

Ключевые слова: антиципация, предвосхищение, антиципационная состоятельность, антиципационные способности, личность.

ANTICIPATIONAL CONSISTENCY OF THE PERSON

Valiullina E. V.

*Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology
Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo*

Abstract. The article provides a theoretical analysis of the concepts of «anticipation» and «anticipation consistency» in the works of domestic and foreign authors. Anticipatory consistency is characterized by a person's ability to foresee the course of events, anticipate the development of situations and predict their own emotional and behavioral reactions to these events. A low level of development of anticipatory abilities indicates an anticipatory incompetence of the individual.

Keywords: anticipation, foresight, anticipation consistency, anticipation abilities, personality.

Введение. Актуальность работы обусловлена необходимостью изучения прогностических способностей личности и ее возможностей для снятия психического напряжения в современных социальных условиях при чрезмерно повышенных информационных нагрузках, разнообразных стрессовых ситуациях, общей неопределенности социальной ситуации. Термином «антиципация» (от лат. *anticipatio* – «предвосхищение») обозначают умение предвидеть, прогнозировать, предвосхищать различные события, действия или явления.

Если рассуждать в терминах познавательных психических процессов и их связи во времени, то процесс памяти связан с прошлым опытом человека, процессы восприятия и ощущений – с настоящим (в отражении «здесь и сейчас»), а механизмы антиципации непосредственно с будущим («опережающее отражение»). «Антиципация – это своеобразный феномен опережающего отражения, который может обеспечить возможность субъекту «заглянуть в будущее» [2]. В большинстве работ термины «антиципация» и «антиципационные способности» употребляются как взаимозаменяемые тождественные понятия.

Антиципационная состоятельность или прогностическая компетентность – многоуровневая система, которая характеризует определенный качественный уровень развития антиципационных способностей личности. В.Д. Менделевич под «антиципационной состоятельностью» понимает способность человека предвосхищать ход событий, прогнозировать развитие различных ситуаций, предвидеть собственные реакции на эти события с временно-пространственным упреждением [8].

Материалы и методы исследования. *Объектом* исследования стала антиципация как умение предвосхищать ход событий, *предметом* – антиципационная состоятельность как способность личности прогнозировать развитие событий, предвидеть собственные психологические реакции на эти события и выстраивать свое поведение в соответствии с этим. *Методы*

исследования: теоретический анализ психологической и медицинской литературы по предмету исследования, обобщение полученных данных.

Результаты исследования. В психологической литературе проблема антиципации или вероятностного прогнозирования представлена трудами П.К. Анохина, Ф.И. Бахтиярова, Б.Д. Карвасарского, Б.Ф. Ломова, В.Д. Менделевича, А.А. Ухтомского, Л.Г. Янпольского и др. В научный оборот термин «антиципация» ввел немецкий врач, психолог и физиолог, основатель экспериментальной психологии Вильгельм Вундт в 1880 году.

В работах Б.Ф. Ломова и Е.Н. Суркова антиципация обеспечивает процессы планирования, формирования цели, программирования поведения, а также включена во все коммуникативные акты и формы текущего контроля [6]. Авторы выделили несколько уровней антиципации (перцептивный, сенсомоторный, уровень представлений, речемыслительный и субсенсорный) в зависимости от типа задач, конкретных действий и критериев, используемых человеком при решении этих задач.

В.В. Фадеев анализирует антиципацию в деятельности и отмечает, что она охватывает различные аспекты развития ситуаций – возможные варианты преобразования условий, вариации построения исполнительных действий, варианты оценки вероятных результатов, варианты корректировки моделей условий и всей программы действий [12]. А. Бандура описывает способность к антиципации в зависимости от мотивации: представляя последствия совершаемых действий, человек превращает их в мотивационные факторы своего поведения («прошлый опыт» формирует ожидания: одни действия приносят ощутимые преимущества, другие не приводят к существенным результатам, а третьи – могут отдалить будущие неприятности) [3]. Бандура связывает «ожидания» и с внешним поведением, и с эмоциональными реакциями, когда ожидание неприятностей может активизировать как страх, так и защитное поведение.

В отечественной клинической психологии широкое распространение получила «антиципационная концепция невротогенеза» В.Д. Менделевича. Согласно данной концепции, в качестве причин возникновения невротических расстройств выделяют неспособность личности предвосхищать развитие событий и свое поведение, что в свою очередь может быть обусловлено преморбидными особенностями личности [9]. Личность, склонная к неврозам, исключает из своей антиципационной деятельности неприятные или нежелательные поступки и события, а ориентируется только на приятные или желательные.

Современные исследователи изучают взаимосвязь антиципации и антиципационной состоятельности с различными психологическими свойствами и состояниями. Н.Е. Сумина приходит к выводу, что «антиципационная состоятельность сопряжена со свойствами личности, которые являются признаками психологического здоровья (эмоциональная стабильность, низкие тревожность, индивидуалистичность и импульсивность)» [11, с. 6]. И.Р. Абитов выявил взаимосвязь антиципационной состоятельности с показателями копинг-стратегий и выраженностью психологических защит, в связи с чем предлагает рассматривать данный психологический феномен как необходимую составляющую совладающего поведения [1]. М.Р. Сиразиев отмечает, что антиципационная состоятельность личности выступает одним из значимых критериев выбора адаптивных, относительно-адаптивных или неадаптивных стратегий разрешения межличностных конфликтных ситуаций [10].

О.В. Лунева антиципацию «желаемого будущего» в определении цели взаимодействия и получаемого результата относит к структуре социального интеллекта [7]. В норме социальный интеллект имеет непосредственные связи с процессами антиципации. Существуют данные о связи и эмоционального интеллекта с антиципационной состоятельностью [5]. «Эмоциональный интеллект лежит в основе эмоциональной саморегуляции, обеспечивает

эмоциональную ориентацию и участвует в формировании эмоциональной компетентности личности» [4, с. 91]. Способности человека предвосхищать ход событий, прогнозировать развитие ситуаций, планировать свое поведение и деятельность с целью избегания нежелательных последствий и т.д. относят к антиципационным способностям личности. Соответственно, низкий уровень антиципационных способностей свидетельствует об антиципационной несостоятельности.

Заключение. Антиципация собственных переживаний направлена на прогнозирование своих эмоциональных реакций на внешнюю ситуацию, которую человек не в силах изменить. Важным будет именно адекватное прогнозирование того, какой именно поведенческий или эмоциональный отклик будет на возможное психотравмирующее событие, осознание его патогенности и включение необходимых механизмов саморегуляции [8]. Данный вид антиципации отличается от антиципационного совладания или предвосхищающего реагирования, когда человеком могут угадываться угрожающие события и предприниматься попытки совладать с ситуацией или предотвратить негативное развитие событий, стремясь максимально снизить риск возникновения таких событий.

Антиципация собственных переживаний приобретает особое значение в клинической практике. Так, пациент, обладающий антиципационной состоятельностью, может спрогнозировать несколько вариантов развития своего заболевания и психологически «готовить» себя к любому исходу. Если же антиципационная программа не выработана, неблагоприятное развитие болезни может вызвать развитие дезадаптации поведения и стать психической травмой для пациента.

Роль возможностей антиципации в регуляции деятельности и поведения весьма значительна, антиципация участвует в процессе формирования целей необходима на этапе планирования, принятия и исполнения решений; незаменима в ходе общения и коммуникации; актуальна в рамках

планирующего, текущего и коммуникативного контроля; включена практически во все аспекты жизнедеятельности человека. Антиципационные способности выступают необходимым элементом саморегуляции деятельности, эмоциональных состояний и поведения человека.

Литература / References:

1. Абитов И.Р. Антиципационная состоятельность в структуре совладающего поведения (в норме и при психосоматических и невротических расстройствах). Автореф. дисс. ... канд. психол. наук. Казань, 2007. 24 с.
2. Антиципация, механизм и примеры антиципации [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://psihomed.com/antitsipatsiya/> (Дата обращения: 19.08.2022).
3. Бандура А. Теория социального научения. СПб.: Евразия, 2000. 320 с.
4. Валиуллина Е. В. Компоненты эмоционального интеллекта в юношеском возрасте // Вестник Белгородского института развития образования. 2020. Т. 7. № 3 (17). С. 85-93.
5. Взаимосвязь эмоционального интеллекта и антиципационной состоятельности [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://docs.yandex.ru/docs/view?tm=1661517264&tl> (Дата обращения: 25.08.2022).
6. Ломов Б.Ф., Сурков Е.Н. Антиципация в структуре деятельности. М., 1980. 279 с.
7. Лунева О.В., Концепция социального интеллекта личности. // Знание. Понимание. Умение. 2012. №2. С. 46-51.
8. Менделевич В.Д., Бахтияров Ф.И. Антиципация человеком собственных переживаний в норме и при психической патологии // Неврологический вестник. 2014. Т. XI. Вып. 2. С. 31-38.
9. Менделевич В.Д., Соловьева С.Л. Неврология и психосоматическая медицина. М., 2002. 603 с.

10. Сиразиев М.Р. Антиципационная состоятельность личности подростка при разрешении конфликтных ситуаций. Современные проблемы науки и образования. 2014. № 2. С. 587.

11. Сумина Н.Е. Взаимосвязь антиципационной состоятельности и личностных свойств. Автореф. дисс. ... канд. психол. наук. Казань, 2008. 24 с.

12. Фадеев В.В. Возрастные особенности формирования прогноза в процессе регуляции деятельности. Автореф. дисс. ... канд. психол. наук. М., 1982. 20 с.

ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ ПОДРОСТКОВ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Васильева Е.В., Коростелева О.Е.

*ОБУЗ «Курская клиническая психиатрическая больница
имени святого великомученика и целителя Пантелеимона»,
Россия, г. Курск*

Аннотация. В данной статье рассматривается исследование с целью уточнения уровня сформированности социального функционирования и адаптации у старших подростков, с детства страдающих психическими нарушениями для определения социального функционирования в обществе и направления на медико-социальную экспертную комиссию. Особенности социальных навыков проанализировано в каждой нозологической группе и представлены рекомендации для улучшения и оптимизации медико-психологической помощи и повышения качества жизни подростков с психическими нарушениями и их семей.

Ключевые слова: социальная адаптация, социальные навыки, подростки с психическими расстройствами, социализация, психообразование.

FEATURES OF SOCIAL ADAPTATION OF ADOLESCENTS WITH MENTAL DISORDERS

E. V. Vasilyeva, O. E. Korosteleva

OBUZ «Kursk Clinical Psychiatric Hospital

named after the Holy Great Martyr and Healer Panteleimon», Russia, Kursk

Abstract. This article discusses a study aimed at clarifying the level of formation of social functioning and adaptation in older adolescents who have suffered from mental disorders since childhood to determine social functioning in society and referral to a medical and social expert commission. The features of social skills are analyzed in each nosological group and recommendations are presented for improving and optimizing medical and psychological care and improving the quality of life of adolescents with mental disorders and their families.

Keywords: social adaptation, social skills, adolescents with mental disorders, socialization, psychoeducation.

В настоящее время большое значение в развитии здравоохранения уделяется сбережению психического здоровья подрастающего поколения, что обусловлено медицинскими, кадровыми и социально-экономическими аспектами. Психические расстройства, начавшиеся в раннем возрасте, негативно отражаются на формирующейся психике и личности, что осложняет процессы социализации. На современном этапе развития психиатрии, когда благодаря эффективному и своевременному проведению диагностических обследований, психофармакотерапии и доступности реабилитационных мероприятий удается в большинстве случаев значительно уменьшить выраженность дефекта заболевания, скорректировать поведенческие нарушения, устранить продуктивные расстройства, но остаются проблемы связанные с социальным функционированием и адаптацией [1, с.86]. Ранняя инвалидизация по психическому заболеванию - устойчивый феномен, во взрослом возрасте большинство детей-инвалидов переходят в разряд инвалидов II группы [3, с.24].

Социально-психологическая адаптация предполагает приспособленность личности к гармоничной жизнедеятельности в обществе, которая объединяет необходимость соответствовать требованиям социума и собственными потребностями, мотивами, интересами.

Актуальность исследования социальной адаптации в психиатрии, как одной из наиболее социально ориентированных направлений в медицине, приобретает особое значение с акцентом на возможностях приспособить пациентов в социуме, а также эффективной оценки социальных навыков и адаптации с целью определения социального функционирования в обществе и направления на медико-социальную экспертную комиссию.

Целью нашего исследования является изучить и оценить уровень сформированности социальных навыков и умений для эффективной социальной адаптации подростков, с детства страдающими психическими заболеваниями для дальнейшего направления на медико-социальную экспертизу, а также улучшения и оптимизации медико-психологической помощи.

В подростковом кабинете врача-психиатра отдела детской психиатрии диспансерного отделения ОБУЗ «Курская клиническая психиатрическая больница имени святого великомученика и целителя Пантелеимона» (ОБУЗ ККПБ) под наблюдением состоят подростки, страдающие с детства психическими расстройствами. Одной из задач врача-психиатра является направление подростков и детей на медико-социальную экспертизу и оценки их адаптации и социального функционирования. Подростковый врач-психиатр направляет своих пациентов в год совершеннолетия на МСЭ с целью уточнения нарушения психических функций для определения степени ограничения жизнедеятельности (I, II или III группа инвалидности). Важным критерием является оценка социального функционирования и адаптации подростков в социуме.

Психологическое пространство имеет большое и разнообразное количество диагностических методик для оценки социально-психологической

адаптации, но большинство методик для оценки социально-психологического функционирования и уровня адаптации личности имеют сложно-сформулированные вопросы, и подростки, имеющие интеллектуальный дефект или снижения когнитивных функций, быстро истощаемы и инертны, что затрудняет объективно оценить вопросы и ставит под сомнение полученные результаты. «Карта регистрации социальных навыков и умений подростков, страдающих хроническими психическими расстройствами», для выявления социального функционирования и адаптации подростков, страдающие с детства психическими заболеваниями — опросник для выявления и оценки степени выраженности нарушений формирования жизненно необходимых повседневных навыков и умений у подростков и лиц юношеского возраста (14-19 лет) с детства страдающих хроническими психическими заболеваниями. Структурированный опросник, состоящий из 149 утверждений, которые специалист должен подтвердить или опровергнуть в разговоре с пациентом. Предполагается присутствие третьего лица, непосредственно опекающего пациента, поскольку ответы на ряд утверждений могут вызвать затруднения у больного, и требуют участия близкого ему взрослого [2, с.2].

Подростковый врач-психиатр совместно с медицинскими психологом в течение года обследовали юношей (парней и девушек), которым был установлен психиатрический диагноз в детском возрасте и имеющие инвалидность и претендующие на дальнейшее МСЭ, с целью уточнения степени инвалидизации.

В течении года нами было обследовано 131 подросток с психическими нарушениями, которые направлялись на МСЭ, из них 12 пациентов из кластера по МКБ-10 «Шизофрения, шизотипические состояния и бредовые расстройства» F20-29, средний уровень сформированности социальных навыков в среднем составлял 0,7, что свидетельствует о среднем уровне социальной адаптации; 15 пациентов с диагнозом F84 Общее расстройство психологического развития (детский аутизм, атипичный аутизм), в среднем

уровень сформированности соответствовал 0,3 - низкий уровень. Из кластера умственная отсталость получены следующие результаты: F70 умственная отсталость легкая обследовано 42 подростка, средний уровень сформированности социальных навыков - 0,6, что соответствует среднему уровню; F71 умственная отсталость умеренная - 25 пациентов с адаптации 0,3, что соответствует низкому уровню; F72 умственная отсталость тяжелая — 15 подростков и с F73 умственная отсталость глубокая с уровнем социальных навыков - 0, что свидетельствует об отсутствии социальных навыков и умений, что обусловлено физиологическими и интеллектуальными особенностями заболевания.

В ходе исследования в рамках одного психиатрического диагноза наблюдались разные показатели в зависимости от начала возникновения болезненного состояния и типа течения. Некоторые подростки на фоне психофармакотерапии, прохождения психосоциальной реабилитации (активно занимались с психологами, социальными работниками), родители адекватно реагировали и принимали особенности заболевания ребенка, выполняли все рекомендации врачей, включались в программу психообразования, что благоприятно сказывалось на адаптацию подростка в социуме. Так же мы наблюдали зависимость формирования социальных навыков и умений от типа воспитания и принятия психического нарушения ребенка от родителей. При гиперпротекции родители оберегали ребенка и не формировали необходимые социальные навыки или вторая крайность, когда родители долго игнорировали особенности нарушения и не предпринимали необходимые меры и был упущен сенситивный и самый благоприятный возрастной период для формирования соответствующих социальных навыков, которые в будущем помогли бы более эффективной социальной адаптации.

При анализе полученных данных, мы можем сделать вывод, что на формирование социальных навыков и умений подростков, страдающие психическими расстройствами с детства, влияет не только физиологическая,

нейрокогнитивная и интеллектуальная особенность течения заболевания, но во многом еще зависит от семейного типа воспитания, психообразования родителей, а также недостаток социального образования у детей и подростков. Необходимо больше уделять времени детским психиатрическим учреждениям на психообразование родителей или опекунов, активно включать в работу специалистов по социальной работе, в образовательных учреждениях уделять больше время на формирование необходимых социальных навыков и умений для эффективной социализации подростков.

Литература / References:

1. Андреева О.О., Шмакова О.П. Возрастная (детско-подростковая) инвалидность вследствие психических расстройств (обзор литературы) // Психическое здоровье. - 2013. - №1. - С.85-97.
2. Мазаева Н.А., О.П. Шмакова. Оценка социальных навыков и умений подростков с хроническими психическими расстройствами, сопровождающимися нарушениями адаптации («Карта регистрации социальных навыков и умений подростков, страдающих хроническими психическими расстройствами»): Медицинская технология.- М. 2015. 42 с.
3. Шмакова О.П., Андреева О.О. Сравнительный анализ социальной адаптации детей и подростков, страдающих шизофренией и умственной отсталостью // Вопросы психического здоровья детей и подростков. - 2013 (13).- №1.- С. 24-31.

НАРУШЕНИЯ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ У СТУДЕНТОВ ВУЗА, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19, – РЕЗУЛЬТАТЫ ПЕРВОГО ЭТАПА ИССЛЕДОВАНИЯ.

Васюта А.К.

Кафедра психиатрии и наркологии

*ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И. М. Сеченова Минздрава России
(Сеченовский университет), Минздрава России, Россия, г. Москва*

Аннотация. В исследовании изучались когнитивные функции у студентов, перенесших COVID-19. Включены 77 человек с подтвержденным диагнозом COVID-19 в анамнезе и 57 студентов, не перенесших COVID-19. Участники заполнили индивидуальный оригинальный опросник, была проведена оценка когнитивного статуса с помощью Монреальской шкалы оценки когнитивных функций (Montreal Cognitive Assessment, MoCA). При анализе результатов выявлено, что студенты, переболевшие COVID-19, чаще отмечали впервые возникшее снижение успеваемости, трудности в освоении нового материала, рассеянность и/или нарушения памяти, и имели более низкий балл при оценке шкале MoCA.

Ключевые слова: COVID-19, когнитивные нарушения, постковидный синдром, Монреальская шкала оценки когнитивных функций (MoCA)

COGNITIVE IMPAIRMENTS IN UNIVERSITY STUDENTS SUFFERING COVID-19 - FIRST STAGE OF THE STUDY RESULTS

Vasyuta A.K.

I.M. Sechenov First Moscow Medical University, Russia, Moscow

Abstract. This study examined cognitive function in students who had experienced COVID-19. Our research included 77 people with a confirmed diagnosis of COVID-19 and 57 students who did not have COVID-19. Participants completed an individual original questionnaire, participants also had their cognitive status assessed using the Montreal Cognitive Assessment Scale. When analyzing the results, it was found that students who recovered from COVID-19 more often complained about symptoms that first appeared after suffering from COVID-19 (academic decline, learning difficulties, absent-mindedness and/or memory impairment) and had a lower score on the MoCA scale.

Keywords: COVID-19, cognitive impairment, post-COVID syndrome, Montreal Cognitive Assessment Scale (MoCA)

Введение. На момент написания этой статьи во всем мире было зарегистрировано более 615 миллионов случаев COVID-19, большинство из которых закончилось выздоровлением. COVID-19 признан полиорганным заболеванием с широким спектром проявлений, и появляется все больше сообщений о долгосрочных последствиях острого COVID-19.

После перенесенного COVID-19 показано, что возможно развития различных осложнений, которые длятся от нескольких недель до нескольких месяцев после первоначального выздоровления. У все большего числа молодых, ранее здоровых людей, не нуждающихся в госпитализации, симптомы продолжают проявляться спустя месяцы даже после легких случаев COVID-19 [1]. У многих переболевших развиваются и сохраняются продолжительные изнурительные симптомы после выздоровления от вируса, несмотря на легкую тяжесть заболевания COVID-19 в остром периоде, что указывает на остаточные эффекты, которые охватывают несколько систем органов, периферическую и центральную нервную систему (ЦНС). Научные и медицинские сообщества определили особую важность исследования синдрома, известного как long-COVID (постковидный синдром), с целью разработки эффективных методов лечения и предотвращения дальнейшей эскалации неблагоприятных последствий для здоровья [2].

По данным проведенного в 2021 году метаанализа, среди выявленных 55 симптомов, сохраняющихся у пациентов, перенесших COVID-19, наиболее часто встречаются утомляемость (58%), головная боль (44%) и нарушение внимания (27%) [3]. Полное восстановление эмоциональных и когнитивных функций после выписки из больницы возможно не у всех пациентов, перенесших инфекцию SARS-Cov-2, и у трети из них наблюдаются когнитивные нарушения [4].

Обучение в ВУЗе связано с большими интеллектуальными и эмоциональными нагрузками, что, в свою очередь, требует высоких показателей когнитивных возможностей студента, включая кратковременную и

долговременную память, внимание, концентрацию, исполнительские функции, способность к абстрактному мышлению [5, с.85]. Расстройства когнитивных функций могут нарушить образовательную деятельность студента, отразиться на социальной и бытовой сферах жизнедеятельности, что приведет к серьезным последствиям для физического и психического здоровья, и, следовательно, снижению качества жизни.

Целью данного этапа исследования является определение распространенности нарушений когнитивных функций среди студентов, перенесших COVID-19.

Объекты и методы исследования. В мае-июне 2022 года проведено когортное поперечное исследование студентов 5 курса. На основании документально подтвержденного факта перенесенного COVID-19 были сформированы группа студентов, переболевших коронавирусной инфекцией, и контрольная группа. Исследование одобрено Локальным комитетом по этике Сеченовского Университета. Все включенные в исследование студенты подписали информированное согласие.

Проведено скрининговое тестирование группы исследования и контрольной с использованием оригинального опросника, содержащего список вопросов о состоянии психического и соматического здоровья участников, особенностях протекания COVID-19, периоде восстановления и наличии жалоб на момент заполнения анкеты. Также всем участникам была проведена оценка когнитивного статуса с помощью Монреальской шкалы оценки когнитивных функций (Montreal Cognitive Assessment, MoCA). Математическая обработка данных проводилась стандартными методами статистического анализа с заданным уровнем значимости $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение.

В исследование были включены:

- 77 студентов с подтвержденным диагнозом COVID-19 в анамнезе (среднее значение возраста составило 21,9; среднее отклонение по возрасту составило 1,35). Доля юношей составила 24,68%, а девушек – 75,32%;

- 57 студентов, не перенесших COVID-19 (среднее значение возраста составило 21,9; среднее отклонение по возрасту составило 1,15) (контрольная группа). Доля юношей составила 22, 81%, а девушек – 77,19%.

По результатам анкетирования студентов, переболевших COVID-19:

- Среднее значение балла по шкале МОСА составило 27,5 баллов
- У 15 из 77 (19,5 %) участников результат по Монреальской шкале оценки когнитивных функций был ниже 26 баллов, что свидетельствует о наличии когнитивных нарушений.

Результаты контрольной группы участников:

- Среднее значение балла по шкале МОСА составило 28,4 баллов
- При этом у 4 (7,0 %) респондентов был выявлен результат меньше 26 баллов по МОСА.

При оценке шкалой МОСА снижение когнитивных функций также чаще отмечалось в группе перенесших COVID-19 (отношение шансов 3,2; 95% ДИ 1,1- 10,2).

Заключение. По результатам скринингового тестирования групп студентов, перенесших и не перенесших COVID-19, мы видим значительную распространенность когнитивных нарушений у переболевшей группы. Планируется проведение подробного клиничко-психопатологического обследования лиц с выявленными нарушениями когнитивных функций в динамике.

Литература / References:

1. Goërtz Y.M.J., Van Herck M., Delbressine J.M., Vaes A.W., Meys R., Machado F.V.C. et al. Persistent Symptoms 3 Months after a SARS-CoV-2 Infection: the Post- COVID-19 Syndrome? ERJ OpenRes. 2020;6(4):00542–2020.doi: 10.1183/23120541.00542-2020.

2. Lamontagne SJ, Winters MF, Pizzagalli DA, Olmstead MC. Post-acute sequelae of COVID-19: Evidence of mood & cognitive impairment. *Brain Behav Immun Health*. 2021 Nov;17:100347. doi: 10.1016/j.bbih.2021.100347. Epub 2021 Sep 14. PMID: 34549199; PMCID: PMC8437695.
3. Lopez-Leon S., Wegman-Ostrosky T., Perelman C. et al. More than 50 long-term effects of COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *medRxiv*. 2021; 2021.01.27.21250617. DOI: 10.1101/2021.01.27.21250617
4. Helms J., Kremer S., Merdji H. et al. Neurologic features in severe SARS-CoV-2 infection. *N. Engl. J. Med.* 2020; 382(23): 2268–70. DOI: 10.1056/NEJMc2008597
5. Кузнецов В.В., Косилов К.В., Костина Е.Ю., Каращук Е.В., Федорищева Е.К., Барабаш О.А. Оценка когнитивных функций студентов медицинских университетов в процессе обучения, связанная с состоянием их здоровья. *Research'nPracticalMedicineJournal*. 2021;8(1):85-96. <https://doi.org/10.17709/2409-2231-2021-8-1-9>

**ПРОВЕДЕНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ
ОСМОТРОВ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ
СИБИРСКОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА В 2018-2020 ГОДАХ**

**Вострых Д.В.¹, Никитин П.И.¹, Кирина Ю.Ю.^{1,2}, Зорохович И.И.¹,
Лопатин А.А.^{1,2}**

¹ ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер
им. профессора Н.П. Кокориной», Россия, г. Кемерово

² ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Аннотация. В данной статье рассмотрены вопросы осуществления диагностики потребления наркотических средств и психотропных веществ в образовательных организациях, проведен анализ результатов профилактических медицинских осмотров обучающихся за 2018 – 2020 г., обозначены изменения законодательства, связанные с внесением изменений в

Порядок проведения профилактических медицинских осмотров обучающихся в целях раннего выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ в 2020г.

Ключевые слова: профилактические медицинские осмотры, употребление психоактивных веществ, несовершеннолетние, система ранней диагностики потребления психоактивных веществ.

**CONDUCTING PREVENTIVE MEDICAL EXAMINATIONS IN
EDUCATIONAL ORGANIZATIONS OF THE SIBERIAN FEDERAL
DISTRICT IN 2018-2020**

D.V. Vostrykh¹, P.I. Nikitin¹, Yu.Yu. Kirina^{1,2},

I.I. Zorokhovich¹, A.A. Lopatin^{1,2}

*Professor N.P. Kokorina Kuzbass Clinical Narcological Dispensary
Russia, Kemerovo*

²Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo

Abstract. This article discusses the issues of diagnosing the consumption of narcotic drugs and psychotropic substances in educational institutions, analyzes the results of preventive medical examinations of students for 2018 - 2019, indicates changes in legislation related to amending the Procedure for conducting preventive medical examinations of students in educational institutions. and professional organizations, as well as educational institutions of higher education for the purpose of early detection of illegal consumption of narcotic drugs and psychotropic substances in 2020.

Keywords: preventive medical examinations, use of psychoactive substances, minors, early diagnosis system for the use of psychoactive substances.

В 2013 году вступил в силу Федеральный закон от 07.06.2013 № 120-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам профилактики незаконного потребления

наркотических средств и психотропных веществ», регламентирующий проведение профилактики незаконного (немедицинского) потребления наркотических средств и психотропных веществ, наркомании, и введение системы раннего выявления употребления наркотических средств и психотропных веществ.

Система ранней диагностики потребления наркотических средств и психотропных веществ включает:

- социально-психологическое тестирование обучающихся, направленное на раннее выявление немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ.

- проведение профилактических медицинских осмотров в целях раннего выявления немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ.

Во исполнение требований действующего законодательства Российской Федерации утверждены соответственно: Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 16.06.2014 № 658 «Об утверждении Порядка проведения социально-психологического тестирования лиц, обучающихся в общеобразовательных организациях и профессиональных образовательных организациях, а также в образовательных организациях высшего образования», Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 06.10.2014 №581н «О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров обучающихся в общеобразовательных организациях и профессиональных образовательных организациях, а также образовательных организациях высшего образования в целях раннего выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ» (далее – Порядок).

С 01.09.2020 года вступает в силу приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 23.03.2020 № 213 «О внесении изменений в Порядок проведения профилактических медицинских осмотров обучающихся в общеобразовательных организациях и профессиональных организациях, а

также образовательных организациях высшего образования в целях раннего выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ, утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 06.10.2014 № 581н».

Изменения, которые вносятся в Порядок утверждают перечень психоактивных веществ для определения их наличия в организме обучающихся при проведении II этапа профилактического медицинского осмотра, предусматривают направление биологического объекта в химико-токсикологическую лабораторию (ХТЛ) для проведения подтверждающих химико - токсикологических исследований (ХТИ) вне зависимости от результатов предварительных ХТИ в случае выявления врачом психиатром-наркологом, проводящим осмотр не менее трех клинических признаков опьянения, перечисленных в приказе.

Профилактические медицинские осмотры проводятся на принципах анонимности, добровольности и конфиденциальности.

В рамках проведения профилактических медицинских осмотров в субъектах СФО в 2019 году было обследовано 54179 учащихся различных учебных заведений, в т.ч. в общеобразовательных организациях – 73,6 %, в профессиональных образовательных организациях – 21 %, в образовательных организациях высшего образования – 5,4 %. Количество лиц, у которых было выявлено незаконное потребление наркотических средств и психотропных веществ составило 130 чел. или 0,2 % от числа прошедших тестирование, в т.ч. выявлено употребление опиоидов у 5,4 %, каннабиноидов – у 89,2 %, седативных и снотворных средств – у 2,3 %, стимуляторов – у 2,3 %, др. ПАВ – у 0,8 %.

В первом полугодии 2020 года в субъектах СФО было обследовано 21247 учащихся различных учебных заведений. Количество лиц, у которых было выявлено немедицинское потребление наркотических средств и психотропных

веществ составило 56 чел. или 0,3 % от числа прошедших тестирование, в т.ч. выявлено употребление каннабиноидов – у 98,2 %, стимуляторов – у 1,8 %.

За указанный период в СФО наблюдается увеличение количества обучающихся, у которых было выявлено незаконное потребление наркотических средств и психотропных веществ от 0,2% в 2019 году до 0,3% в 2020 году, от числа прошедших тестирование. Из общего количества лиц, у которых было выявлено незаконное потребление наркотических средств и психотропных веществ увеличилось количество лиц, употребляющих каннабиноиды.

Заключение. Ежегодное проведение профилактических медицинских осмотров обучающихся в соответствии с требованиями действующего законодательства РФ позволит обеспечить своевременное профилактическое вмешательство с целью защиты их здоровья (профилактика незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ). создать безопасную образовательную среду. эффективную социализацию обучающихся. формирование законопослушного поведения. поддержание надлежащего правопорядка в обществе.

ИССЛЕДОВАНИЕ ПРИЧИН И ПРЕДИКТОРОВ ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Высокова В.О.

*ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России
(Сеченовский Университет), Россия, г. Москва*

Аннотация. Целью настоящего исследования стало изучение причин и предикторов появления психических нарушений у пациентов, впервые обратившихся к психиатру в период эпидемии, а также людей с уже диагностированными психическими заболеваниями, обострение которых было связано с эпидемией COVID-19. Исследование проводилось в период с 2020 по

2022 г. в амбулаторных и стационарных условиях Психиатрической клиники им. С.С. Корсакова Сеченовского Университета. Были обследованы 100 больных: 50 пациентов, впервые обратившихся за психиатрической помощью (далее первая группа) и 50 пациентов с обострением заболевания на фоне пандемии (далее вторая группа). Психические нарушения у больных, впервые обратившихся к психиатру, проявлялись в большей степени невротическими расстройствами. Влияние на развитие нарушений у данной группы в большей степени, чем во второй, оказывают СМИ, изоляция на время карантина, а также перенесенная коронавирусная инфекция. Пациенты с диагностированными психическими заболеваниями чаще обращались с обострением симптомов аффективных расстройств, они реже вакцинировались и были менее подвержены влиянию психогенных факторов.

Ключевые слова: новая коронавирусная инфекция; COVID-19; SARS-CoV-2; психические расстройства; причины и предикторы психических расстройств.

STUDYING THE CAUSES AND PREDICTORS OF MENTAL DISORDERS DURING THE NEW CORONAVIRUS INFECTION PANDEMIC

Vysokova V.O.

I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Russia, Moscow

Abstract. The purpose of this study was to study the causes and predictors of the onset of mental disorders in patients who first turned to a psychiatrist during the epidemic, as well as people with already diagnosed mental illnesses, the exacerbation of which was associated with the COVID-19 epidemic. The study was conducted in the period from 2020 to 2022 on an outpatient and inpatient basis at the Psychiatric Clinic. S.S. Korsakov Sechenov University. 100 patients were examined: 50 patients who applied for psychiatric help for the first time (hereinafter referred to as the first

group) and 50 patients with an exacerbation of the disease against the backdrop of a pandemic (hereinafter referred to as the second group).

Mental disorders in patients who first turned to a psychiatrist were manifested to a greater extent by neurotic disorders. The influence on the development of disorders in this group to a greater extent than in the second group is exerted by the media, isolation during quarantine, as well as the transferred coronavirus infection. Patients diagnosed with mental illness were more likely to present with exacerbation of symptoms of affective disorders, they were less likely to be vaccinated and were less susceptible to psychogenic factors.

Keywords: new coronavirus infection; COVID-19; SARS-CoV-2; mental disorders; causes and predictors of mental disorders.

Введение. Новая коронавирусная инфекция способна нанести урон не только соматическому, но и ментальному здоровью людей [1]. Установление причин, факторов риска, а также клинических особенностей у людей без психических заболеваний и имеющих диагноз способствует более персонализированной профилактике, раннему выявлению и успешной терапии психических расстройств во время эпидемий инфекционных заболеваний.

Цель настоящего исследования: изучение причин и предикторов появления психических нарушений у пациентов, впервые обратившихся к психиатру в период эпидемии, а также людей с уже диагностированными психическими заболеваниями, обострение которых также связано с эпидемией COVID-19.

Пациенты и методы

Исследование проводилось в период с 2020 по 2022 г. в амбулаторных и стационарных условиях Психиатрической клиники им. С.С. Корсакова Сеченовского Университета. Клиническим и клинико-катамнестическим методами были обследованы 100 больных: 50 пациентов, впервые

обратившихся за психиатрической помощью (далее первая группа) и 50 пациентов с обострением заболевания на фоне пандемии (далее вторая группа).

Состояние больных оценивали с применением специально разработанной карты клинического обследования.

Статистический анализ проводился с использованием программы StatTech v. 2.8.8 (разработчик - ООО «Статтех», Россия).

Результаты и обсуждение

Сравнительное клинико-катамнестическое обследование пациентов, обратившихся за психиатрической помощью в период эпидемии COVID-19 не выявило статистически значимых различий в социально-демографических показателях. Найдены статистически значимые различия в уровне образования и трудовом статусе пациентов, а именно – группа впервые обратившихся включает большее количество людей с высшим образованием (82%) и работающих в настоящее время (72%).

Что касается диагнозов в группах: у первой группы пациентов преимущественно были диагностированы невротические расстройства (46%), тогда как во второй группе были пациенты с диагнозами аффективных расстройств (56%) (рис.1).

В структуре преморбидных личностных особенностей у обследованных встречались психастенические, сенситивные, истероидные, циклотимные и шизоидные черты. В группе первичных пациентов обращает внимание значительное превосходство психастенического преморбида (54%), во второй группе почти одинаковое число психастенических, циклотимических и шизоидных черт – 28% и по 22% соответственно.

Согласно полученным данным при сравнении влияния сообщений в СМИ на состояние пациентов в первой группе значимо больше обследуемых ощущали воздействие новостей на свое состояние. Так, в 62% случаев СМИ влияли на состояние пациентов в первой группе, тогда как у пациентов с уже

имеющимся диагнозов волновали новости и статистические сводки в СМИ лишь в 32% случаев (ОШ = 0,288; 95% ДИ: 0,127 – 0,658, $p < 0,05$).

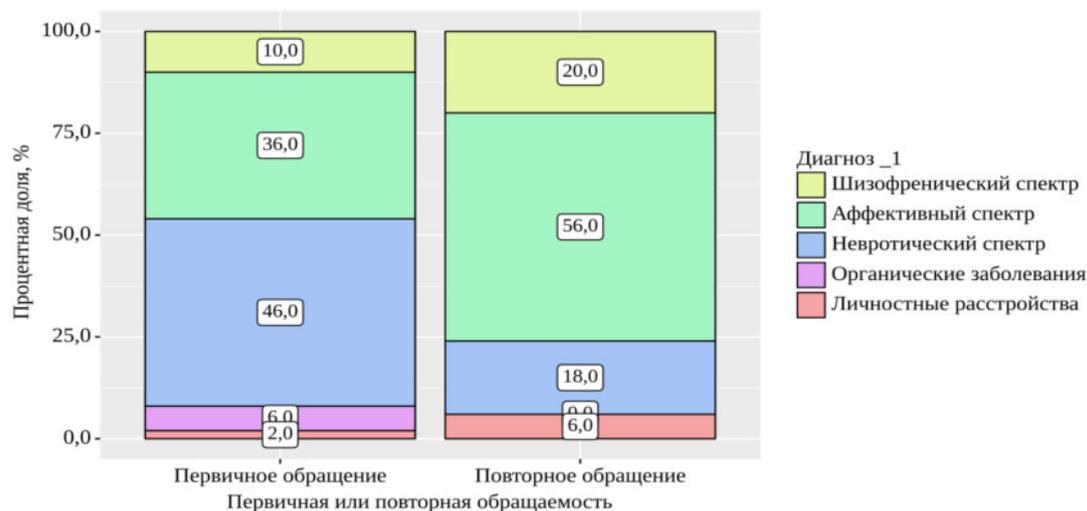


Рис.1.

На состояние пациентов во многом повлияли психогенные факторы (табл.1).

Влияние карантина на свое психическое состояние также в большей степени ощутили обследуемые из первой группы: 76% отмечают ухудшение психического состояния в период карантина, тогда как во второй группе процент статистически значимо ниже – 48% (ОШ = 0,291; 95% ДИ: 0,124 – 0,685, $p < 0,05$).

Таблица 1.
Психогенные факторы

Показатели	Первичная или повторная обращаемость	
	Первичное обращение	Повторное обращение
Ощущали влияние СМИ*	31 (62,0)	16 (32,0)
Повлияли экономические изменения	39 (78,0)	34 (68,0)
Повлиял карантин *	38 (76,0)	24 (48,0)

Примечание. * – $p < 0,05$

Согласно полученным данным при сравнении влияния сообщений в СМИ на состояние пациентов в первой группе значимо больше обследуемых ощущали воздействие новостей на свое состояние. Так, в 62% случаев СМИ влияли на состояние пациентов в первой группе, тогда как у пациентов с уже имеющимся диагнозом волновали новости и статистические сводки в СМИ лишь в 32% случаев (ОШ = 0,288; 95% ДИ: 0,127 – 0,658, $p < 0,05$).

Влияние карантина на свое психическое состояние также в большей степени ощутили обследуемые из первой группы: 76% отмечают ухудшение психического состояния в период карантина, тогда как во второй группе процент статистически значимо ниже – 48% (ОШ = 0,291; 95% ДИ: 0,124 – 0,685, $p < 0,05$).

В то же время пациенты в обеих группах статистически значимо не отличаются в отношении влияния экономических изменений, связанных с пандемией.

В нашем исследовании мы приходим к выводу о том, что высокий уровень образования чаще встречается у пациентов, впервые обратившихся к психиатру на фоне пандемии. Возможно, такая разница обусловлена большей заинтересованностью людей с высшим образованием в том, что происходит в мире и вовлеченностью в новостную повестку [2].

В настоящем исследовании люди с психастеническими чертами чаще всего впервые в жизни обратились к психиатру во время пандемии, в то время как ранее обращавшиеся обследуемые обладали как шизоидными, так и сенситивными и циклотимическими чертами.

Что касается психогенных факторов развития и обострения психических нарушений, в исследовании найдены заметные отличия в двух группах. Наши результаты говорят о выраженном влиянии СМИ на впервые обратившихся пациентов. Это объясняется многими литературными источниками: «инфодемия» стала для большей части населения не меньшим провоцирующим ухудшения психического состояния фактором, чем сама пандемия [3]. В то же

время люди с психическими заболеваниями более погружены в свои переживания и мало ориентированы на новостную повестку [4], что в нашем случае проявляется в том, что лишь 32% указывали на влияние данного фактора.

Карантин и связанные с ним ограничительные меры также оказали влияния в большей степени на обследуемых без диагноза психического заболевания. В то время как люди с психическими заболеваниями не ведут активную социальную жизнь, что делает условия карантина более привычными [5].

Экономические потрясения, вызванные эпидемией, оказали влияние в почти равной степени на обе группы пациентов.

Заключение. Найденные различия в факторах риска, психогенных факторах, особенности коморбидных соматических расстройств и влияния непосредственно инфекции и вакцинации на психическое состояние способны помочь улучшить диагностику, разработать профилактику и подобрать оптимальные схемы лечения.

Литература / References:

1. Czeisler ME, Howard ME, Rajaratnam SMW. Mental Health During the COVID-19 Pandemic: Challenges, Populations at Risk, Implications, and Opportunities. *American Journal of Health Promotion*. 2021;35(2):301-311. doi:10.1177/0890117120983982b
2. Zhang SX, Wang Y, Rauch A, Wei F. Unprecedented disruption of lives and work: Health, distress and life satisfaction of working adults in China one month into the COVID-19 outbreak. *Psychiatry Res*. 2020 Jun;288:112958. doi: 10.1016/j.psychres.2020.112958.
3. Zarocostas J. How to fight an infodemic. *Lancet*. 2020 Feb 29;395(10225):676. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30461-X.

4. Yao H, Chen JH, Xu YF. Patients with mental health disorders in the COVID-19 epidemic. *Lancet Psychiatry*. 2020 Apr;7(4):e21. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30090-0.

5. Xiao C. A Novel Approach of Consultation on 2019 Novel Coronavirus (COVID-19)-Related Psychological and Mental Problems: Structured Letter Therapy. *Psychiatry Investig*. 2020 Feb;17(2):175-176. doi: 10.30773/pi.2020.0047. Epub 2020 Feb 25.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АУДИОВИЗУАЛЬНОЙ СТИМУЛЯЦИИ В ПСИХОТЕРАПИИ ПАНИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Говорова Г.М.

*ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер
им. профессора Н.П. Какориной», Россия, г. Кемерово*

Аннотация. Представлен опыт применения аудиовизуальной стимуляции (АВС) для усиления терапевтического эффекта при лечении панических расстройств.

Ключевые слова: АВС (аудиовизуальная стимуляция), панические атаки, аудиовизуальный комплекс «Диснет», альфа-диапазон, биоэлектрическая активность головного мозга.

EXPERIENCE OF APPLICATION ABC IN PSYCHOTHERAPY OF PANIC DISORDERS.

Govorova G.M.

*Professor N.P. Kokorina Kuzbass Clinical Narcological Dispensary
Russia, Kemerovo*

Abstract. Article presents the experience of using audiovisual stimulation to enhance the therapeutic effect in the treatment of panic disorders.

Keywords: ABC (audiovisual stimulation), panic attacks, audio-visual complex «Disnet», alpha-range, bioelectric activity of the brain.

Задачи разработки новых форм психотерапии больным с паническими расстройствами являются в наше время весьма актуальными и востребованными. Распространенность панических атак по данным эпидемиологических исследований на 2018 год составляла 1,9 – 3 % населения, а в 2019 году они наблюдались уже у 7 – 9 % населения Земли. И с каждым годом этот процент только увеличивается, что, в свою очередь, подтверждается ростом обращаемости пациентов с паническими атаками за специализированной помощью.

Панические атаки относятся к группе тревожных расстройств, раньше они назывались невротическим состоянием, потом появилось другое определение – «нейроциркуляторная дистония» или «вегето-сосудистая дистония». Данное заболевание, склонное к хронизации, манифестирует в молодом, социально-активном возрасте (25-45 лет) и в 2-3 раза чаще наблюдается у женщин. Около 50% людей, хотя бы раз в жизни испытывали паническую атаку, а на фоне пандемии COVID-19 частота и интенсивность таких приступов увеличилась во много раз.

Одним из эффективных методов лечения панических атак является психотерапия, как индивидуальная, так и групповая. С 2013 года наряду с рациональной, когнитивно-поведенческой, суггестивной, NLP психотерапией для лечения пациентов с паническими расстройствами в отделении кризисных состояний (ОКС) ККНД начали использовать аудиовизуальный комплекс (АВК) «Диснет». Комплекс состоит из светозвукового импульсного терминала, монитора и набора видео-, аудио- и аутогенных сеансов и комплект для комплексной аудиовизуальной стимуляции (АВС) «профессиональный», включающий расширенный набор лицензионных программ, наушники, очки.

Аудиовизуальный комплекс «Диснет» позволяет проводить групповые сеансы комплексной аудиовизуальной стимуляции. В ОКС оборудование установлено в помещении, имеющем затемнение и количество кресел по числу участников группы. Комплект «профессиональный» используется в

индивидуальной психотерапии. Оба аудиовизуальных комплекса создают для пациентов лечебное светозвуковое пространство, созданное мерцающим светом и музыкой. Процедура АВС является проводником для усвоения пациентом терапевтических внушений. Полностью загружая зрительный и слуховые каналы восприятия, АВС осуществляет переориентацию пациента с окружающего мира на внутренние впечатления и переживания, позволяя ритму пульсаций увлечь внимание, захватить воображение.

Аудиовизуальная терапия способствует активизации и интеграции работы участков головного мозга, отвечающих за различные аспекты видения и слушания, что позволяет оптимально раскрыть потенциальные возможности и ресурсы организма человека.

Для лечения пациентов в ОКС применяется метод АВС с использованием следующих программ: «Антидепрессант-альфа», настраивающей биоэлектрическую активность головного мозга на спокойствие и безмятежность. «Альфа-полет», создающей мощное ресурсное состояние и «Программатор», настраивающей биоэлектрическую активность головного мозга на состояние, восприимчивое к внушению позитивных установок.

Точкой приложения программ являются панические состояния, возникающие на фоне хронической внутренней тревоги и напряжения. Программы построены с преобладанием ритмов в альфа-диапазоне 8,6–10 Гц и тета-диапазоне с преобладанием ритмов в 4,5–7 Гц.

С целью оценки эффективности АВС сеансы психотерапии с использованием различных программ были проведены 26 пациентам (из них 21 женщина и 5 мужчин) в возрасте от 23 до 46 лет. Общий курс психотерапии с АВС составлял 15 сеансов продолжительностью 60 минут ежедневно (5 сеансов в неделю). Предварительно с пациентами проводились разъяснительные беседы о психофизиологическом воздействии АВС и обсуждались возможные ближайшие и отдаленные результаты терапии.

Все пациенты перед началом сеансов проходили психологическое исследование с целью диагностики психического состояния (тест ММРІ, цветовой тест Люшера, опросник депрессивного состояния Бехтеревского института, проективные методы). Результаты исследований свидетельствовали о высоком уровне личностной и ситуативной тревоги (7 шкала тревоги ММРІ более 70 Т баллов), внутреннем напряжении, беспокойстве, пониженном фоне настроения, наличии соматических жалоб различной локализации (1 шкала ММРІ от 65 до 73 Т баллов), снижении активности и продуктивности.

Аудиовизуальная стимуляция в альфа-диапазоне приводила к релаксации, исчезновению спастических болей и мышечных зажимов, нормализации артериального давления. Стимуляция в тета-диапазоне усиливала творческие способности, снимала эмоциональную «зацикленность», способствовала выработке бета-эндорфинов, создавала анальгетический эффект.

Эмоциональные впечатления от АВС были легко запоминающимися и воспроизводимыми самостоятельно в памяти по ассоциативному пути. В дальнейшем регулярная тренировка с АВС способствовала выработке условного рефлекса на поддержание спокойно-внимательного состояния без излишнего напряжения и тревоги. Таким образом, реализовывался эффект «научения» поддержания «альфа-состояния». Оказавшись в эмоционально-стрессовой ситуации, почувствовав спонтанное усиление симптоматики, пациенты не впадали в панику и тревогу, как раньше, а интуитивно вспоминали «альфа-состояние», проводя эмоциональную составляющую своего заболевания.

После первых сеансов психотерапии 2 пациента отказались от прохождения курса АВС, ссылаясь на индивидуальную непереносимость мерцающего света и звуковых ритмов в виде интенсивно нарастающего чувства раздражения.

В результате проведения курса психотерапии с АВС 3 пациента не отметили существенного изменения самочувствия. У 21 пациента (18 женщин и

3 мужчин) наблюдалась позитивная динамика улучшения состояния со снижением уровня тревоги, изменением фона настроения с преобладанием оптимистических тенденций, повышением активности и инициативности, что подтверждалось результатами психологических исследований. На уровне субъективной самооценки пациенты отмечали изменения своего самоощущения: «Стал более спокойным», «Научился управлять своими страхами», «Научилась расслабляться», «Стала более уверенной в себе», «Голова стала яснее», «Тревога и беспокойство покинули меня окончательно».

Данный опыт свидетельствует об эффективности и целесообразности проведения психотерапии панических расстройств с применением аудиовизуальной стимуляции, учитывая позитивные изменения психического состояния и улучшение качества жизни пациентов, а также увеличение сроков ремиссии.

ТРЕВОЖНЫЕ И ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ПЕРЕБОЛЕВШИХ COVID-19.

Головкина Д.А., Тихонова Ю.Г., Кинкулькина М.А.

Кафедра психиатрии и наркологии

*ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет
имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет),
Россия, г. Москва*

Аннотация. Коронавирусная инфекция оказала влияние не только на соматическое здоровье, но и на психическое. Среди отдаленных последствий в пост-Covid периоде наблюдаются депрессивные и тревожные расстройства. Проведено проспективное обсервационное исследование 58 пациентов, обратившихся в клинику психиатрии им. С.С. Корсакова Сеченовского университета. Для оценки состояния применялись клинико-психопатологический метод и психометрические шкалы.

Ключевые слова: COVID-19, SARS-CoV-2, психиатрические последствия Covid, тревога, депрессия.

ANXIETY AND DEPRESSIVE DISORDERS IN PATIENTS WITH COVID-19.

Golovkina D.A., Tikhonova Yu.G., Kinkulkina M.A.

Psychiatry and Narcology

I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow, Russia

Abstract. Coronavirus infection affects not only somatic health, but also mental health. Depressive and anxiety disorders are observed among the late phenomena in the post-COVID period. A study was conducted of 58 patients who applied to the clinic of psychiatry. S.S. Korsakov Sechenov University. Clinical and psychopathological method and psychometric scales are used to assess the condition.

Keywords: COVID-19, SARS-CoV-2, Psychiatric sequelae Covid, Anxiety, Depression.

Введение. Изучение последствий Covid-19 является актуальной проблемой для врачей разных специальностей: неврологов, кардиологов, психиатров и др. Предположительным механизмом развития психических расстройств после перенесенного SARS-CoV-2 может быть нейровоспалительным процесс в центральной нервной системе [1]. Большинство исследований до недавнего времени были сосредоточены на продолжительности симптомов и клинических исходах у взрослых, госпитализированных с тяжелой формой Covid-19 [2,3]. Но появляются данные, что до 80% пациентов имеют отдаленные последствия после Covid-19 независимо от тяжести перенесенной инфекции. Наиболее часто описывают утомляемость, головную боль, нарушение внимания, депрессию, тревогу, нарушения сна [4]. Вследствие позднего обращения к специалистам снижается трудоспособность пациентов [5], что в свою очередь приводит к ухудшению качества жизни населения и увеличивает нагрузку на организацию здравоохранения. По данным ВОЗ распространенность тревожных, депрессивных расстройств в период пандемии увеличилась и, учитывая

отсутствие единого мнения о взаимосвязи данных расстройств с перенесенной коронавирусной инфекцией, представляется актуальным проведение исследования на данную тему.

Материалы методы. В период с октября 2021 года по сентябрь 2022 года на базе Сеченовского Университета было проведено проспективное обсервационное исследование депрессивных и тревожных расстройств у лиц, перенесших Covid-19. В исследование включались пациенты старше 18 лет, имеющие в анамнезе подтвержденный диагноз Covid-19, обратившиеся в клинику психиатрии им. С.С. Корсакова. Исследование одобрено Локальным комитетом по этике Сеченовского Университета. Критериями включения считалось: согласие на участие в исследовании, наличие в анамнезе перенесенного Covid-19, наличие тревожных и депрессивных расстройств по критериям МКБ-10 (F32, F34.1, F41-F48.0, F06.3-06.4). Не включались в исследование пациенты, которые отказались от участия. Также не включались пациенты, имеющие в анамнезе расстройства шизофренического спектра, рекуррентное и биполярное расстройства, деменции, зависимости от ПАВ, тяжелую соматическую патологию. Все пациенты осмотрены врачом-психиатром и включались в исследование согласно критериям включения и невключения. Все вошедшие в исследование пациенты подписали информированное согласие. Для оценки психического статуса применялись клиничко-психопатологический метод, оценка по психометрическим шкалам: шкала оценки депрессии Монтгомери-Асберга (MADRS), шкала Гамильтона для оценки депрессии и тревоги (HDRS, HARS); госпитальный опросник тревоги и депрессии (HADS); шкала оценки тяжести астении (FSS); шкала диагностики ПТСР (методика PCL-5). Статистическая обработка проводилась стандартными для медицинских исследований методами с заданным уровнем значимости $p < 0,05$.

Результаты. В исследование было включено 58 пациентов с подтвержденным COVID-19 в анамнезе. Среди них 17 (29,3%) мужчин, 41

(70,7%) женщин. Медиана возраста среди опрошенных составила 34 (25-51) года. Половина были холосты, остальная часть состояли в браке. Более 34 (60%) имели высшее образование, 12 (20%) среднее профессиональное. О психопатологически отягощенной наследственности сообщали 38 (65,5 %) человек. В преморбиде у 8 (13,7%) выявлена акцентуация характера, у 1 (1,8%) - психопатия, у остальных 49 (84,5%) патологии личностных черт выявлено не было, среди них преобладали психастенического (21 (36,2%)), гипертимного (13(22,4%), истерического (9 (15,5%) типа личности. Около 16 (27,6 %) обследуемых имели невротические расстройства в детстве, 15 (25,9 %) имели в анамнезе патологии беременности и родов у матери, 27 (46,6 %) имели черепно-мозговую травму или общие наркозы. Только 2 (3,4%) человека сообщили о злоупотреблении психоактивными веществами в прошлом, 7 (12,1%) злоупотребляли алкогольными напитками. 14 (24,1%) - имели хронические соматические заболевания. Распределение по тяжести перенесенного Covid-19 составило: 46 (79,3%) больных перенесли в легкой степени 8 (13,8%) - в средней, 4 (6,9%) - в тяжелой. Большинство пациентов (51 (87,9%) получали лечение амбулаторно и только 7 (12,1%) человек проходили стационарное лечение. 8 (13,8%) пациентам, преимущественно с тяжелым течением Covid-19, проводилось лечение глюкокортикостероидами, медиана продолжительности проводимой терапии составила 13 (9-16) дней.

У 59% наблюдалась потеря обоняния и вкуса, медиана продолжительности составляла 45 (14-98) дней. Медиана периода от соматического благополучия после перенесенной инфекции до начала психических расстройств составила 3 (2-4) месяца. Продолжительность от начала симптомов психического расстройства до обращения к психиатру составила 3 (2-6) месяца. Основными симптомами в клинической картине были нарушения сна 96,6%, сниженное настроение 98,3%, ангедония 75,9%, идеи самообвинения 43,1%, суицидальные мысли 19,0%, нарушение концентрации внимания 100,0%, снижение работоспособности 98,3%, раздражительность

37,9%, эмоциональная лабильность 44,8%, астения 65,5%, тревога, страх 89,7%, панические атаки 32,8%, апатия 70,7%, снижение аппетита 65,5%, навязчивые мысли 39,7%, озабоченность своим здоровьем 34,5%. Медиана по психометрическим шкалам составила: MADRS - 24 (19 – 27), HDRS – 18 (15 – 20), HARS - 16 (11 – 20), HADS-A – 11 (8 – 13), HADS-D – 12 (8 – 13), FSS – 44 (35 – 50), PCL-5 – 13 (9 – 18).

Заключение. При обследовании 58 человек около две трети составляли женщины, в среднем в возрасте 34 года. В основном течение Covid-19 соответствовало легкой степени тяжести и лечение проходило в амбулаторных условиях. Основными причинами обращения к врачу-психиатру были жалобы на: снижение концентрации внимания, нарушения сна, снижение работоспособности. При обследовании у всех больных выявлялись симптомы тревоги, астении, сниженного настроения, апатии. Среди всех больных преобладала депрессия средней степени тяжести и клинически выражена тревога. Необходимо наблюдение за психическими расстройствами у пациентов, переболевших Covid-19, в том числе у перенесших данную инфекцию в легкой форме и проходившие лечение в амбулаторных условиях, для уменьшения последствий психических расстройств и быстрому восстановлению трудоспособности.

Литература / References:

1. Kempuraj D, Selvakumar GP, Ahmed ME, Raikwar SP, Thangavel R, Khan A, Zaheer SA, Iyer SS, Burton C, James D, Zaheer A. COVID-19, Mast Cells, Cytokine Storm, Psychological Stress, and Neuroinflammation. *Neuroscientist*. 2020 Oct-Dec;26(5-6):402-414. doi: 10.1177/1073858420941476. Epub 2020 Jul 18. PMID: 32684080.
2. Grasselli G, Zangrillo A, Zanella A, Antonelli M, Cabrini L, Castelli A, Cereda D, Coluccello A, Foti G, Fumagalli R, Iotti G, Latronico N, Lorini L, Merler S, Natalini G, Piatti A, Ranieri MV, Scandroglio AM, Storti E, Cecconi M; COVID-19 Lombardy ICU Network. Baseline Characteristics and Outcomes of 1591 Patients

Infected With SARS-CoV-2 Admitted to ICUs of the Lombardy Region, Italy. JAMA. 2020 Apr 28;323(16):1574-1581. doi: 10.1001/jama.2020.5394. Erratum in: JAMA. 2021 May 25;325(20):2120. PMID: 32250385; PMCID: PMC7136855.

3. Guan WJ, Ni ZY, Hu Y, Liang WH, Ou CQ, He JX, Liu L, Shan H, Lei CL, Hui DSC, Du B, Li LJ, Zeng G, Yuen KY, Chen RC, Tang CL, Wang T, Chen PY, Xiang J, Li SY, Wang JL, Liang ZJ, Peng YX, Wei L, Liu Y, Hu YH, Peng P, Wang JM, Liu JY, Chen Z, Li G, Zheng ZJ, Qiu SQ, Luo J, Ye CJ; China Medical Treatment Expert Group for Covid-19. Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. N Engl J Med. 2020 Apr 30;382(18):1708-1720. doi: 10.1056/NEJMoa2002032. Epub 2020 Feb 28. PMID: 32109013; PMCID: PMC7092819.

4. Lopez-Leon S, Wegman-Ostrosky T, Perelman C, Sepulveda R, Rebolledo PA, Cuapio A, Villapol S. More than 50 long-term effects of COVID-19: a systematic review and meta-analysis. SciRep. 2021 Aug 9;11(1):16144. doi: 10.1038/s41598-021-95565-8. PMID: 34373540; PMCID: PMC8352980.

Townsend L, Dyer AH, Jones K, Dunne J, Mooney A, Gaffney F, O'Connor L, Leavy D, O'Brien K, Dowds J, Sugrue JA, Hopkins D, Martin-Loeches I, Ni Cheallaigh C, McLaughlin AM, Bourke NM, Bergin C, O'Farrelly C, Bannan C, Conlon N. Persistent fatigue following SARS-CoV-2 infection is common and independent of severity of initial infection. PLoS One. 2020 Nov 9;15(11):e0240784. doi: 10.1371/journal.pone.0240784. PMID: 33166287; PMCID: PMC7652254.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ ПРОХОДИВШИХ ЛЕЧЕНИЕ В ОРИТ

Гопоненко Д.С., Шеметов А. В.:

*Кафедра анестезиологии и реаниматологии
НГИУВ – филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России,
Россия, г. Новокузнецк*

Аннотация. Психологическая реабилитация пациентов перенесших различные urgentные состояния является одной из ключевых мультидисциплинарных задач в отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ). По этой причине была проведена оценка различных литературных источников, на предмет поиска наиболее эффективной «новой» модели управления ранней реабилитацией у пациентов ОРИТ.

Ключевые слова. Реабилитация пациентов ОРИТ, когнитивная реабилитация пациентов ОРИТ.

PSYCHOLOGICAL REHABILITATION OF PATIENTS TREATED IN THE ICU

Goponenko D.S., Shemetov A.V..

Department of Anesthesiology and Intensive Care

NGIUV – branch of FGBOU DPO RMANPO, Russia, Novokuznetsk

Abstract. The psychological rehabilitation of patients undergoing various urgent conditions is one of the key multidisciplinary problems in the intensive care unit (ICU). For this reason, we have evaluated different literary sources in order to find the most effective «new» model of management of early rehabilitation in ICU patients.

Keywords: Rehabilitation of ICU patients, cognitive rehabilitation of ICU patients.

Введение. Основные программы ранней реабилитации пациентов перенесших критических состояний направлены на предотвращение таких проблем как инфекционно-трофических, вегетативно-метаболических, эмоционально-когнитивных осложнений, тем самым улучшая показатели функционального исхода заболевания. Разработка ряда конкретных стратегий лечения и диагностики может значительно снизить уровень больничной смертности [1,2]. Системы медицинской реабилитации являются одним из

приоритетных направлений развития медицины в Российской Федерации, благодаря накопленным данным нейронауки, нейрореабилитация считается одной из самых перспективных и актуальных областей медицины, так как проблемы пациентов носят не только медицинские и психологические, но и социально-экономический характер [3,4]. Исходя из выше указанного, наличие правильно выстроенной психолого-социальной реабилитации увеличивает вероятность возвращения пациента, перенесшего критическую фазу болезни, к восстановлению работоспособности и активному участию в жизни общества.

Цель работы. Обобщение имеющихся литературных данных о психологической реабилитации пациентов проходивших лечение в ОРИТ, а также выявление новых и перспективных направлений.

Обсуждение. При выписке из ОРИТ более 50% пациентов испытывают патологические симптомы, не связанные с первичным неотложным состоянием, но снижающие качество жизни и требующие реабилитации [5]. К ним относят комплексы инфекционно-трофических, вегетативно-метаболических (хронический болевой синдром, нарушение циркадных ритмов, гравитационный градиент), нервно-мышечных (полимионевропатия критических состояний, респираторная невропатия, дисфагия бездействия), эмоционально-когнитивных (депрессия, бред, потеря памяти и др.) осложнений. Совокупность таких симптомокомплексов называется «синдромом последствий интенсивной терапии» (PITS).

Наиболее систематизирована в настоящее время лишь одна программа, которая включена в Клинические рекомендации пациентов перенесших острые нарушения мозгового кровообращения: маршрутная карта нейропсихологического обследования и реабилитации для пациентов с повреждениями головного мозга (рис.1).

Особое внимание в программах реабилитации отводится основополагающим принципам:

- Принцип субъектности: максимальный учет «внутреннего пространства» человека, нужд и потребностей пациента, особенностей самовосприятия пациента и субъективности его собственного развития (в данном случае развития в контексте болезни) должен быть реализован в клинической практике, в индивидуальном подходе и в отказе от конвейерной технологии.

- Принцип системности: означает рассмотрение больного человека с точки зрения его разнообразия и взаимосвязи, единства тела и сознания, а также социального контекста, и воплощается в известной установке «лечить больного, а не болезнь».

- Принцип детерминизма: признается необходимым «переход» от линейных к «вероятностным» и «многофакторным» суждениям.

- Принцип развития: рекомендуется динамический взгляд на личность пациента, с учетом адаптивных и компенсаторных возможностей и внутренних ресурсов.

- Принцип партнерства: требует междисциплинарного сотрудничества и взаимодействия с пациентами и их окружением для достижения полного терапевтического эффекта от реабилитации.

Анализ возможных перспективных направлений развития реабилитации также выявил ряд пусть и не системных, но заслуживающих внимания подходов. Так, например, в работе «Реабилитация в интенсивной терапии» (Белкин А.А. и др.), особое внимание уделяется эрготерапии для ускорения психо-социальной реабилитации, что благоприятно сказывается на сроке пребывания пациента в условиях ОРИТ. В практике элементы эрготерапии включены в обязанность младшего и среднего медицинского персонала, рассматривая в перспективе эту роль, стоит отдать квалифицированным специалистом.

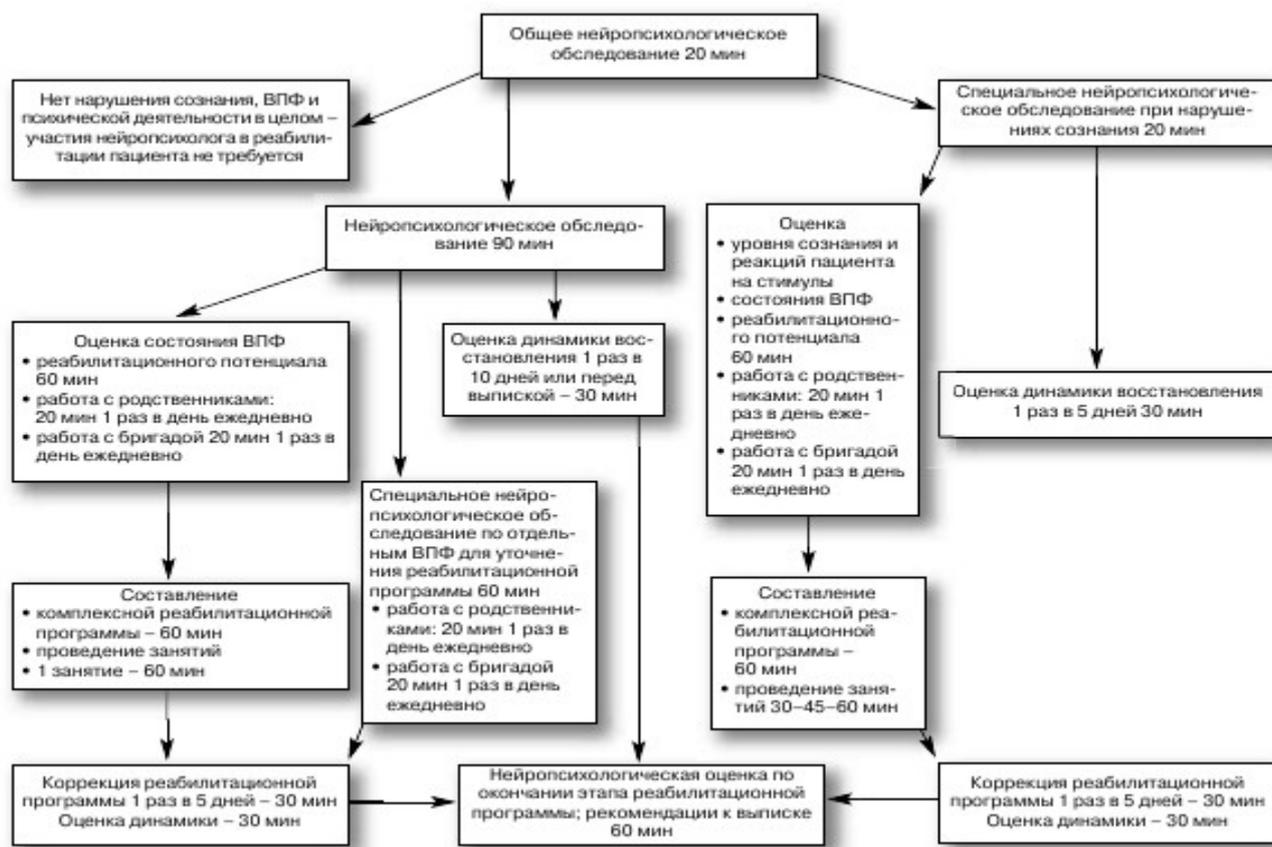


Рис. 1. Маршрутная карта нейропсихологического обследования и реабилитации для пациентов с повреждениями головного мозга

В работе «Психологическая реабилитация пациентов, перенесших вирусную инфекцию COVID-19» (Казанцев С.Я. и др.), отмечается необходимость ранней диагностики и начала реабилитации, что благоприятно сказывается на когнитивном и психологическом статусе пациента.

Согласно данным работы «Современные аспекты работы психолога в отделении реанимации» (Завалий Я.П. и др.), рекомендуется проводить активную работу с родственниками пациента, направленную на их коррекцию принятия диагноза пострадавшего, информирования о возможностях реабилитации и их активном участии в данном процессе.

Заключение. Соблюдение принципов и мультидисциплинарного подхода, качественная и рано начатая реабилитационная помощь защищает пациентов от неизбежных осложнений интенсивной терапии, сохраняет

интактные функции и восстанавливает качество жизни до преморбидного уровня.

Коррекция и профилактика PITS синдрома создает условия для того, чтобы пациент мог более полно справиться с патологией.

Коррекция когнитивных проблем успешно влияет на способность пациента облегчить тяжесть состояния.

Литература / References:

1. Пирадов М. А., Мороз В.В. Пути развития современной реаниматологии. Вестник РАМН 2012. 9: 27–30
2. Попугаев К.А., Савин И.А., Ошоров А.В. Новые аспекты реаниматологии в неврологии и нейрохирургии. Общая реаниматология 2014. 10(6): 55–64
3. Буйлова Т.В. Возможные модели развития реабилитации в субъектах Российской Федерации. Вестник восстановительной медицины 2015. 4: 2–8
4. Сидякина И.В., Шаповаленко Т.В., Лядов К.В. Механизмы нейропластичности и реабилитация в острейшем периоде инсульта. Анналы неврологии 2013. 7 (1): 52–56
5. Айзенштейн А. Д. и др. Особенности оказания психологической помощи родственникам пациентов в условиях инфекционного стационара при работе с COVID-19 //Вестник восстановительной медицины. – 2020. – №. 6 (100). – С. 4-13.
6. Ахутина Т. В. и др. Клинико-психологическая диагностика и клинико-психологическая реабилитация пациентов с нарушениями памяти при повреждениях головного мозга. Клинические рекомендации //Consilium medicum. – 2016. – Т. 18. – №. 2-1. – С. 68-81.
7. Белкин А. А. и др. Реабилитация в интенсивной терапии //Заболотских ИБ, Шифман ЕМ (ред.) Клинические рекомендации. Анестезиология и реаниматология. Москва: ГЭОТАР-Медиа. – 2016. – С. 858-928.

8. Гречко А. В. и др. Реабилитация пациентов в хронических критических состояниях вследствие повреждений головного мозга в условиях отделений реанимации и интенсивной терапии: опыт федерального научно-клинического центра //Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2018. – Т. 21. – №. 1-2. – С. 22-29.

9. Завалий Я. П., Троицкая К. С. Современные аспекты работы психолога в отделении реанимации //Бюллетень медицинской науки. – 2020. – №. S1 (17). – С. 22-24.

10. Казанцев С. Я., Красильников В. И., Айдаров В. И. Психологическая реабилитация пациентов, перенесших вирусную инфекцию COVID-19 //Международный журнал психологии и педагогики в служебной деятельности. – 2021. – №. 1. – С. 27-31.

ВЛИЯНИЕ ТИПА ПРИВЯЗАННОСТИ НА ОТНОШЕНИЕ К СЕБЕ И ОТНОШЕНИЕ К ДРУГИМ У ПАЦИЕНТОВ С ПОЛИНАРКОМАНИЕЙ

Грачева А.М., Фаустова А.Г.

Кафедра клинической психологии

*ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова» Минздрава России, Россия, г. Рязань*

Аннотация. В данной статье представлены результаты изучения влияния типа привязанности на самоотношение и отношение к другим у пациентов с полинаркоманией. Для достижения поставленной цели были использованы стандартизированные психодиагностические методики и методы математической статистики. Было обнаружено, что пациенты с надежным типом привязанности обладают более позитивным отношением к себе и более целостно воспринимают партнёров по общению, что может рассматриваться в качестве значимого предиктора успешной реабилитации.

Ключевые слова: тип привязанности, полинаркомания, самоотношение, межличностные взаимоотношения

**THE INFLUENCE OF THE TYPE OF ATTACHMENT ON THE
ATTITUDE TO ONESELF AND THE ATTITUDE TO OTHERS
IN PATIENTS WITH POLY-DRUG ADDICTION****Gracheva A.M., Faustova A.G.***Department of Clinical Psychology**Academician I.P. Pavlov Ryazan State Medical University, Russia, Ryazan*

Abstract. This article presents the results of studying the influence of attachment type on self-attitude and attitude to others in patients with poly-drug addiction. Standardized psychodiagnostic techniques and methods of mathematical statistics were used to achieve this goal. It was found that patients with a reliable type of attachment have a more positive attitude towards themselves and perceive communication partners more holistically, which can be considered as a significant predictor of successful rehabilitation.

Keywords: type of attachment, poly-drug addiction, self-relationship, interpersonal relationships

Введение. Термин «привязанность» описывает любую форму поведения, результатом которой является приобретение или сохранение близости с объектом привязанности [1, с. 67]. Если в раннем детском возрасте объектом привязанности зачастую становится родитель или опекун, то в подростковом возрасте и в период взрослости объектами привязанности могут выступать не только родственники, но также друзья и партнеры [2, с. 102]. Тип привязанности определяет становление и развитие многочисленных компонентов личностного и социального функционирования, в том числе – системы отношений, психологической устойчивости и уязвимости [3, с. 44]. Нарушения привязанности рассматриваются в качестве одного из факторов риска возникновения аддикции [2, с. 72]. Так, в семьях, где нарушено межличностное взаимодействие, не формируется подходящих условий для социализации ребенка, что негативно сказывается на развитии его эмоционально-волевой сферы, создает условия для аутоагрессивного и

самоповреждающего поведения [3, с. 53]. Дисфункциональные детско-родительские отношения признаются значимым фактором риска развития психопатологической симптоматики – генерализованного тревожного расстройства, депрессивного расстройства, расстройств личности [5, с. 132].

Под термином «полинаркомания» понимают совокупность психических и поведенческих нарушений, возникающих при одновременном употреблении двух или более психоактивных веществ [4, с. 89]. Полинаркомания имеет более тяжелое течение, при этом наблюдаются грубые изменения личности, такие как снижение критичности и самоконтроля, самооценки, ценности собственного «Я», дефицит самопринятия. При полинаркомании также наблюдаются трудности в установлении и поддержании межличностных отношений [4, с. 91].

Коррекция отношения к собственной личности и освоение навыков поддержания доверительных межличностных отношений составляют фундамент реабилитационного потенциала пациентов с зависимым поведением. Актуальность изучения системы отношений у пациентов с полинаркоманией в зависимости от типа привязанности напрямую связана с распространенностью болезней зависимости, низкой комплаентностью таких пациентов, востребованностью последовательных и грамотных программ социально-психологической реабилитации.

Цель исследования состоит в изучении того, как влияет тип привязанности на самоотношение и отношение к другим у пациентов с полинаркоманией. В качестве гипотезы выступает предположение о том, что пациенты с надежным типом привязанности обладают более позитивным и непротиворечивым отношением к себе и к окружающим людям, нежели пациенты с тревожным типом привязанности.

Объекты и методы исследования. Выборку исследования составили 60 пациентов мужского пола в возрасте от 25 до 40 лет с полинаркоманией в анамнезе. Среди них: 30 пациентов с надежным типом привязанности, 30 пациентов с тревожным типом привязанности. Эмпирическое исследование

проводилось на базе Рязанского областного клинического наркологического диспансера.

Для определения типа привязанности использовали интервью привязанности для взрослых ААI (разработка М. Мэйн, в адаптации Е.С. Калмыковой). Для изучения отношения к себе и отношения к другим применялись следующие методики: методика исследования самооотношения (С.Р. Пантлеев), опросник межличностных отношений (В. Шульц), опыт близких отношений (К. Бреннан).

Математико-статистическая обработка проводилась с помощью непараметрического U-критерия Манна-Уитни.

Результаты и их обсуждение. В таблице 1 представлены результаты межгруппового сравнения пациентов с полинаркоманией с различным типом привязанности.

Согласно полученным закономерностям, тип привязанности оказывает влияние на такие проявления самооотношения пациентов с полинаркоманией, как открытость (шкала «Внутренняя честность»), ожидаемое отношение к себе (шкала «Отраженное самооотношение»), самооценность и самопривязанность. Пациенты с тревожным типом привязанности в меньшей степени склонны к рефлексии и самоанализу, предпочитают недопускать до сознания значимую информацию о себе, демонстрируют чувствительность к критике и сомнения в ценности собственной личности, обладают ригидной Я-концепцией. Перечисленные характеристики можно рассматривать в качестве потенциальных препятствий для последующей реабилитационной работы. В свою очередь, пациенты с надежным типом привязанности не склонны скрывать от себя и других значимую личную информацию, демонстрируют уверенность в своей способности вызывать у окружающих людей одобрение, уважение и понимание. Им свойственны заинтересованность в собственной личности, при этом – неудовлетворенность собой и потребность в

конструктивных изменениях, что формирует благоприятные основания для включения таких пациентов в реабилитационный процесс.

Таблица 1.

Результаты межгруппового сравнения пациентов с разным типом привязанности

Методика	Шкала	Mx(1)	Mx(2)	Uэмп.	P
Методика исследования самоотношения	Внутренняя честность	6,000	4,533	239,0	0,01
	Самоуверенность	5,730	4,933	424,0	>0,05
	Саморуководство	5,100	4,733	438,5	>0,05
	Отраженное самоотношение	4,200	4,533	332,0	0,05
	Самоценность	4,833	5,933	334,5	0,05
	Самопринятие	5,200	4,567	394,0	>0,05
	Самопривязанность	6,433	4,933	300,5	0,05
	Внутренняя конфликтность	5,533	5,267	406,0	>0,05
	Самообвинение	4,700	4,733	448,0	>0,05
Опросник межличностных отношений	Включение	3,933	5,000	238,5	0,01
	Контроль	3,933	4,900	287,0	0,01
	Аффект	3,300	4,667	221,0	0,01
Опыт близких отношений	Тревожность	7,967	3,700	8,0	0,01
	Избегание близких отношений	8,133	3,867	9,0	0,01

* Mx(1) – средние значения в выборке пациентов с тревожным типом привязанности; Mx(2) – средние значения в выборке пациентов с надежным типом привязанности

** полужирным шрифтом в таблице выделены значимые различия между выборками

Тип привязанности также сказывается на отношении пациентов с полинаркоманией к другим. Так, выборки значимо различаются по шкалам «Включение» и «Аффект»: пациенты с надежным типом привязанности стремятся чаще находиться среди людей, устанавливать с ними доверительные отношения, ориентированы на принятие. У пациентов с тревожным типом привязанности ниже показатели по шкале «Контроль», что свидетельствует об их конформности и склонности быть ведомыми в межличностных отношениях.

Значимые различия обнаружены по обеим шкалам методики «Опыт близких отношений». В выборке пациентов с тревожным типом привязанности

средние показатели оказались выше, что позволяет охарактеризовать их менее способных к установлению и поддержанию продолжительных и доверительных межличностных отношений.

На основании полученных данных логично предположить, что пациенты с полинаркоманией и надежным типом привязанности вынесут больше пользы из группового формата психотерапии и реабилитации. Пациентам с тревожным типом привязанности следует рекомендовать индивидуальный формат оказания психологической помощи, поскольку это позволит им приобрести опыт самораскрытия в безопасной обстановке.

Заключение. Тип привязанности оказывает значимое влияние на самоотношение и сферу межличностных отношений пациентов с полинаркоманией. Для пациентов с надежным типом привязанности характерно более адаптивное сопоставление Я-реального и Я-идеального, что делает отношение к себе сравнительно непротиворечивым, а отношения с окружающими людьми – плодотворными и ресурсными. Пациентам с тревожным типом привязанности присущи незрелость Я-идеального и недоверчивость, а межличностные отношения характеризуются деструктивным сочетанием зависимости и избегания. Таким образом, если пациентам с полинаркоманией удастся сохранить или восстановить надежный тип привязанности, то они будут более успешны в лечении имеющейся комплексной зависимости и последующей социально-психологической реабилитации.

Литература / References:

1. Боулби Дж. Привязанность. – М.: Медицина, 2005. – 141 с.
2. Боулби Дж. Создание и разрушение эмоциональных связей. – М.: Медицина, 2006. – 142 с.
3. Бриш, Карл Хайнц. Терапия нарушений привязанности [Текст]: от теории к практике / Карл Хайнц Бриш ; [пер. с нем. С. И. Дубинской]. - Москва : Когито-Центр, 2012. - 319 с.

4. Клиническая наркология / А.Г. Гофман. — 2-е изд. — Москва : ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2017. — 376 с.
5. Менделевич В.Д. Зависимость – норма или патология? Актуальная проблема психологии на современном этапе общественного развития: сб. науч. тр. / под ред. М.Г. Рогова и В.Г. Иванова. – Казань, 2003. – 243 с.

ВОСПРИЯТИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ВРЕМЕНИ И ПРОСТРАНСТВА В СИТУАЦИИ ЖИЗНЕУГРОЖАЮЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

Григорьев П. А., Шеметов А. В.

*Кафедра анестезиологии и реаниматологии
НГИУВ – филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России,
Россия, г. Новокузнецк*

Аннотация: В настоящее время существует необходимость анализа психологических адаптационных возможностей личности и выявления закономерностей активности и регуляции жизнедеятельности в сложных жизненных ситуациях. Отдельное внимание необходимо обращать на изменения пространственно-временного восприятия пациентов находящихся в ОРИТ, которое встречается в практике врача-реаниматолога.

Ключевые слова: восприятие времени при жизнеугрожающих состояниях, восприятие пространства при жизнеугрожающих состояниях, каналы восприятия, сенсорные системы.

PERCEPTION OF PSYCHOLOGICAL TIME AND SPACE IN THE SITUATION OF A LIFE-THREATENING DISEASE

Grigoriev P. A., Shemetov A. V.

*Department of Anesthesiology and Intensive Care
Novokuznetsk State Institute of Continuous Professional Education of the
Ministry of Health of Russia, Russia, Novokuznetsk*

Abstract. Currently it is necessary to analyze psychological adaptive abilities of personality and reveal regularities of activity and life activity regulation in difficult life situations. Separate attention should be paid to changes in spatial and temporal perception of patients in intensive care unit which is met in practice of reanimatologist.

Keywords: time perception in life-threatening conditions, space perception in life-threatening conditions, channels of perception, sensory systems.

Введение. Восприятие времени и пространства отражает психологический процесс, посредством которого информация об окружающем нас мире поступает в мозг человека через сенсорную систему. Она положительно влияет на ощущение жизни и ориентацию человека в окружающей среде [1].

Конечно, в ситуациях, угрожающих жизни, особенности восприятия пациентом времени и пространства могут возникать из-за психофизических нарушений, вызванных основным заболеванием или травмой, которые привели к поступлению в отделение интенсивной терапии.

Основные каналы восприятия. В настоящее время психологи разделяют сенсорные системы, отвечающие за каналы восприятия, на следующие типы: зрительные, слуховые, вкусовые, обонятельные, кинестетические и тактильные. Однако человеческое восприятие не ограничивается получением информации только от этих органов и сенсорных систем [2].

Восприятие времени - сложное восприятие, поскольку оно затрагивает границы зрительных, слуховых и кинестетических систем. Как и восприятие времени, восприятие пространства, конечно, также является сложным восприятием - здесь неизменно дополняет друг друга деятельность анализаторов зрения и движения [3]. Почему мы говорим, что восприятие времени и пространства является сложным? Потому что восприятие времени и пространства связано с различными психофизическими, когнитивными и

эмоциональными процессами человека [4]. И любое отдельное отклонение в сенсорной системе в результате угрожающего жизни заболевания будет мешать восприятию реальности пациентом.

Психофизически нормальное восприятие времени и пространства определяется состоянием здоровья и психики, наличием или отсутствием определенных психофизиологических отклонений, деятельностью человека, функционированием аналитических каналов, биоритмами и возрастом. Рассматривая различные факторы, которые непосредственно влияют на восприятие человека, Ананьев Б.Г. выразил следующую позицию: «различные феномены и их корреляционные сложноветвящиеся цепи на разных стадиях человеческой жизни от рождения до глубокой старости и в различные периоды зрелости, в связи с различными видами труда и коммуникаций, у людей с разными типами нервной системы, общесоматической конституцией, особенностями биохимических данных, различной характеристикой и биографией» [5]. Рубинштейн С.Л. писал следующее: «Восприятие предмета внешнего мира и его пространственных свойств неотделимы друг от друга, так же как восприятие времени и изменяющихся во времени явлений».

Восприятие времени. В настоящий момент исследовано достаточно глубоко, изучены возрастные, гендерные, психологические, профессиональные, социально-исторические, кросс-культурные и другие характеристики и другие особенности (Рубинштейн С.Л., Лурия А.Р., Кожурова О.А., Медведь А.Н., Сенявская Е.С., Таршилова А.М., Тимофеев А.Д. и др.). Восприятие времени можно разделить на несколько типов.

- Восприятие непрерывности событий / длительности времени.
- Субъективное восприятие времени (своего будущего, настоящего и прошлого) или «внутреннее психологическое время».
- Объективное восприятие внешнего времени.

Поскольку у человека нет независимых рецепторов для восприятия времени, время воспринимается опосредованно через другие каналы, с разной

степенью точности. Люди могут воспринимать временные интервалы психофизиологически на уровне ритмических процессов организма, так называемых «биологических часов», таких как сердцебиение, частота дыхания, ритм сна и бодрствования, ритм походки и гормональные изменения.

Пациенты с опасными для жизни заболеваниями в ОРИТ не могут самостоятельно передвигаться, поэтому некоторые двигательные анализаторы начинают «угасать». Кроме того, они часто получают респираторную поддержку, основные виды жизнеобеспечения и седативную терапию, что нарушает их сердечный ритм, частоту дыхания и жизненные ритмы сон-бодрствование, в результате чего другие каналы анализа работают неправильно, считая эту информацию второстепенной и обычно не знают, в каком временном интервале находится пациент. У пациентов ОРИТ, как правило, все три вида восприятия времени нарушаются. Рогов Е.И. отмечает, что проведенные эксперименты над группами больных выявили связь «переоценок и недооценок временной длительности с эмоциональным отношением субъекта к переживаемому, таким образом подтвердив положение об эмоциональной детерминированности оценок времени» [6].

Основными вариантами количественных нарушений в переживании времени являются брадихрония и тахихрония. Брадихрония (замедление времени) - это ощущение того, что время течет медленнее, чем обычно, стоит на месте, не движется вперед и застыло, часы спешат, торопятся и теряют свой ритм. Время «растягивается» особым образом. Маленькие мгновения в несколько минут делятся очень, очень долго. Количественные нарушения в отношении времени могут наблюдаться как у здоровых, так и в патологических состояниях.

Восприятие пространства. Оно связано с работой вестибулярной системы, а также глазодвигательных мышц человеческого тела. Физиологически пространственное восприятие человека определяется работой вестибулярного аппарата, который «снабжает мозг информацией о положении

тела в пространстве и наличии или отсутствии вращательных движений». Как и улитка, вестибулярная система расположена в костном лабиринте в пирамиде височной кости [8].

А.Р. Лурия описывает физиологию пространственного восприятия следующим образом: «В пространственном восприятии принимают участие как корковые отделы вестибулярного анализатора, так и корковые аппараты кожно-кинестетического анализатора, где правая (левая), ведущая рука занимает доминирующее положение. Включение этих незрительных компонентов и обеспечивает пространственный анализ зрительной информации - выделение трехмерных пространственных координат, с одной стороны, и ассиметричную оценку правой и левой сторон пространства - с другой» [9].

Е.В. Карпова описывает восприятие пространства с психологической точки зрения и определяет его следующим образом: «процесс и форму чувственного отражения действительности в сознании, способность улавливать связь между внешним обликом предмета и его функциями, обнаруживать, принимать, различать и усваивать явления внешнего мира и формировать их образ» [10].

Бинокулярное зрение также позволяет нам воспринимать глубину (расстояние) объектов и сравнивать их положение друг с другом. Восприятие пространства обусловлено зрительными, тактильными и кинестетическими ощущениями, одновременной деятельностью вестибулярных анализаторов и вестибуло-окулярных рефлексов. Он всегда связан с движениями человека и мышц.

Восприятие пространства необходимо для ориентации в окружающей обстановке, измерения расстояния до объекта и измерения углов вокруг себя. Восприятие пространства субъективно, и люди оценивают пространство по отношению к себе. Длина выбранного расстояния воспринимается по-разному в зависимости от личности человека, его роста, возраста и положения тела.

Для людей с опасными для жизни заболеваниями характерны различия в восприятии пространства, поскольку состояние анализаторов, особенно вестибуло-окулярного рефлекса, становится «притупленным» в ответ на нарушение работы основного органа или системы.

При угрожающих жизни состояниях важную роль играет травма головного мозга, особенно в нижней теменной и теменно-затылочной областях, что приводит к нарушению пространственной ориентации зрительного восприятия, как указывает Лурия А.Р.: «Именно в силу этого такие больные не могут четко воспринимать пространственные соотношения элементов сколько-нибудь сложной конструкции, не различают правую и левую стороны, плохо ориентируются в окружающем пространстве, не могут оценить положение стрелок на часах и т.д.» [9].

Заключение. Пациенты с опасными для жизни заболеваниями и пациенты, находящиеся в отделениях интенсивной терапии, часто испытывают нарушения в восприятии времени и пространства.

Искажения в восприятии времени и пространства связаны с нарушением нервно-мышечной передачи.

Такие сложные восприятия, как пространство и время, могут быть правильно поняты только через координацию аналитической системы человека и ее стабильных жизненных функций.

Литература / References:

1. Михальчи Е.В. К изучению особенностей восприятия времени и пространства у лиц с ОВЗ и инвалидностью // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие. 2016. №3.
2. Романова М. В. Общая психология: познавательные процессы // Пенза: Изд-во ПГУ. – 2019. – С. 42-44.
3. Михальский А. В. Михальский АВ Психология времени (хронопсихология): Учебное пособие.–Москва, МПГУ, 2016.–72 с.

4. Березина Т. Многомерная психика. Внутренний мир личности. – Litres, 2022.
5. Ананьев Б.Г. Пространственное различие. Л.: Изд. Ленинградского университета. 1955. 8 с.
6. Рогов Е.И. Общая психология: курсекций для первой ступени педагогического образования. М.: гуманит. изд. центр Владос. 2000. 230 с.
7. Ильинская Е.А. Эволюция психологического восприятия времени. // Академический вестник Института образования взрослых Российской академии образования. 2011. № 4. С. 144-148
8. Николаева Е.И. Психофизиология. Психологическая физиология с основами физиологической психологии. М.: ПЕРСО. 2008. 192с.
9. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии. М.: Academia. 2004. 236с.
10. Карпова Е.В. К вопросу о восприятии пространства. // Вестник Челябинского государственного университета: Философия. Социология. Культуро-логия. 2009. № 13. С. 34-36

**ФОРМИРОВАНИЕ ПРИВЕРЖЕННОСТИ КУЛЬТУРЕ
МЕЖЛИЧНОСТНОЙ КОММУНИКАЦИИ В УСЛОВИЯХ
ПРОЦЕССОВ ЦИФРОВИЗАЦИИ АКАДЕМИЧЕСКОЙ СРЕДЫ**

Гукина Л.В.

Кафедра иностранных языков

ФГБОУ «Кемеровский государственный медицинский университет»

Мигздрава России, Россия, г. Кемерово

Аннотация. В статье рассматриваются проблемы межличностной коммуникации обучающихся в условиях трансформационных процессов образовательной среды, в которой цифровая составляющая доминирует над контактной межличностной составляющей и делает живое общение зоной дискомфорта. Показана роль педагога гуманитарной дисциплины «иностраный язык» в формировании приверженности культуре межличностной коммуникации у обучающихся.

Ключевые слова: академическая среда, цифровизация, межличностная коммуникация, культура общения, неvirtуальное общение.

**MAINTAINING COMMITMENT TO THE CULTURE OF
INTERPERSONAL COMMUNICATION IN THE CONTEXT OF
ACADEMIC ENVIRONMENT DIGITALIZATION**

Gukina L.V.

*Department of Foreign Languages,
Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo*

Abstract. The article deals with the problems of interpersonal communication of university students in the conditions of transformational processes of the educational environment, in which the digital component dominates the contact interpersonal component and makes live communication a zone of discomfort. The role of the university teacher of the humanitarian discipline "foreign language" in maintaining commitment to the culture of interpersonal communication among university students is shown.

Keywords: academic environment, digitalization, interpersonal communication, communication culture, non-virtual communication.

Доступность к открытым ресурсам Интернета, создание междисциплинарной электронной площадки – ЭИОС вуза, сформировали виртуальную академическую среду обучения студентов. Одновременно с этим в образовательной среде цифровая составляющая приобрела тенденцию доминирования над контактной педагогической составляющей в учебном процессе. Роль преподавателя как помощника, которую ему отводили ранее в контексте активного применения информационно-коммуникационных технологий, сегодня сменилась на роль навигатора, что предполагает управление правильностью ориентирования обучающихся в базах данных [1, 5]. При этом практика продолжительного пребывания в электронной среде,

вызванная пандемией COVID-19, выявила востребованность у обучающихся контактной работы с преподавателями в аудитории.

Следует отметить, что при всех позитивных моментах формирующейся цифровой образовательной среды, все более актуальными становятся вопросы сохранения приверженности культуре не виртуального межличностного взаимодействия обучающихся, которая, на взгляд филологов, претерпела в последнее время значительные изменения. При обучении студентов иностранному языку наряду с формированием иноязычных коммуникативных навыков естественным образом задействуется воспитательный механизм обучения правилам межличностного общения, поведения в обществе, то есть этике вербального и невербального поведения. Особая роль отводится мастерству педагогов, способных через обучение профессионально ориентированной иноязычной коммуникации внести элементы культурно-нравственной составляющей в личностный рост будущего врача [2]. Практика преподавания дисциплины показывает, что есть достаточное количество нравственно-культурных проблем, на которые может повлиять преподаватель иностранных языков в процессе обучения студентов-медиков профессионально ориентированному общению. С развитием цифровизации в образовании со значительно ускоренными процессами получения информации и обработки данных оказалось, что обучающиеся вне виртуальной среды стали использовать «упрощенные» модели общения, игнорируя некоторые культурные вербальные и невербальные нормы.

Цель работы: изучить педагогический потенциал гуманитарной дисциплины «иностраный язык» в формировании у обучающихся приверженности культуре межличностной коммуникации в условиях цифровизации академической среды.

Материалы и методы исследования. Методом исследования в данной работе послужил анализ педагогического опыта на кафедре иностранных

языков КемГМУ, направленного на формирование у обучающихся приверженности культуре общения вне виртуальной среды.

Результаты и их обсуждение.

Коммуникация обучающихся в аудитории выявляет тенденцию к ведению укороченного диалога с использованием шаблонных разговорных фраз с элементами жаргонизмов. Также отмечено стремление избегать общения «лицом к лицу», «глаза в глаза», вместо которого студенты предпочитают отправить друг другу сообщение даже тогда, когда есть возможность непосредственного прямого общения друг с другом. Выясняется, что для общения мобильная или цифровая среда все больше становится для них зоной комфорта, а реальное несетевое общение не то чтобы причиняет существенные неудобства, но обнаруживает некоторый вербальный и невербальный дискомфорт. На практике это выражается в том, насколько в последнее время упростились формулы вежливости в начале и завершении диалогов у обучающихся по дисциплине «иностраный язык для профессиональной коммуникации» по сравнению с диалогами студентов, которые звучали три или четыре года назад. Сегодня уже можно говорить о тенденции снижения порога чувствительности к фразам вежливости у обучающихся. Как обычно, учебник и ведущий преподаватель предлагает целый набор необходимых форм вежливости, однако только единичные из них удостоиваются внимания студентов. В связи с этим от преподавателя требуется все больше усилий к мотивации их применения в речи обучающихся.

Обозначенная тенденция упрощения языка общения особенно проявляется при изучении темы «Meeting People». Оно выявляет проблемы коммуникации как на русском, так и на английском языках. И, конечно же, модели речевого поведения на русском языке являются первичными, они переносятся на иностранный язык и реализуются в нем. Отмечено, что обучающиеся не умеют правильно здороваться с людьми, не знают, как правильно обратиться к собеседнику, демонстрируют ограниченное владение

формулами вежливости. И это только несколько замечаний о вербальном уровне общения. Выясняется, что невербальный уровень коммуникации испытывает не меньше проблем. Не зная, что и как сказать даже на русском языке, в ситуации реального общения обучающиеся демонстрируют жесты и позы неловкости и полной неуверенности в своем поведении. Задача для многих из них оказывается очень непростой: для начала общения с компьютером нужно знать только пароль входа, а здесь столько условностей и правил, которые они либо утратили, либо вообще не знали. По-видимому, это является причиной неэтичного поведения отдельных студентов, когда вместо того, чтобы вежливо поздороваться с преподавателями в аудитории или вне ее, сотрудниками вуза, старшекурсниками или однокурсниками, они предпочитают отмолчаться или пройти мимо. Примечательно, что делают они так немотивированно, а в связи с отсутствием воспитанной или утраченной нормы. Для них самих «молчаливое отсутствие» в обществе не вызывает дискомфорта. Таковы реалии сегодняшнего дня, что в рамках аудиторного занятия по иностранному языку при формировании иноязычных норм и правил коммуникации необходимо сначала корректировать языковое поведение, и научить нормам вежливости на родном русском языке. Преподаватель иностранного языка прибегает к разным методикам, способствующим восприятию изучаемых языковых норм и формул как естественных и необходимых не только в профессионально ориентированном, но и в обычном повседневном общении в рамках вузовского сообщества.

На практике можно четко проследить этапы комфорта и дискомфорта, которые испытывают обучающиеся на практическом занятии по культуре общения. Этап работы с лексикой (Section 1 Vocabulary and Word Study) является для обучающихся зоной полного комфорта: учебник есть в смартфоне или планшете, идет привычная когнитивная деятельность с опорой на экранное чтение. Отмечается повышенный интерес к новой немедицинской лексике. Выполняется серия лексических заданий и упражнений на поиск

синонимичных форм, составление фразовых выражений с переводом на русский язык, выбор адекватных слов для конкретных предложений. Грамматика в этой теме менее акцентирована, присутствует в виде определения частей речи однокоренных слов из раздела новой лексики, и проходит в обычном формате. На этапе работы с опорным текстом «Culturally Speaking» (Section 2 Reading and Discussion) ситуация сдвигается в зону частичного дискомфорта, поскольку после привычной работы с текстом разными приемами (просмотровое, поисковое, ознакомительное чтение, перевод), обучающиеся должны оторвать свой взгляд, направленный в учебник, смартфон или планшет и посмотреть своему партнеру в глаза. Они должны вежливо обратиться друг к другу, задать вопросы, терпеливо выслушать, проявить толерантность к возможным ошибкам и паузам в речи партнера, высказать свое мнение по изучаемой теме, то есть выйти из зоны комфорта. Следует отметить, что некоторым это удастся с большим трудом, одни обучающиеся откровенно улыбаются, обнаруживая трудность в подборе слов, а другие просто замолкают. Отчасти им помогает опыт работы с текстом и участие в дискуссии по теме, приобретенный в базовом курсе по иностранному языку медицины.

Работа с разделом «Speaking» является зоной дискомфорта для большинства обучающихся. Им предлагаются задания сделать правильный выбор варианта обращения к людям по имени в разных ситуациях социального и делового общения: к однокурснику; директору учреждения; другу – ровеснику; лицу с ученой степенью; замужней / незамужней женщине; старшему по возрасту коллеге; публике/слушателям; незнакомцу; мужчине или женщине, чье имя говорящему не известно; преподавателю университета; ученому [4]. Преподавателю важно создать доброжелательную атмосферу и включить самих обучающихся в проведение параллелей языкового поведения в русском и иностранном языках, выявить общее и разное, и непременно акцентировать важные культурно-этические моменты [3]. Преподаватель время от времени возвращает обучающимся ощущение уверенности через задания

типа «Learn some expressions to introduce yourself and others», когда они вновь находят поддержку от общения с гаджетами, а затем вновь предлагает работу повышенной языковой и эмоциональной сложности (общение в малых и больших группах) в разных ситуациях живого общения: in an office (formal); at a conference (formal); at a meeting (formal); in a library (semi-formal); at an exhibition (semi-formal); at a dinner party (informal); at your university (informal); at your place (informal). В процессе этой работы у педагога есть возможность влиять на ситуацию, подводить обучающихся к пониманию необходимости внесения в свое повседневное поведение культурных языковых норм и правил, необходимых и достаточных для разных уровней неvirtуального общения. Хорошей школой живой межличностной коммуникации является проектная деятельность, к которой обращаются преподаватели, чтобы научить студентов заинтересованному общению и работе в команде [6]. На продвинутом этапе обучения таким инструментом становятся учебные и научно-практические конференции, на которых после успешной электронной презентации своего материала, обучающиеся учатся преодолевать сложности публичного общения в дискуссии [7]. При этом они сами осознают сложность межличностной коммуникации и стараются над ней работать. Данная практика активно применяется на кафедре иностранных языков, как для российских, так и для иностранных студентов, которые обучаются в билингвальной академической среде.

Заключение. В связи с трансформацией образовательной среды и тенденцией увеличения в ее структуре цифровой составляющей выявляются аспекты, требующие к себе особого внимания педагогов гуманитарных дисциплин. Актуальной становится роль педагога в сохранении психологического комфорта при межличностной коммуникации всех участников процесса обучения. Особое внимание преподавателя иностранных языков должно быть направлено на формирование у обучающихся

приверженности культуре межличностной коммуникации вне электронной среды.

Литература / References

1. Акимова, О. Б., Щербин М. Д. Цифровая трансформация образования: современность учебно-познавательной самостоятельности обучающихся / Инновационные проекты и программы образования. № 1. С. 27–34. – [Электронный ресурс] – Режим доступа URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=32574155>

2. Гукина, Л. В. Воспитательный потенциал практических занятий по иностранному языку. / Л.В. Гукина, Л.В. Личная // Современные проблемы воспитательного процесса в медицинском вузе: материалы IV региональной научно-практической конференции. - Кемерово: КемГМА, 2016. - С. 38-43.

3. Гукина Л. В. Воспитательный аспект диалогического общения студентов-медиков на занятиях по иностранному языку. // Современные проблемы воспитательного процесса в медицинском вузе: материалы V Региональной научно-практической конференции. - Кемерово: КемГМУ, 2017. - С. 32-35.

4. Гукина, Л. В. Воспитательный аспект ситуационно заданного профессионально ориентированного общения на занятиях по иностранному языку / Л. В. Гукина, Л. В. Личная // Современные проблемы воспитательного процесса в медицинском вузе: материалы VI Межрегиональной научно-практической конференции. - Кемерово: КемГМУ, 2018. - С. 27-30.

5. Гукина, Л. В. Применение информационно-коммуникативных технологий в самостоятельной работе обучающихся для формирования навыков иноязычного общения. / Л. В. Гукина, Т. С. Габидуллина, И. А. Хонина // Технологии организации самостоятельной работы обучающихся: материалы VIII Межрегиональной научно-методической конференции. – Кемерово: КемГМУ, 2016. – С. 44–47.

6. Гукина, Л. В. Проектная работа на занятиях по иностранному языку

как воспитательная среда для формирования профессионально-личностной культуры студентов-медиков. / Л. В. Гукина, Л. В. Личная // Современные проблемы воспитательного процесса в медицинском вузе: материалы V Региональной научно-практической конференции. – Кемерово: КемГМУ, 2017. – С. 35–38.

7. Начева, Л. В., Гукина, Л. В., Бибик, О. И., Маниковская, Н. С., Медведева, Е. В. Учебная конференция как современная форма образовательного процесса в медицинском вузе при билингвальной системе обучения / Л. В. Начева, Л. В. Гукина, О. И. Бибик, Н. С. Маниковская, Е. В. Медведева**// Качественное профессиональное образование: современные проблемы и пути решения : материалы XII Межрегиональной научно-методической конференции (Кемерово, 23 декабря 2020 г.) / ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России. – Кемерово: КемГМУ, 2020. – С. 142–149.

ТЕТРАДА СМЫСЛА В ЛОГОТЕРАПИИ В. ФРАНКЛА

Израэль (Владимир Модестович) Дацковский, Ph.D.,

Кабинет клинической психологии и патопсихологии,

Израиль, г. Бейт Шемеш

Аннотация. Рассмотрены возможные варианты жизненного пути человека и сделан вывод о наиболее правильном для большинства людей пути жизни. Рассмотрена роль напряжения жизни. Показано, что основой осмысленной жизни человека по-прежнему являются глобальные цели и глобальные смыслы, являющиеся движением по пути приближения к цели. Предложена тетрада осуществления смысла жизни и указано о необходимости одновременной активности во всех четырех аспектах этой тетрады.

Ключевые слова: логотерапия, смысл жизни, тип жизни, цели жизни, тетрада смысла.

TETRAD OF MEANING IN V. FRANKL'S LOGOTHERAPY

Israel Datskovsky. Ph.D.,

Clinical Psychology and Pathophysiology Office

Beit Shemesh, State of Israel

Abstract. Possible variants of a person's life path are considered and a conclusion is made about the most correct way of life for most people. The role of life stress is considered. It is shown that the basis of a person's meaningful life is still global goals and global meanings, which are movements on the way to the goal. The tetrad is proposed to implement the meaning of life and it is indicated about the necessity of simultaneous activity in all four aspects of this tetrad.

Keywords: logotherapy, meaning of life, type of life, goals of life, tetrad of meaning

Введение. Итак, после разбора в двух докладах на кемеровских конференциях религиозных взглядов В. Франкла и необходимого изменения столпов основания логотерапии [2020 и 2021 гг.] на поверхности обсуждения остался вопрос – какой тип жизни является наиболее «правильным», оптимальным для большинства людей.

Кроме рассмотрения этого вопроса мы в нашем несогласии с В. Франклом о необходимости находить многие частные смыслы во многих частных жизненных ситуациях, утверждаем необходимость понимать и исполнять гораздо более глобальные и долгосрочные смыслы как пути достижения поставленных целей как в пределах жизни в этом мире, так и за пределами этой жизни. Особо отмечен не очень привычный в современном обществе подход о существенном приоритете ценностей усилий по достижению целей над собственно результатом достижения цели.

Рассмотрена авторская тетрада смысла в пределах наиболее правильного, по нашему мнению, жизненного пути типа «жизнь по правилам». Отмечена

обязательная необходимость действовать, искать свой путь одновременно во всех четырех составных частях тетрады.

1. Поиск правильного типа жизни

По мнению В. Н. Дружинина, «Франкл признает «здоровым», «нормальным» лишь один «вариант жизни», а именно – «жизнь-служение». ... « [1, глава «Обзор, необходимый в любой монографии»]. Вроде бы для такого утверждения имеются основания в текстах самого В. Франкла. В частности, он сам пишет: «Жизнь есть задача. Религиозный человек отличается, по-видимому, от нерелигиозного переживанием своего существования не просто как задачи, но как миссии. Это означает, что он осознает того, от кого исходит задача, что ему известен источник его миссии. Тысячи лет этот источник назывался Б-гом» [2, с. 15–16]. Однако, жизнь – служение встречается и в нерелигиозном мире – служение высокой науке, большому искусству, или, что явно на ступеньку ниже, идее, работе, партии или даже кумиру. Однако, такое даже искреннее служение, в отличие от первого типа служения, во-первых, как правило, ограничено во времени, и, во-вторых, все-таки является уделом относительно небольшого числа людей.

Сам В. Н. Дружинин в [1] именно этот вариант жизни, жизни-служения не рассматривает. Но франкловская постановка вопроса о жизни – служении совершенно не противоречит дружининской жизни по правилам, если правильно выбрано окружение, создавшее эти правила и живущее по ним. В таком «своем» окружении хорошо жить, если не возникают серьезные противоречия с такой жизнью, но при возникновении противоречий и желании поменять социум, оставить предыдущий и войти в новый является очень тяжелой задачей в обеих ее составляющих (как выход из предыдущего социума, так и вход в новое окружение).

«Жизнь, подчиненная правилу, регламенту, ритуалу, внешнему сценарию, чрезвычайно удобна: не нужно строить планы и думать о своих перспективах или сомневаться. Человек избавлен от бремени выбора: в каждой ситуации он

знает, как поступать, а если не знает, то ему подскажут знающие и авторитетные люди... Существование человека максимально упрощается, поскольку требуется немного, а именно – знать о существовании правил, заучить правила и безукоризненно их исполнять» [1, глава «Жизнь по правилам»]. В. Франкл такую жизнь называет конформизмом и считает ее отрицательной моделью наравне с тоталитаризмом. Однако, если такое общество видит свою цель в служении, то и отдельному человеку в таком обществе легко построить свою жизнь как жизнь – миссию. Добавим, что при внешнем следовании группе человек достаточно свободен во внутренней жизни, которая становится подлинной для человека, которой он предан и которую он творит сам: «Лишь жить в себе самом умей, есть целый мир в душе твоей» (Ф. И. Тютчев), «В душе своей я создал мир иной и образов иных существовань» (М. Ю. Лермонтов).

А вот что пишет В. В. Козлов о смысле жизни большинства: Обычный человек «... не создает своих смыслов, а присоединяется к существующим в социальном организме [или вырастает в среде однородной по исповедуемому смыслу, например, в религиозной среде] ... « [3, 2017, с. 55].

2. Напряжение в жизни

В. Франкл пишет: «Быть человеком ... означает быть перед лицом смысла, который необходимо осуществить ... Это означает жить в поле напряжения, созданном с одной стороны реальностью, а с другой – идеалами» [4, с. 48].

Заметим, что для создания в своей жизни положительного, занимающего все время (по крайней мере, свободное время) напряжения обязательно нужны рамки этого напряжения, которые мы сами себе создаем (иногда они приходят извне), а дальше эти рамки не дают нам их оставить, вернуться или к пассивности, быстро перерастающей в невроз, депрессию, бессилие или, что еще хуже в привязанности (аддикции) к наркотикам, алкоголю, телевизору.

Необходимо или находиться в группе единомышленников, и тогда возникает обязанность продолжать совместное дело, или ставить перед собой реальные, достижимые цели, которые наполнят жизнь. И лишь иногда рамки могут быть индивидуальными, например, рамки академической учебы. Высокая (для данного человека) цель (например, написать книгу) может создавать прочные, устойчивые рамки для индивидуальной цели. Отличное поле напряжения создает углубленные занятия наукой или искусством, даже если эти занятия являются работой за деньги – такую голову не удастся выключить с окончанием рабочего дня, да еще нужно столько прочитать по теме...

Одной из мощных, устойчивых рамок является непрерывная учеба. Приведем слова Генри Форда: «Каждый, кто перестает учиться — стареет, не важно в 20 или 80 лет, а любой другой, кто продолжает учиться остается молодым. Самое главное в жизни – это сохранить мозг молодым».

3. Поиск цели и смысла жизни

Здесь мы очень конспективно изложим стержень нашего взгляда на этот бесконечно сложный вопрос.

а) Целью жизни является достижение в течение нашей материальной жизни максимально высокого возможного для нас духовного уровня, чтобы вернувшись из командировки (из нашего мира, прожив в нем жизнь отведенной Тв-рцом продолжительности в созданных Им для нас условиях) домой (в мир душ, который и является нашим истинным домом) занять там наиболее высокую из возможных для нас ступень понимания и наслаждения светом Тв-рца.

б) Смыслом жизни является непрерывная и настойчивая работа по нашему приближению к цели жизни.

с) Для наполнения жизни высоким смыслом Тв-рец дал нам две свои книги (заведомо непротиворечивые, так как они обе созданы одним Всезнающим Автором). Одна их них – наш мир вокруг нас включая нас самих в этом мире (который Тв-рец в своей бесконечной милости к нам сделал

познаваемым нами, что совсем не очевидно) – в нашей книге «Орбиты Израиля» мы этот аспект называем «сделал». Вторая – Тора (Библия) во всей ее полноте, включая все написанное после собственно дарования текста Пятикнижия. В нашей книге «Орбиты Израиля» мы этот аспект называем «сказал».

d) Для наполнения жизни высоким смыслом Тв-рец потребовал от нас два направления нашей деятельности в этом мире. С одной стороны, непрерывное познание его мудрости, заложенной в обе данные Им нам Его книги (то есть требование не только изучать Тору (Библию и иные святыя тексты), но и изучать Его мудрость, заложенную в наш мир (науки естественно-научного цикла) как важнейшую часть нашего движения по жизни). С другой стороны – работать над изменением, улучшением, усовершенствованием материального мира и над улучшением жизни людей в нем (выполнять работу, которую Тв-рец создал специально для ее выполнения нами).

e) Инструментом выполнения этой задачи, кроме самого изучения, познания Его мудрости, нам предложена тетрада смысла, задающая нам частные направления нашей деятельности в мире для приближения к глобальной цели нашей индивидуальной жизни. И все, что мы делаем в мире (учимся, женимся, воспитываем детей, работаем не только для заработка, а, главное, для изменения Его мира) являются инструментами нашего личного совершенствования, нашего личного подъема, нашего приближения к цели жизни.

4. Тетрада смысла

Мы предложили тетраду наполнения жизни смыслом. Мы постарались выделить несколько аспектов смысла жизни, *каждый из которых является необходимым и лишь все вместе они являются достаточными*. Порядок перечисления большой роли не играет именно потому, что только сумма аспектов, одновременное следование всем перечисленным аспектам является необходимым и достаточным как для наполнения жизни высоким смыслом, так

и для максимального приближения к цели жизни. И это положение – принципиально. Человек привык выбирать направления деятельности, более близкие его интересам, желаниям, приносящие удовлетворение и удовольствие. Однако в рассматриваемом случае, хотя в каждом из аспектов можно выбирать подходящие и желаемые для каждого человека направления действия из бесчисленного множества дел, проектов, тропинок действия, содержащихся в каждом аспекте, но совершенно необходимо действовать одновременно внутри всех аспектов, так как, повторим, только все они вместе являются необходимыми и достаточными.

Итак, перечислим аспекты, в сумме и только в сумме дарующие истинную человеческую свободу и обеспечивающие наполнение жизни смыслом:

А. Путь в реальной материальной жизни. Семья и забота о ней всеми силами, работа, как для заработка, так и как исполнение человеческой функции в мире – как записано в книге Иова (5:7): «Человек для трудов рожден» - (преобразование мира или активное участие в его делах для подъема собственной души – да, да, главной задачей и смыслом человека является именно он сам), хорошие, честные и доброжелательные отношения с окружающими людьми.

В. Добрые дела, помощь людям, в том числе не входящим в ближайшее или родственное окружение. Широчайшая область, в которой каждый может найти дело по душе, в соответствии со своими склонностями, интересами, имеющимися силами и временем.

С. Познание окружающего нас мира и самих себя на всех возможных путях. Комплексное постоянное и непрерывное изучение как религиозных смыслов мира, человека и его поведения в мире, так и наук об устройстве и функционировании окружающего нас материального мира и творений в мире. Непрерывная пожизненная учеба отнюдь не только для углубления знаний в избранной специальности. Многие виды учебы не обязательно должны

выводить человека на уровень специалиста в той или иной области, что позволяет на определенном уровне изучать многие разделы науки.

Д. Служение, исполнение глобальной миссии жизни. Не будем приводить здесь многочисленные доказательства, что именно религиозность является базой морали. Философам до сих пор не удалось найти какие-либо обязывающие или объективные причины быть моральным человеком кроме религии – своей для каждого народа или группы народов. Эта работа проявляется как самостоятельно (исполнение «религиозных» заповедей, включая заповедь молитвы), так и сильно встроена в остальные три вида необходимых и достаточных аспектов, создавая в них прочный каркас смысла.

В. Франкл все время старается отмежеваться от религии в работе психотерапевта, но «в содержательных формулировках [Франкла] невозможно не заметить, что тайное послание франкловской логотерапии, которая особенно импонирует религиозным людям или религиозной стороне в человеке, заключается в том, чтобы найти смысл человеческой жизни в сознании подобия Б-гу» [5, с. 152].

Последними в списке мы поставили самые сложные для понимания, неочевидные аспекты свободы. Их сложность заключается именно в их комплексности и непрерывности. И трудности выделения для них времени в нашей нервной, до краев заполненной жизни.

Отдельно следует заметить, что человеку в период еще наличия его сил и при перспективе еще долго оставаться в этом мире (хотя мы не знаем, что произойдет с миром и с нами еще сегодня) весьма свойственно изучать мир, человека в нем и свое место в этом мире. Однако в конце жизни человек начинает больше интересоваться как своим будущим, так и общим управлением мира, его смыслом (наука отвечает на вопросы «как? Почему?», а религия занимается вопросом «зачем?», то есть эти две области являются взаимодополняющими друг друга). Тогда, в третьей трети жизни для человека более естественным оказывается познание именно религиозных смыслов мира.

Но эта тема практически закрыта для светских и агностиков. Именно они часто к старости остаются наедине с безнадежностью и болью, испытывают тяжелые кризисы (кризис середины жизни, кризис прекращения трудовой деятельности и пр.).

Повторим, что именно нахождение своих, близких человеку занятий и занятий в *каждом* элементе приведенной тетрады является хорошей гарантией полноты и осмысленности жизни. Но нужно помнить, что в терминальной стадии жизни нам останутся только Познание и Служение.

5. Заключение.

Итак, мы рассмотрели различные вопросы построения жизни, выбора правильно пути в ней, наполнение жизни смыслом через постановку глобальных целей и необходимость широкого рассмотрения альтернатив жизненного пути и альтернатив выбора целей. Мы показали, что смыслы жизни являются подчиненными целям жизни, неважно, эти цели являются более или менее глобальными по отношению ко всей жизни человека. Основными выводами из доклада можно считать:

- Для большинства наиболее подходящим путем жизни является «жизнь по правилам» в терминах В. Н. Дружинина, внутри которой человек ощущает и реализует миссию.
- Необходимо ставить достаточно долгосрочные цели в жизни (выходящие или даже не выходящие за пределы жизни человека в нашем материальном мире) и находить смыслы жизни, осуществлять их именно как шаги по достижению поставленных целей.
- Провозглашен приоритет усилий по достижению целей, результатов деятельности над самими результатами или фактами недостижения (или частичного достижения) поставленных целей, к которым человек стремится.

- Основным механизмом поддержания активности (и, в конечном счете, телесного здоровья) и осмысленности жизни, отличной профилактикой депрессий и неврозов является создание и поддержание напряжения в жизни.

- Для поддержания здорового, не разрушающего человека напряжения при максимальном наполнении жизни высоким смыслом необходимо действовать одновременно во всех четырех аспектах предложенной авторской тетрады смысла.

Данный доклад является завершающим в серии из трех наших докладов об учении Виктора Франкла. Особой задачей этой серии была некоторая коррекция базовых столпов логотерапии, которая, в отличие от оригинальной франкловской триады, по нашему мнению, должна выглядеть следующим образом:

- Свобода выбора
- Цели жизни
- Смыслы жизни.

Литература / References:

1. Дружинин В. Н. Варианты жизни. Очерки экзистенциальной психологии. СПб.: «Питер», 2010. - 156 с.
2. Франкл В. Основы логотерапии. Психотерапия и религия. СПб.: Речь, 2000. 286 с.
3. Козлов В. В. Психология творчества: свет, сумерки и темная ночь души. – М.: Институт консультирования и системных решений, 2017, 184 с.
4. Франкл В. Воля к смыслу. М., Изд-во ИОИ, 2015, 144 с.
5. Лэнгле А. Виктор Франкл. Портрет. М.: Российская политическая энциклопедия (РОССПЭН): Институт экзистенциально-аналитической психологии и психотерапии, 2011. – 247 с.

**ОПЫТ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ
НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ И ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ
РАССТРОЙСТВ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ КУЗБАССА**

Дубская Ю.В., Лопатин А.А.

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

Аннотация. В статье отражена практика взаимодействия специалистов наркологической службы и врачей терапевтов медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, в части выявления при проведении диспансеризации и профилактических медицинских осмотров лиц с признаками наркологических расстройств и с наркологическими расстройствами.

Ключевые слова: профилактика, злоупотребление алкоголем, диспансеризация, профилактические медицинские осмотры, первичное звено здравоохранения, наркологическая служба, профилактическое консультирование.

**EXPERIENCE OF INTERACTION OF SPECIALISTS
NARCOLOGICAL SERVICE AND PRIMARY HEALTHCARE LINK ON
PREVENTION OF NARCOLOGICAL DISORDERS AMONG
THE POPULATION OF KUZBASS**

Dubskaya Yu.V., A.A. Lopatin A.A.

*Professor N.P. Kokorina Kuzbass Clinical Narcological Dispensary
Russia, Kemerovo*

Abstract. The article reflects the practice of interaction between specialists of the narcological service and physicians of therapists of medical organizations providing primary health care, in terms of identifying persons with signs of drug addiction disorders and drug addiction disorders during clinical examination and preventive medical examinations.

Keywords: prevention, alcohol abuse, medical examination, preventive medical examinations, primary health care, drug treatment services, preventive counseling.

Сохранение здоровья населения, увеличение продолжительности активной жизни и снижение смертности, в особенности трудоспособного населения, являются приоритетными задачами государственной социальной политики Российской Федерации, где злоупотребление алкоголем приводит к смерти около 500 000 человек в год. Каждая четвертая смерть прямо или косвенно связана с употреблением алкоголя. Речь идет о болезнях системы кровообращения, в первую очередь ишемической болезни сердца и цереброваскулярных заболеваниях, злокачественных новообразованиях, сахарном диабете, хронические болезни легких и туберкулез. Значительный ущерб наносится не только физическому, но психическому здоровью населения, социальной сфере его жизни [1, 2].

В Кемеровской области за период с 2016 по 2019 годы отмечается сокращение числа регистрируемых государственными наркологическими организациями пациентов с диагнозом: «Синдром зависимости от алкоголя» на 14,5% (с 75,2 до 64,3 на 10 000 населения). Так же уменьшилось число пациентов с диагнозом: «Пагубное (с вредными последствиями) употребление алкоголя» на 16,4 % (с 35,3 до 29,5 на 10 000 населения) [3].

Следует отметить, что значительная часть пациентов с алкогольной зависимостью не обращается за специализированной наркологической помощью в государственные медицинские организации в виду стигматизации наркологической службы и имеющейся у лиц с наркологическими расстройствами анозогнозии, а также недооценки своего состояния. Так, общий уровень первичной обращаемости за наркологической медицинской помощью в 2019 году в расчете на 100 тыс. населения снизился на 16%, в сравнении с предыдущим годом [4].

В официальной статистике не учитываются данные обращений граждан Кузбасса в частные наркологические организации, а также лица с алкогольной зависимостью, вовсе не обратившиеся за наркологической помощью. Несвоевременное обращение лиц с риском наркологических расстройств и лиц с наркологическими расстройствами, приводит к ухудшению течения заболевания и снижению эффективности назначаемого лечения.

Поскольку часть хронических заболеваний на ранних стадиях протекают бессимптомно или же без выраженной симптоматики, то раннее выявление проявлений заболеваний, в том числе посредством осмотра, скрининга, лабораторной диагностики, или риски их развития помогает выявить диспансеризация определенных групп взрослого населения и профилактические медицинские осмотры [5]. Выявление риска пагубного потребления алкоголя, как одного из основных факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний обеспечивается путем заполнения анкеты для граждан в возрасте до 65 лет на выявление хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития, потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача. При положительном результате теста пациенту проводится углубленное профилактическое консультирование и рекомендуется в отделении (кабинете) медицинской профилактики заполнить опросник AUDIT для более детальной оценки риска, связанного с употреблением алкоголя. При выявлении по результатам углубленного анкетирования степени риска, соответствующей возможной алкогольной зависимости, врач отделения (кабинета) медицинской профилактики проводит мотивационное консультирование с целью убедить пациента в необходимости специализированной наркологической помощи, направляет пациента на консультацию к врачу психиатру-наркологу.

С 23 ноября 2017 года в Кузбассе осуществляются мероприятия «дорожной карты» по организации профилактики психических и поведенческих расстройств, связанных с употреблением алкоголя,

наркотических средств и психотропных веществ, реализуемых медицинскими организациями Кемеровской области. Целью «дорожной карты» является снижение неблагоприятных последствий употребления психоактивных веществ среди населения области за счет совершенствования взаимодействия наркологической службы и сектора первичной медико-санитарной помощи при выявлении лиц с пагубным употреблением алкоголя, наркотических средств и психотропных веществ в ходе диспансеризации, профилактических медицинских осмотрах и амбулаторном приеме, а также информирование населения Кемеровской области о факторах риска и последствиях употребления психоактивных веществ и формирования у них трезвого образа жизни.

Несмотря на то, что специалистами первичного звена велась работа по выявлению лиц с риском наркологических расстройств в ходе диспансеризации, профилактических медицинских осмотров, амбулаторных приемов по поводу соматического заболевания, процент обратившихся из этого числа на консультацию лица к врачу психиатру-наркологу был низкий. Это объяснялось не только опасением пациентов быть ограниченным в правах из-за обращения за специализированной медицинской помощью, но и тем, что пациенты, обращаясь в первичное звено по поводу соматического заболевания или прохождения медицинского осмотра, считали себя «условно здоровыми» и не были должным образом мотивированы врачами ввиду дефицита времени на приемах и низкой кадровой обеспеченности врачами.

Для оценки эффективности проводимых мероприятий «дорожной карты» были утверждены целевые показатели (индикаторы). Одним из основных индикаторов является процент лиц с пагубным потреблением алкоголя и потреблением наркотических средств и психотропных веществ, выявленных специалистами первичной медико-санитарной сети, в общем числе лиц, прошедших I этап диспансеризации. По этапам реализации были установлены значения этих показателей: в 2017 году – 0,9%. В 2018 – 1,0%. В 2019 – 1,1%. В

2020 – 1,2 %. Фактическое выполнение показателей составило в 2017 году (по итогам IV квартала) – 0,71, в 2018 – 1,27, а в 2019 – 1,08.

Еще одним показателем «дорожной карты» является процент лиц, прошедших консультирование у врача психиатра-нарколога, в общем числе лиц с пагубным потреблением алкоголя и потреблением наркотических средств и психотропных веществ, направленных по результатам индивидуального профилактического консультирования на II этапе диспансеризации для получения специализированной наркологической помощи. Так, в 2019 году в Кемеровской области из 4499 человек с риском наркологических расстройств, выявленных специалистами первичного звена в ходе диспансеризации, было проконсультировано 722 человека, что составило 16,04% от числа выявленных. Количество охваченных консультациями специалистами наркологической службы Кузбасса лиц, выявленных в ходе амбулаторных приемов и в условиях многопрофильных стационаров, составило 616 человек.

По итогам проводимых главным областным специалистом психиатром-наркологом Министерства здравоохранения Кузбасса аудитов в ряде медицинских организаций области были выявлены следующие нарушения и замечания:

1) не организовано внутриведомственное взаимодействие между сотрудниками первичного звена здравоохранения и специалистами наркологической службы – отсутствует преемственность при оказании медицинской помощи для обеспечения эффективной профилактики расстройств, связанных с употреблением алкоголя, наркотических средств и психотропных веществ.

2) при проведении диспансеризации не осуществляется контроль заполнения пациентами всех разделов в анкете для граждан в возрасте до 75 лет на выявление хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития, потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача.

3) при выявлении риска пагубного употребления алкоголя не проводится дальнейшее обследование пациента путем заполнения специального опросника «AUDIT» для детальной оценки риска, связанного с употреблением алкоголя, тем самым лица с риском развития наркологических расстройств не охватываются дополнительным обследованием и остаются без необходимой и, что немаловажно, своевременной специализированной помощи.

Этим во многом и объясняется невыполнение целевых показателей (индикаторов), предусмотренных мероприятиями «дорожной карты».

Сложностями реализации мероприятий «дорожной карты» и риски недостижения целевых показателей являлись незаинтересованное (формальное) отношение специалистов сектора первичной медико-санитарной помощи региона, отсутствие у них мотивации к выполнению данной работы, дефицит и значительная «текучесть» кадров медицинских сотрудников первичного звена здравоохранения области, анозогнозия и страх стигматизации у лиц с риском пагубного потребления алкоголя и риском потребления наркотических средств и психотропных веществ.

Помимо этого, из-за риска распространения коронавирусной инфекции, соответствующим приказом Министерства здравоохранения Кузбасса с 23.03.2020 до 27.07.2020 было временно приостановлено проведение профилактических медицинских осмотров, диспансеризации взрослого и детского населения, что существенно отразилось на снижении количества выявленных лиц с риском наркологических расстройств в первичном звене здравоохранения и пациентов, охваченных специализированной наркологической помощью на базе государственных медицинских организаций Кузбасса.

Заключение. Необходимо продолжить осуществление контроля деятельности государственных медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, в части обеспечения выявления у пациентов в рамках диспансеризации и профилактических осмотров факторов

риска развития пагубного употребления алкоголя, употребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача согласно целевым индикаторам «дорожной карты» и продолжить работу по повышению квалификации медицинских сотрудников по вопросам профилактики наркологических расстройств путем проведения обучающих семинаров, укрепления внутриведомственного взаимодействия между специалистами первичного звена здравоохранения и наркологической службой. Также необходимо при обоюдном понимании важности проводимой работы, своевременной маршрутизации пациентов с риском наркологических расстройств и лиц с наркологическими расстройствами, доступности оказания наркологической помощи населению, обеспечить контроль со стороны администрации государственных медицинских организаций за качеством взаимодействия врачей психиатров-наркологов и участковых терапевтов и врачей-специалистов в части выполнения задач представителей служб по профилактике наркологических расстройств. Дальнейшее развитие внутриведомственного взаимодействия и развитие медицинской помощи лицам с риском развития наркологических расстройств в первичной медицинской сети имеет большой профилактический потенциал, помогающий предотвратить формирование зависимости от психоактивных веществ.

Литература / References

1. Доклад Общественной Палаты Российской Федерации «Злоупотребление алкоголем в Российской Федерации: социально-экономические последствия и меры противодействия// М., 2009. [Электронный ресурс]. - URL: <https://www.oprf.ru/files/dokladalko.pdf> (дата обращения 07.08.2022)
2. Немцов, А.В., Терехин, А.Т. Размеры и диагностический состав алкогольной смертности в России// Наркология. -2007.- № 12.- С.56-62.

3. Сборник основных показателей деятельности наркологической службы в Кемеровской области, 2016-2019. [Электронный ресурс].-URL: <https://42.мвд.рф/document/10684707>. (дата обращения 07.08.2020)

4. Доклад о наркоситуации в Кемеровской области-Кузбассе за 2019 год. [Электронный ресурс]. URL: http://ecokem.ru/wp-content/uploads/2020/02/doclad_2019.pdf (дата обращения 07.08.2022)

5. Пьянзова, Т. В. Мероприятия по повышению приверженности лечению больных туберкулезом в Российской Федерации / Т. В. Пьянзова, Н. Н. Вежнина // Медицина в Кузбассе. – 2014. – Т. 13. – № 3. – С. 5-10.

**ПРАКТИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНОГО
МЕТОДА В ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ РАБОТЕ
С ПАЦИЕНТАМИ НАРКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ
НА ОСНОВНЫХ ЭТАПАХ
ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПРОЦЕССА**

Дубчак Ю.В.¹, Бородин А.В.¹, Лопатин А.А.^{1,2}, Вострых Д.В.¹

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

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

Аннотация. В статье отражен опыт применения экзистенциального метода психотерапии в реабилитации пациентов с наркологическими расстройствами в условиях отделения медицинской реабилитации.

Ключевые слова: психотерапия, реабилитация, наркологические расстройства.

**PRACTICAL APPLICATION OF THE EXISTENTIAL METHOD
IN PSYCHOTHERAPEUTIC WORK WITH NARCOLOGICAL PATIENTS
AT THE MAIN STAGES TREATMENT
AND REHABILITATION PROCESS**

Dubchak Yu.V.¹, Borodin A.V.¹, Lopatin A.A.^{1,2}, Vostrikh D.V.¹

*Professor N.P. Kokorina Kuzbass Clinical Narcological Dispensary,
Russia, Kemerovo*

Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo

Abstract. The article reflects the experience of using the existential method of psychotherapy in the rehabilitation of patients with narcological disorders in the conditions of the department of medical rehabilitation.

Keywords: psychotherapy, rehabilitation, narcological disorders

Введение. Отделение медицинской реабилитации для лиц с наркологическими расстройствами является одним из структурных подразделений наркологического диспансера г. Кемерово и осуществляет медицинскую реабилитацию пациентов наркологического профиля. Сотрудниками отделения разработана, апробирована и внедрена в практику лечебно-реабилитационная программа «Фламинго», которая успешно применяется в условиях стационара и на амбулаторном этапе. Методология лечения пациентов базируется на положениях приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30.12.2015 № 1034н и «Клинических рекомендаций по медицинской реабилитации больных наркологического профиля» (Москва, 2015 г.).

Целью программы является восстановление нормативного, личностного и социального статуса пациента, который помогает ему полноценно интегрироваться и адаптироваться в обществе. Одним из главных принципов программы является комплексный подход к лечению пациентов с наркологическими расстройствами. Он осуществляется через организацию эффективного сочетания разнообразных методов и подходов, таких как,

фармакотерапия, психотерапия, «12-шаговая» программа, арт-терапия, спорт-терапия, иппо-терапия, трудотерапия, повышение образовательного уровня, помощь в трудоустройстве.

Целью настоящего исследования является оценка эффективности применения экзистенциального метода психотерапии в реабилитации пациентов с наркологическими расстройствами в условиях отделения медицинской реабилитации.

Материалы и методы. Одним из методов воздействия на пациента через его психическую деятельность является психотерапевтическое, а именно экзистенциальная терапия, предложенная И. Яломом и В. Франклом, которые полагали, что «экзистенциальная терапия решает следующие задачи:

1. стать честным по отношению к себе;
2. расширить свое видение личных перспектив и окружающего мира в целом;
3. прояснить, что придает смысл настоящей и будущей жизни.

Ключевым понятием экзистенциальной терапии служат: самосознание, самоопределение и ответственность, одиночество и взаимосвязь с другими, поиск аутентичности и смысла, экзистенциальная тревога, смерть и небытие [1]».

Экзистенциальная терапия для пациентов с наркологическими расстройствами на основных этапах реабилитации, по нашему мнению, является наиболее эффективным методом лечения, который позволяет пациенту перейти от переживания утраты наркотиков и алкоголя (в процессе которой у пациента формируется ощущение бессмысленности жизни, чувство пустоты, «экзистенциальный вакуум» (В. Франкл «Патология духа времени, 1955), страданий и отчаяния к восстановлению самоконтроля и комфорта в трезвой жизни.

Методы экзистенциальной психотерапии специалистами отделения применяются уже на этапе мотивации, на котором пациент получает

информацию о том, что зависимость является смертельно опасным заболеванием. Наибольший психотерапевтический эффект создается в групповой тренинговой работе, целью которой является помочь пациенту осознать последствия употребления наркотических средств и алкоголя, серьезность заболевания, неизбежность ранней смерти в случае продолжения употребления наркотических средств и алкоголя и отказа от длительного лечения на этапе реабилитации.

Например, каждому из участников предлагается выбрать смертельные ситуации, которые могут произойти в результате употребления психоактивных веществ. Затем любой желающий может проиграть случайно выпавшую карточку с указанным вариантом смертельного исхода. Тренинг заканчивается общим обсуждением, на котором ведущий задает вопросы: «Что ты почувствовал, когда выпала именно эта карточка?», «Что ты почувствовал, когда показывал свою смерть?», «Как ты считаешь, можешь ли ты действительно так умереть?».

Так же пациентам в процессе реабилитации предлагается чтение художественной литературы, где поднимаются экзистенциальные вопросы, вопрос жизни и смерти, куда мы идем, что является основой нашего существования, что оправдывает наши действия, например, произведения, Эрик-Эмманюэль Шмитт («Оскар и розовая дама»), В. Франкл («Психолог в концлагере»), Дженет Дж. Войтиц («Взрослые дети алкоголиков»), Е. Водолазкин («Лавр»), «Большая книга Анонимных Алкоголиков».

В процессе чтения пациент переживает сходные трудности с героями книг, получает разностороннее представление о себе, других людях и о мире в целом. После прочтения книги психотерапевт задает ему ряд вопросов, тем самым оказывая влияние на его психическую активность, которая стимулирует нормальные психические и физиологические процессы, подавляя патологические и способствуя исчезновению психотравмирующих переживаний.

На базовом этапе проводится более глубокая работа с состоянием потери смысла жизни пациентом, принявшим необходимость полного отказа от употребления наркотических средств и алкоголя. Психотерапевтом отделения формируется понимание уникальности и неповторимости собственной личности и осознание пациентом своей ответственности за собственное выздоровление. Занятия проводятся индивидуально и в группе. Пациенту предлагается вообразить, что он пересматривает собственную биографию на закате дней и подходит к главе, посвященной настоящему этапу своей жизни, в котором, обладая сверхъестественной властью, он может решать, каким будет содержание его следующей главы. Таким образом, пациент должен представить, что в его силах внести исправления в важнейшую главу своего внутреннего жизнеописания.

Пациенту дается возможность побыть наедине со своими мыслями о конечности бытия, смертельном исходе своего зависимого поведения, о необратимости болезненных последствий (потеря семьи, судимость, ВИЧ-инфекция, вирусные гепатиты и пр.). Тренинг усиливается частичной сенсорной депреацией пациента, включением драматической музыки; другие пациенты в роли «заместителей» родителей и значимых других родственников «осуществляют церемонию прощания». Затем пациент переводится в отдельную палату, где он проводит самоанализ, описывая свои чувства, мысли и действия в отношении пережитого опыта на тренинговой работе. Возвращение в группу осуществляется через положительное подкрепление пациентом своего желания жить и выздоравливать.

Таким образом, пациент испытывает новые чувства в момент их возникновения, что помогает ему использовать их для формирования представлений о себе, своих желаниях и установках, что является интенсивным толчком к поиску обновленного смысла своей жизни взамен неудач, ошибок и разочарования вследствие употребления психоактивных веществ.

Результаты и обсуждение. Для оценки эффективности применения экзистенциального метода психотерапии был использован опросник смысложизненных ориентаций (СЖО) Д.А. Леонтьева, который позволяет оценить уровень осмысленности жизни пациента, наличие у него целей и планов на будущее, степень удовлетворенности своей жизнью и веру в собственные силы [5]. В «срезе» участвовали 74 человека в возрасте от 18 до 50 лет. Период проведения – в течение 2021 года. Исследование проводилось в два этапа: на мотивационном этапе при поступлении в отделение медицинской реабилитации и на заключительном – по завершении прохождения базового этапа. На первом этапе исследования у 81% (60 чел.) выявлен сниженный общий показатель осмысленности жизни. На втором этапе исследования выявилось повышение показателей осмысленности жизни у 58% (43 чел.), тогда как, сниженный общий показатель осмысленности жизни снизился до 42% (31 чел.), что позволяет судить о достаточной эффективности применения экзистенциального направления в психотерапевтической работе на основных этапах лечебно-реабилитационного процесса (мотивационном и базовом).

Заключение. Таким образом, экзистенциальная терапия является эффективным психотерапевтическим направлением работы с пациентами наркологического профиля, помогает им изменить деструктивное поведение на более адаптивное, более честно, осмысленно определять свои собственные цели и жизненные ценности в будущем. Полученные изменения позволяют пациентам осознанно пройти заключительные этапы реабилитации для последующей успешной ресоциализации в обществе.

Литература / References:

1. Доктор и душа: Логотерапия и экзистенциальный анализ / В. Франкл; пер. с нем. - М., Альпина нон-фикшн, 2017 – 338 с.;
2. Шамрей В.К., Курпатова В.И. «Психотерапия» учебное пособие (Санкт-Петербург, СпецЛит, 2012 – 495 с.);

3. Эмми Ван Дорцен «Экзистенциальное консультирование и психотерапия на практике» (ИОИ Москва 2021. – 363 с.);
4. Каяшева О.И. «Библиотерапия и сказкотерапия в психологической практике» (Бахрах – М 2012 – 286 с.);
5. Леонтьев Д.А. «Методологические основы психологии» - (М. «Смысл» 2021 – 566 с.).

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЙ ЛИЧНОСТИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ФОРМЫ ЭПИЛЕПСИИ

Зайцева Т.В., Плотникова Е.С., Рашоян А.Г., Яковлев А.С.

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

Аннотация. Большинство исследований были направлены на изучение эпилепсии с конвульсивными припадками, так как симптомы более выражены, и считается, что они связаны с большей заболеваемостью и преждевременной смертностью. Распознавание не конвульсивных припадков на современном этапе развития медицины остается тяжелой задачей даже для высококвалифицированных врачей. В данной статье детально в сравнении рассмотрены основные аспекты проявлений изменения личности у лиц, страдающих данными формами эпилепсии.

Ключевые слова: Эпилепсия, статус бессудорожных эпилептических приступов, статус судорожных эпилептических приступов, изменение личности, эпилептическое слабоумие.

CLINICAL FEATURES OF PERSONALITY CHANGES DEPENDING ON THE FORM OF EPILEPSY

T.V. Zaitseva, E.S. Plotnikova, A.G. Rashoyan, A.S. Yakovlev
*Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology
Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo*

Abstract. Most studies have focused on the study of epilepsy with convulsive seizures, since the symptoms are more pronounced, and it is believed that they are associated with greater morbidity and premature mortality. Recognition of non-convulsive seizures at the present stage of medical development remains a difficult task even for highly qualified doctors. In this article, the main aspects of the manifestations of personality change in persons suffering from these forms of epilepsy are considered in detail in comparison.

Keywords: Epilepsy, status of convulsive seizures, status of convulsive seizures, personality change, epileptic dementia.

Введение. Проблема эпилепсии является одной из наиболее актуальных в современной психиатрии. По данным Европейской комиссии по эпилепсии около 50 миллионов человек в мире страдает эпилепсией. Эпилепсия на протяжении многих веков привлекает внимание различных специалистов, что обусловлено распространением этого заболевания в популяции, сложностью этиологии и патогенеза, полиморфизмом клинических проявлений, тяжести течения, потенциально тяжелыми клиничко-социальными последствиями, недостаточно эффективным лечением. Согласно ВОЗ, отсутствие должной информации об эпидемиологических характеристиках эпилепсии во многих странах обуславливает существенные недостатки организации медицинской помощи.

Цель исследования: выявить различие изменений личности у больных с различными клиническими проявлениями эпилепсии.

Объекты и методы исследования. В исследовании приняли участие 50 человек, из них 24 женщины и 26 мужчины, в возрасте от 18 до 60 лет (средний возраст составил 41 год), с диагнозом эпилепсия по МКБ10: G40.

Результаты и обсуждение. Все больные были разделены на две большие группы. Первую группу составили 41 пациент с судорожными проявлениями эпилепсии. Вторая группа состояла из 9 пациентов, которые на

протяжении жизни страдали бессудорожными пароксизмами. В выборку попали больные эпилепсией с анамнезом более 5 лет [1, с. 3].

В первой исследуемой группе отчетливо отслеживались изменения личности, которые свойственны больным эпилепсией. Диапазон изменений личности при эпилепсии весьма значителен - от относительно нерезких характерологических особенностей до расстройств, указывающих на глубокое, специфичное для этого заболевания слабоумие. [2, с. 15]

Эпилептические изменения личности довольно типичны. Основными особенностями психики больных эпилепсией являются тугоподвижность, замедленность всех психических процессов, педантичность, скрупулезность, неспособность отличить главное от второстепенного, трудность переключения. Все это затрудняет накопление нового опыта, ослабляет комбинаторные способности, ухудшает репродукцию и в конечном итоге снижает способность адаптироваться к окружающей действительности [5, с.54-63].

Значительное место в картине личностных изменений занимает полярность аффекта в виде сочетания аффективной вязкости, склонности заикливаться на определенных, особенно негативных, аффективных переживаниях, с одной стороны, и экспозивность (взрывчатость) - с другой [6, с. 66-75]. Эти особенности аффекта выражаются в таких характерных особенностях для больных эпилепсией, как мстительность, злопамятность, эгоцентризм, злоба, жестокость и др.

Больным свойствен подчеркнутый, нередко карикатурный педантизм в отношении как своей одежды, так и особого скрупулезного порядка в своем доме, на своем рабочем месте. Существенной чертой эпилептических изменений личности является инфантилизм. Он выражается незрелостью суждений, особым сверхценным отношением к родным, а также свойственной некоторым больным эпилепсией религиозностью [3, с. 5-12]. В настоящее время некоторые исследователи склонны объяснять эпилептическую

религиозность не столько самой болезнью, сколько фанатической приверженностью больных к той системе взглядов, в которой они воспитывались, что вообще свойственно инфантильным людям [9, с. 3 - 4].

Обращает на себя внимание и особый внешний вид больных, длительно страдающих эпилепсией. Они, как правило, медлительны, скупы и сдержанны в жестах, лицо их малоподвижно и маловыразительно, мимические реакции очень бедны. Нередко бросается в глаза особый, холодный, «стальной» блеск глаз (симптом Чижана). Кроме описанных изменений личности, у больных эпилепсией возможны истерические расстройства. Истерические расстройства могут проявляться как в отдельных истерических чертах, так и в истерических припадках, эпизодически возникающих наряду с типичными эпилептическими пароксизмами.

Мышление становится конкретно-описательным; утрачивается способность отделять главное от второстепенного, больной вязнет в мелочах и деталях. Одновременно снижается память, оскудевает словарный запас, появляется олигофазия. Вместе с тем при эпилептическом слабоумии нет свойственной эпилептической психике аффективной напряженности, злобности, эксплозивно, хотя нередко остаются черты угодливости и льстивости [7, с. 83-94].

Больные из второй исследуемой группы страдают неконвульсивными эпилептическими приступами, которые проявляются в основном в виде изменения психического статуса, в отличие от резких судорог, наблюдаемых при генерализованном тонико-клоническом эпилептическом приступе. В некоторых случаях клинические симптомы могут быть незаметными, иногда чисто когнитивными, и они могут сохраняться в течение нескольких дней. Диагноз ставится путем выявления пониженной активности на ЭЭГ. Несколько других симптомов могут возникать в моменты психического и когнитивного характера при умеренном влиянии сознания. Недостаточная активность на ЭЭГ подтверждает диагноз, но изменения могут быть неоднородными как с

локализаторными, так и с морфологическими вариациями [4, с. 13-15]. Изменяется и внешность пациентов, страдающих от эпилепсии без припадков и судорог. У взрослых отмечают медлительность и скупость в движениях, отсутствие жестикуляции, мимики. Изменения личности у больных бессудорожным вариантом эпилепсии, в отличие от классического варианта наступают позже и имеют менее выраженный характер [8, с. 6-11].

Заключение. Течение и прогноз эпилепсии, определяются не только особенностью патологического процесса, но и внешними условиями (условиями жизни, труда и отдыха, приверженности к лечению и т.п.). Прогноз эпилепсии определяется типом течения, при частых генерализованных тонико-клонических приступах изменения личности довольно глубокие и плохо поддаются коррекции. Очевидно, что изменения личности при эпилепсии как результат сочетанного влияния различных факторов. Для развития характерных для эпилепсии изменений личности наиболее значимы особенности природы и выраженность органического поражения, на почве которого развилась эпилепсия, особенности эпилептического процесса, компенсаторные возможности организма. Эти данные предоставляют первоначальные доказательства того, что начало хронического неврологического заболевания в подростковом возрасте влияет на развитие личностных черт взрослого человека. Мы также обнаружили взаимосвязь между личностью и адаптацией к эпилепсии. Полученные данные имеют отношение к оказанию психологически обоснованной неврологической помощи.

Вместе с тем расстройства личности и поведения, являясь хроническими, значительно снижают качество жизни больных эпилепсией и часто приводят к социальной дезадаптации и инвалидизации больных.

Литература / References:

1. Epilepsy in adults. Roland D Thijs, Rainer Surges, Terence J O'Brien, Josemir W Sander. PMID: 30686584 DOI: 10.1016/S0140-6736(18)32596-0, 2019.

2. Micoulaud-Franchi J.A. et al. Rapid detection of generalized anxiety disorder and major depression in epilepsy: Validation of the GAD-7 as a complementary tool to the NDDI-E in a French sample // *Epilepsy Behav. Academic Press Inc.*, 2016
3. Болдырев, А. И. Психические особенности больных эпилепсией / А.И. Болдырев. - М.: Медицина, 2019.
4. Джоан, Р. Голдберг Как жить с эпилепсией / Джоан Р. Голдберг. - М.: Крон-Пресс, 2021.
5. Казаковцев, Б. А. Психические расстройства при эпилепсии / Б.А. Казаковцев. - М.: Прометей, 2022.
6. Карлов В.А., Айвазян С.О. Эпилепсия в терминах, визуальных и ЭЭГ паттернах. Москва: АНО Учебный центр «Невромед-клиника», 2020.
7. Лапин, И. П. Стресс. Тревога. Депрессия. Алкоголизм. Эпилепсия: моногр. / И.П. Лапин. - М.: ДЕАН, 2022.
8. Чичановская, Л. В. Анализ антиэпилептической терапии, применяемой в Тверской области / Л. В. Чичановская, Д. И. Кашехлебов, Д. И. Лукин. // *Верхневолжский медицинский журнал.*, 2015.
9. Яхин, Ф. А. Цереброваскулярные нарушения и эпилепсия / Ф.А. Яхин, Э.Н. Попова, Ф.Ф. Яхина. - М.: Издательство Казанского университета, 2018.

**ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ УРОВНЯ АДАПТИВНОСТИ И
ОСМЫСЛЕННОСТИ ЖИЗНИ НАРКОЗАВИСИМЫХ НА ЭТАПЕ
РЕАБИЛИТАЦИИ И В ПОСТРЕАБИЛИТАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ**

Еремина С.М., Дубчак Ю.В., Лопатин А.А.

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

Аннотация. В наркологическом клиническом диспансере г.Кемерово в 2002 году разработана и внедрена стационарная лечебно-реабилитационная программа «Фламинго» для лиц с наркологическими проблемами, основанная

на принципах программы «12 шагов». В данной статье рассмотрены результаты работы, подтвержденные данными психологического обследования, с целью определения эффективности реабилитационной программы «Фламинго» не только на этапе реабилитации, но и в постреабилитационном периоде.

Ключевые слова: динамика уровня адаптации, реабилитационный процесс, постреабилитационный период

DYNAMICS OF INDICATORS OF THE LEVEL OF ADAPTABILITY AND MEANINGFULNESS OF LIFE OF DRUG ADDICTS AT THE STAGE OF REHABILITATION AND IN THE POST-REHABILITATION PERIOD.

Dubchak Yu.V.¹, Borodin A.V.¹, Lopatin A.A.^{1,2}, Vostrikh D.V.¹

*Professor N.P. Kokorina Kuzbass Clinical Narcological Dispensary,
Russia, Kemerovo*

Abstract. In 2002, the inpatient long-term treatment and rehabilitation program «Flamingo» for people with drug problems, based on the principles of the «12 steps» program, was developed and implemented at the drug treatment clinic in Kemerovo. This article discusses the results of the work, confirmed by the data of psychological examination, in order to determine the effectiveness of the rehabilitation program «Flamingo» not only at the stage of rehabilitation, but also in the post-rehabilitation period.

Keywords: dynamics of adaptation level, the rehabilitational process, post-rehabilitation stages.

Актуальность. Зависимость от психоактивных веществ, влечет за собой изменения в личностной, семейной, профессиональной, экономической сферах жизнедеятельности пациента, определяющих качество его жизни. Многие исследователи [1] отмечают, что стабильность ремиссии, ее длительность, отсутствие признаков патологического влечения к психоактивным веществам прямо связаны с улучшением качества жизни (КЖ) наркологических больных.

[5] выделяют три главных признака концепции КЖ: многомерность, изменяемость во времени, участие больного в оценке своего состояния. [8, 6, 10]. Качество жизни рассматривается как степень удовлетворенности человека своим физическим, психическим и социальным состоянием. Воздержание от ПАВ является важным, но не единственным показателем. Основным показателем – возврат в общество и возобновление функционирования в нормативном окружении, т.е. оцениваются и показатели качества жизни [3,9]. По мнению ряда исследователей [7, 4, 2], одними из важнейших показателей качества ремиссии, являются изменения экзистенциальной позиции и уровня адаптационного потенциала личности.

Цель исследования. Определение эффективности реабилитационной программы «Фламинго» на разных этапах реабилитации, на основании субъективных показателей уровня адаптивности и качества жизни наркозависимых. Для реализации поставленной цели были определены следующие задачи:

1. исследовать экзистенциальную позицию личности наркозависимых на различных этапах реабилитации (наличие цели в будущем, удовлетворенность прожитым этапом жизни и т.д.).

2. исследовать уровень адаптивности наркозависимых с помощью определения индекса ресурсности, на основании самооценки их жизненных потерь и приобретений.

3. провести статистический сравнительный анализ исследуемых показателей в группах наркозависимых на разных реабилитационных этапах.

Методы и материалы исследования.

1. «Опросник смысложизненных ориентаций (СЖО)» А.Н. Леонтьева (позволяет оценить уровень осмысленности жизни пациента, наличие у него целей и планов на будущее, степень удовлетворенности своей жизнью и веру в собственные силы). 2. «Опросник потерь и приобретений» Н. Е. Водопьяновой, М. В. Штейна (оценивает адаптивные возможности и толерантность личности

пациента по отношению к стрессам). Был проведен сравнительный анализ результатов психологического обследования среди трех групп наркозависимых пациентов: 1-ю группу составили 20 пациентов, проходивших курс реабилитации по программе «Фламинго» от 1 до 3 месяцев. 2-ю группу составили 20 пациентов, проходивших курс реабилитации по программе «Фламинго» от 3 до 6 месяцев. 3-ю группу составили 20 наркозависимых, прошедших полный курс реабилитации по программе «Фламинго», находящихся в постреабилитационном периоде, с ремиссиями от 1 года до 2,5 лет.

Результаты и их обсуждения. У пациентов группы 1 (на стационарном курсе реабилитации от 1 до 3 месяцев) отмечается пониженный уровень осмысленности жизни (среднее значение 83,3).

Средний показатель «ресурсного» потенциала представителей данной группы крайне низкий и имеет отрицательные значения (-79,62%). Это свидетельствует о низком уровне адаптивных способностей, низкой стрессоустойчивости и социальной дезадаптации. Практически отсутствуют приобретения по параметрам:

1) «личные сбережения, вклады»,

2) «принадлежность к организациям, в которых есть люди со сходными интересами». Таким образом, испытуемые данной группы характеризуются определенной социальной изоляцией, наличием финансовых трудностей и нестабильной семейной обстановкой. Они не имеют ясных целей в будущем, которые бы придавали жизни интерес и временную перспективу.

У пациентов группы 2 (на стационарном курсе реабилитации от 3 до 6 месяцев) отмечается повышение уровня осмысленности жизни (среднее значение 103). Средний показатель «ресурсного» потенциала пациентов данной группы низкий (10,97 %), но уже имеет положительное значение. Наиболее значимые потери у пациентов данной группы выявлены по следующим показателям:

- 1) «уверенность, что я контролирую события своей жизни»,
- 2) «доход, достаточный для жизни».

Максимальные приобретения наблюдаются по показателям:

- 1) «поддержка от коллег»,
- 2) «дружба»,
- 3) «мотивация к действию»,
- 4) «люди, на которых можно опереться»,
- 5) «возможность получать медицинскую помощь при необходимости».

Минимальные приобретения – по показателям:

- 1) «личные сбережения, вклады»,
- 2) «доход, достаточный для нормальной жизни». Пациенты данной

группы видят перед собой интересные цели, придающие жизни осмысленность, удовлетворены самим процессом жизни, считают себя способными влиять на значимые события жизни.

У пациентов группы 3 (пациенты с ремиссией 1 год и более) отмечается показатель уровня осмысленности жизни близкий к высокому (среднее значение 107,38). Также у них выявлен высокий показатель «ресурсного» потенциала (58,37%), что указывает на высокий уровень адаптивности, стрессоустойчивости и способность конструктивно преодолевать жизненные трудности.

Был проведен статистический анализ с использованием t-критерия Стьюдента. Получены следующие результаты: с уровнем достоверности $p < 0,01$ пациенты всех трех групп различаются по уровню ресурсного потенциала. Наиболее высокий его показатель у представителей группы 3 (58,37%), наиболее низкий – в группе 1 (-79,62%). Это указывает на факт возрастания способностей конструктивной адаптации наркозависимых в процессе стационарной реабилитации с дальнейшим повышением адаптивных способностей до высокого уровня в постреабилитационный период. По уровню осмысленности жизни с уровнем достоверности $p < 0,05$ различаются

пациенты лишь 1-й (83,3) и 3-й (107,38) групп. В частности, по параметрам «цели в жизни» и «процесс жизни». Более высокие показатели по данным параметрам наблюдаются в группе 3. Следовательно, в течение стационарной реабилитации происходят основные изменения в мотивации пациента, приобретаются навыки целеполагания и умение получать удовольствие от процесса трезвой жизни. В дальнейшем эти изменения в уровне осмысленности жизни лишь закрепляются, приобретая более устойчивый характер. Также был проведен корреляционный анализ исследуемых показателей внутри каждой из групп (линейная корреляция Пирсона, $p < 0,05$).

Итак, качественный анализ результатов, полученных в нашем исследовании, позволяет выявить основные сферы жизни, в которых наркозависимый на данный момент субъективно оценивает себя достигшим успеха или, наоборот, потерпевшим неудачи. Комплексный анализ и интерпретация результатов, полученных по данным методикам, позволяет оценить качество ремиссии пациента, степень реализации его «ресурсного» потенциала в социальных достижениях, а также выявить проблемные сферы, требующие дополнительного внимания, как специалистов, так и самого пациента. По мере прохождения курса реабилитации у наркозависимых повышается уровень осмысленности жизни, субъективная удовлетворенность жизнью и появляются цели в будущем.

Заключение. Полученные результаты исследования свидетельствуют о важности поэтапной организации реабилитационного процесса, в котором на стационарном и амбулаторном этапах «закладывается» потенциал личностной адаптивности наркозависимых, способный максимально реализоваться на постреабилитационном этапе. Результаты проведенного исследования явно свидетельствуют о высокой эффективности реабилитационной программы «Фламинго», позволяющей наркозависимым не только воздерживаться от употребления ПАВ, но и достигать качественных изменений личности,

формировать позитивную экзистенциальную позицию и высокую антинаркотическую устойчивость.

Литература / References

1. Бараненко, А.В., Калиниченко, О.Б. Оценка качества жизни у лиц, зависимых от алкоголя (обзор) // Украинский вестник психоневрологии. – 2003. – Т. 11, Вып. 2. – С.68 – 71.
2. Бохан. Н.А., Катков, А.Л., Россинский, Ю.А. Ранняя профилактика и реабилитация больных опийной наркоманией [Текст] / Н.А. Бохан, А.Л. Катков, Ю.А. Россинский. – Павлодар, 2005. – 287 с.
3. Дудко. Т.Н., Валентик. Ю.В., Вострокнутов, Н.В., Гериш, А.А., Котельникова Л.А. Концептуальные основы реабилитации несовершеннолетних, злоупотребляющих психоактивными веществами. – М.: Наркотеки, 2001. – 68 с.
4. Дудко, Т.Н. Дифференцированная система реабилитации в наркологии [Текст] / Т.Н. Дудко, В.А. Пузиенко, Л.А. Котельникова. Методические рекомендации. – Москва, 2001. – 38 с.
5. Новик, А.А., Ионова Т.И. Исследование качества жизни в медицине. – М.: Изд-во «Гэотар-мед», 2004. – 304 с.
6. Катков, А.Л., Россинский Ю.А. Новые подходы в лечении и реабилитации наркозависимых // журнал «Вопросы наркологии Казахстана», Т. 2, 2002.- № 2, С.84-88.
7. Пятницкая, И.Н., Яковлев. А.И. Соотношения экзистенциальной позиции личности с терапевтическими ремиссиями при амбулаторной реабилитации наркотизирующихся подростков // Наркология. – 2004. - №2.
8. Семке, В.Я. Улучшение качества жизни как слагаемое общественного здоровья // Сибирский вестник психиатрии и наркологии.- 2000.- № 1.- С.4-8.

9. Foster ,J.H., Marshall E.J., Peters T.J. Application of a quality of life measure, the life situation survey (LSS), to alcohol-dependent subjects in relapse and remission // Alcohol. Clin. Exp. Res. — 2000. — Vol. 24, № 11. — P. 1687–1692.

10. Polak, K. The evaluation of the quality of life among professional soldiers with diagnosed alcohol addiction syndrome // Psychiatr. Pol. — 2001. — Vol. 35, № 6. - P. 1057–1070.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ В РЕЖИМЕ ДИСТАНЦИОННОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ ПОДРОСТКАМ, НАХОДЯЩИМСЯ В КРИЗИСНОМ СОСТОЯНИИ И ЧЛЕНАМ ИХ СЕМЕЙ

Землянская В.А., Колпакова Ю.В.

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

Аннотация. Ежегодно на «Телефон Доверия» ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер» поступает большое количество звонков от детей, подростков и их родителей. Так, например, в 2019г около 45% (в абсолютном выражении это составляет около 12000 звонков) от общего количества обращений, поступающих на «Телефон Доверия», составили звонки несовершеннолетних и их близких людей. Возможность получения дистанционного психологического консультирования в трудной жизненной ситуации позволяет купировать острую реакцию на стресс и тем самым предотвратить появление суицидоопасных состояний у подростков. В данной статье предлагаем рассмотреть особенности психоэмоционального развития детей в подростковом возрасте, факторы, которые заставляют подростков и их родителей обращаться за помощью в службу «Телефона Доверия», а также направления работы с подобными обращениями.

Ключевые слова: «Телефон Доверия», подросток, психологическая помощь.

**PSYCHOLOGICAL ASSISTANCE IN THE MODE OF DISTANCE
COUNSELING TO ADOLESCENTS IN CRISIS
AND MEMBERS OF THEIR FAMILIES**

Zemlyanskaya V.A., Kolpakova Yu.V.

*Professor N.P. Kokorina Kuzbass Clinical Narcological Dispensary,
Russia, Kemerovo*

Abstract. Every year, the helpline of the Kuzbass Clinical Narcological Dispensary receives a large number of calls from children, adolescents and their parents. For example, in 2019, about 45% (in absolute terms, this is about 12,000 calls) of the total number of calls received on the Helpline were calls from minors and their loved ones. The possibility of receiving remote psychological counseling in a difficult life situation allows you to stop an acute reaction to stress and thereby prevent the appearance of suicidal states in adolescents. In this article, we propose to consider the features of the psycho-emotional development of children in adolescence, the factors that force adolescents and their parents to seek help from the helpline service, as well as areas of work with such appeals.

Keywords: Helpline, teenager, psychological help.

Наступает момент, когда с еще недавно послушными детьми становится невозможно договориться, и это объяснимо: ребенок вступает в противоречивый возраст, когда детство подходит к концу, а взрослая самостоятельность еще не наступила. Подростку хочется независимости и возможностей взрослого, но при этом он продолжает рассчитывать на снисходительность к себе, как к ребёнку. А в реальности всё наоборот: с него требуют, как со взрослого, а ограничивают, как ребёнка. Почти все «неудобные» для окружающих реакции подростков объясняются этим противоречием.

Главная особенность подросткового периода - резкие, качественные изменения, затрагивающие все стороны развития ребенка. Подростки совершенно по-другому начинают осмысливать свои действия, поступки, слова,

задумываться над тем, что раньше для них не имело большого значения или не интересовало.

Важный фактор психического развития в подростковом возрасте – общение со сверстниками, которое является ведущей деятельности этого периода. Стремление подростка утвердить свое положение среди сверстников, сопровождается повышенной конформностью к ценностям и нормам группы сверстников. Именно проблемы и противоречия, возникающие при установлении контактов в своей референтной группе, являются наиболее частой причиной обращения подростков на «Телефон Доверия».

Кроме того, традиционно, подростковый возраст рассматривается как период отделения (сепарации) от взрослых. Ярко выражены не только стремление противопоставить себя взрослым, отстаивать свою независимость и права, но и ожидание от взрослых помощи, защиты и поддержки, доверие к ним, ожидание их одобрения и оценок. Значимость взрослого отчетливо проявляется в том, что для подростка существенна не столько сама по себе возможность самостоятельно распоряжаться собой, сколько признание этой возможности окружающими его взрослыми, а так же принципиального равенства его прав с правами взрослого человека. Если подросток этого не чувствует, то у него возникает «реакция протеста», перерастающая, как правило, в открытый конфликт. Такая ситуация приводит к обращениям на «Телефон Доверия» как самих детей, так и, не всегда понимающих что происходит, родителей.

Наибольшей «трудностью» взросления, как для подростков, так и для их родителей является подростковый кризис. Это «ломка», резкая смена всей системы переживаний подростка, ее структуры и содержания. Даже для здоровых подростков в этот период характерны: неустойчивость настроения, физического состояния и самочувствия, противоречивость побуждения, ранимость, депрессивные переживания.

Часто встречается у подростков «аффект неадекватности». Так называют эмоциональную реакцию большой силы по самому незначительному поводу. Такое поведение связано с противоречием между низкой самооценкой подростка и высоким уровнем притязания. Кроме того, в подростковом возрасте появляется и первый негативный опыт (несчастливая любовь, предательство друзей, курение, алкоголь, легкие наркотики или психостимулирующие таблетки и т.п.). Обсуждение негативного опыта и его последствий очень характерно для обращений подростков на «Телефон Доверия». Ведь подобные темы сложно поднять в разговоре с родителями.

По мнению А.А. Мещерякова, «экзистенциальные и личностные проблемы подростка одно из главных направлений работы в области телефонного консультирования». *Основная цель консультирования* подростков при обращении их на «Телефон Доверия» – оказание им содействия в процессе взросления, помощь в изучении своих чувств и мыслей, принятии и оценке их собственных решений. Такая цель отвечает широкому кругу проблем подросткового возраста (детско-родительские конфликты, чувство неполноценности подростка, борьба за личный и социальный статус, проблемы интимности и сексуальных отношений, проблемы саморазвития и самопознания и т.п.). *Задачами консультирования* при работе с такими запросами являются взаимосвязанные процессы: информирование, помощь в анализе возникшей ситуации, поиск путей решения проблемы.

Когда подростки по какой-либо причине не могут напрямую поговорить о своей проблеме с родителями или другими близкими людьми, они обращаются на «Телефон Доверия»

Проблемы, заявляемые подростками при обращении за дистанционным консультированием, можно условно разделить на следующие группы:

- взаимоотношения с друзьями и любимыми,
- вопросы сексуальности.
- взаимоотношений в семье (преимущественно конфликты)

поколений, семейное насилие, разводы родителей).

- различные школьные проблемы (в т.ч. сдача экзаменов).

- переживание горя.

- депрессии.

и другие проблемы.

Большая часть из отмеченных проблем вызывают у детей и подростков острую реакцию на стрессовую ситуацию, приводя к развитию различных кризисных состояний. Это может проявляться в форме проходящих состояний психического напряжения, замкнутости, агрессивности, пассивности или эмоциональных расстройств. Так же высока вероятность появления у подростка суицидоопасных реакций. Учитывая особенности психо-эмоционального развития в подростковом периоде, любая, даже самая незначительная, стрессовая ситуация, многократно увеличивает риск совершения подростком суицида.

Душевное здоровье ребенка закладывается в семье, а родители, как «значимые взрослые», своим поведением формируют установки, которым будет следовать ребенок в своей дальнейшей жизни. Поэтому огромное значение в работе консультанта «Телефона Доверия» имеет не только работа с подростками, но и, безусловно, с их родителями и близкими людьми. Не понимая душевного состояния ребенка, родители, обычно, испытывают множество противоречивых чувств: растерянность, злость, раздражение, обиду, вину, страх, ненависть.

Задача консультанта в этих случаях – помочь обратившемуся понять и принять свои чувства, получить доступ к своему ресурсному состоянию, чтобы иметь возможность взглянуть на проблему с разных точек зрения: со стороны наблюдателя и глазами своего ребенка.

Подростки воспринимают свои проблемы очень остро, и потому любая возникающая в его жизни проблема кажется огромной и непреодолимой. Поддержка со стороны родителей в таких ситуациях очень значима для детей

любого возраста, но особое значение она приобретает у подростков. Для оказания поддержки своему ребенку, очень важно, чтобы родители были психологически устойчивыми и уверенными в себе людьми. Помочь им почувствовать себя таковыми, и есть одна из основных задач консультанта Телефона доверия.

По характеру детских и родительских обращений на «Телефон Доверия» можно уверенно сказать о том, что, очень часто, отношения детей и родителей – это отношения недоверия. У детей нет надежды, что родители чем-то помогут, если к ним обратиться за помощью. А вместо того, чтобы выстраивать доверительные отношения со своими детьми, родители, наоборот – отпугивают их категоричной реакцией на доверительный рассказ ребенка или отделаются дежурными фразами.

Общение родителей с детьми обычно строится односторонне. не как диалог, а авторитарно, «сверху вниз», как доведение до ребенка какой-то информации, требований. Дети явно страдают от «непонятости» и «непринятости» в семье. Казалось бы, все перечисленные проблемы говорят об отсутствии эмоционального контакта между детьми и родителями. И в то же время, как много искренней любви, боли, беспокойства за родных, желания теплоты и понимания от близких людей слышат консультанты «Телефона Доверия», разговаривая как со взрослыми людьми, так и с детьми.

Телефонный консультант часто выступает в роли посредника в отношениях между родителями и детьми. Консультанту очень важно занимать нейтральную позицию, разбираясь в семейной ситуации абонента. Нужно помнить, что «у каждого в семье своя боль», каждый склонен воспринимать себя жертвой. Позиция консультанта – позиция «Взрослого», который безоценочно принимает собеседника и дает ему поддержку.

Практика показала, что родителям, обеспокоенным поведением своих детей, иногда важно просто получить информацию о том, что происходит с

подростком и как ему можно помочь. В этом случае консультант берет на себя просветительскую функцию, оставляя право выбора за родителями.

Дистанционное консультирование очень привлекает как подростков, так и их родителей благодаря своей доступности, анонимности и конфиденциальности. Это позволяет, что называется, не выносить «сор из избы» и, оставаясь «неузнанным», всего лишь поднять трубку телефона и получить профессиональную психологическую консультацию по интересующему вопросу прямо у себя дома. Возможность немедленно обсудить возникшую стрессовую ситуацию, многократно снижает риск развития суицидоопасной реакции.

Литература / References

1. Абрамова, Г.С. Введение в практическую психологию – М. 2004. – 132с.
2. Кулаков, С.А. На приеме у психолога: подросток. – СПб. 2001.-156 с.
3. Моховиков, А.Н. Телефонное консультирование. – М., Смысл, 2011. - 178 с.
4. Мещеряков, А.А. Работа консультанта «Телефона Доверия» с экзистенциальными кризисами подростка.// Работа переживания и психологическая помощь детям// Сборник статей и тезисов выступлений Международной конференции «Телефонов Доверия». – М.: Национальный фонд защиты детей от жестокого обращения, 2007. -342 с.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В НАРКОЛОГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ № 1 НАРКОЛОГИЧЕСКИМ ПАЦИЕНТАМ С РАЗНЫМ УРОВНЕМ МОТИВАЦИИ К ЛЕЧЕНИЮ

Келябидина О.А., Лизунова Н.В., Лопатин А.А.

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

Аннотация. Актуальность психотерапевтических подходов в нашей стране, в том числе и в Кузбассе, при работе с зависимым поведением в

настоящее время значительно возросла. На этапе постабстинентных нарушений закладываются основные предпосылки к возможному терапевтическому эффекту. От правильного выбора терапевтической тактики зависит длительность, стойкость и качество последующих ремиссий. Разработаны различные психотерапевтические подходы для стационарных наркологических пациентов с учетом разного уровня мотивации к лечению. При планировании психотерапевтического маршрута пациента учитывается степень его мотивации на получение помощи и личностные возможности для изменений. Новаторские формы работы с пациентами при наркологическом стационаре (пато- и нейропсихологическая диагностика, психологическое консультирование, групповая и индивидуальная психологическая коррекция, мотивационное интервью, психотерапия и т.д.) показали свою эффективность и оказались востребованными в практической работе.

Ключевые слова: наркологические пациенты, мотивация на лечение, зависимость от психоактивных веществ, терапевтическая программа.

**PECULIARITIES OF PSYCHOTHERAPEUTIC CARE IN
NARCOLOGICAL DEPARTMENT No. 1 TO NARCOLOGICAL
PATIENTS WITH DIFFERENT LEVELS OF
MOTIVATION TO TREATMENT**

Kelyabidin O. A., Lizunova N.V., Lopatin A.A.

*Professor N.P. Kokorina Kuzbass Clinical Narcological Dispensary,
Russia, Kemerovo*

Abstract. The relevance of psychotherapeutic approaches in our country, including in Kuzbass, when working with addictive behavior, has now significantly increased. At the stage of post-withdrawal disorders, the basic prerequisites for a possible therapeutic effect are laid. The duration, stability and quality of subsequent remissions depend on the correct choice of therapeutic tactics. Various psychotherapeutic approaches have been developed for inpatient drug addiction patients, taking into account different levels of motivation for treatment. When

planning a psychotherapeutic route for a patient, the degree of his motivation to receive help and personal opportunities for change are taken into account. Innovative forms of work with patients at a narcological hospital (pathological and neuropsychological diagnostics, psychological counseling, group and individual psychological correction, motivational interviews, psychotherapy, etc.) have shown their effectiveness and were in demand in practical work.

Keywords: drug addiction patients, motivation for treatment, dependence on psychoactive substances, therapeutic program.

В исследовании применялись диагностические методы: опросник стадий готовности к изменениям и готовности лечиться SOCRATES, опросник оценки помогающего альянса, школа созависимости (Уайнхолд Б), опросник определения уровня реабилитационного потенциала, методика психологической диагностики типов отношения к болезни (ТОБОЛ).

Стойкая ремиссия у наркологических пациентов формируется только при использовании системного лечебно-реабилитационного подхода, учитывающего особенности личности больного и его потребности. Однако наркологические пациенты предпочитают, чтобы лечение проводилось на условиях щадящего режима наркологического стационара и сводилось бы только к детоксикации для устранения наиболее тяжелых проявлений абстиненции (Поддубный В.И. и др. 2002). Например, только у 30,8% мужчин, зависимых от алкоголя и проходящих лечение, выявлен позитивный уровень мотивации на лечение (Ялтонский В.М., Ромащенко Г.И. 2010).

Таким образом, важной задачей является повышение уровня внутренней мотивации пациентов на длительную помощь. В связи с этим возрастает необходимость новых индивидуализированных и дифференцированных программ оказания помощи при зависимости от ПАВ с акцентом на вовлечение и удержание пациентов, прежде всего «трудных» и «неустойчивых», в терапевтическом процессе. Из чего следует, основной терапевтической

мишенью психотерапевтической работы для наркологических пациентов является неустойчивая мотивация на лечение. Основная цель – развить интерес к продолжению участия в терапии, сделать последующее пребывание в психотерапевтической программе привлекательным, повысить уровень внутренней мотивации пациента на дальнейшую реабилитацию.

В процессе лечения наркологических пациентов участвует не просто формальная «бригада специалистов», а творческая команда единомышленников, состоящая из врачей психиатров-наркологов, медицинских психологов, медицинских сестер, консультантов по химической зависимости, воспитателей и т.д. Уже на начальном этапе лечения начинается взаимодействие с родственниками пациентов, предоставляется необходимая информация для дальнейшего сотрудничества. Они включают в себя индивидуальное, групповое семейное консультирование, а также привлечение родственников в группу для созависимых, в ходе которых решаются вопросы о преодолении семейной созависимости, так как в большинстве случаев члены семьи не осознают своей роли в формировании и поддержании зависимого поведения.

Те пациенты, которые после детоксикации отказываются от продолжения дальнейшего лечения в связи с негативной мотивацией, специалисты помогают сформировать у них привлекательный образ терапевтической программы, при этом проявляют благожелательность и заинтересованность по отношению к больным. Для этого необходимо определение индивидуальных потребностей и индекса тяжести зависимости, мотивационное интервью, консультирование «равный-равному», посещение терапевтического сообщества АН, АА, амбулаторное консультирование.

Для лиц с неустойчивой мотивацией эффективен интенсивный курс мотивационных мероприятий в стационаре: мотивационное интервьюирование, консультирование, индивидуальные и групповые психологические коррекции для повышения уровня мотивации на продолжительный курс лечения.

Для пациентов с высоким уровнем мотивационного потенциала важной задачей является мотивация на длительную реабилитационную программу (медицинская реабилитация, психотерапевтические сообщества группы взаимопомощи).

Из чего следует заключить, что положительный прогноз на лечения наркологических пациентов с разным уровнем мотивации в наркологическом стационаре напрямую зависит от особенностей психотерапевтической помощи и индивидуального подхода к пациенту.

Литература / References:

1. Иванец, Н.Н., Винникова, М.А. Героиновая наркомания. - Москва, 2000.- С.4.
2. Ялтонский, В.М., Ромащенко, Г.И.// Наркология, 2010. / Материалы научно-практической конференции, посвященной 25-летию ФГУ ННЦ наркологии Минздравсоцразвития России. – Москва, 2010.- С.175-176.
3. Клиническая психотерапия в наркологии: Руководство для врачей-психотерапевтов // Под редакцией Р.К. Назырова, Д.А. Федоряка, С.В. Ляшковой. - Издательство НИИПНИ им. В.М. Бехтерева. – Санкт-Петербург, 2012. -134 с.
4. Матевосян, С.А.// Наркология – 2010: Материалы научно-практической конференции, посвященной 25-летию ФГУ ННЦ наркологии Минздравсоцразвития России. – Москва, 2010. - С.97-98.

ОСОБЕННОСТИ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ СТРЕССОГЕННЫХ РАССТРОЙСТВ У ЧЛЕНОВ СЕМЕЙ ЛИЦ ОПАСНЫХ ПРОФЕССИЙ

Киворкова А.Ю., Соловьев А.Г.

*ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет»
Минздрава России, Россия, г. Архангельск*

Аннотация. В данной статье рассмотрены вопросы практической реализации комплексного реабилитационного процесса членов семей лиц

опасных профессий, выполняющих профессиональные обязанности в экстремальных условиях. Показана необходимость начала реабилитационных мероприятий с проведения психодиагностического обследования в индивидуальном интерактивном формате.

Ключевые слова: медико-психологическая реабилитация, лица опасных профессий, стресс, дезадаптация, экстремальные ситуации, психологическое сопровождение

FEATURES OF MEDICAL AND PSYCHOLOGICAL REHABILITATION THE STRESS DISORDERS THE FAMILY MEMBERS OF DANGEROUS PROFESSIONS

Kivorkova A. Yu., Soloviev A. G.

Northern State Medical University, Russia, Arkhangelsk

Abstract. This article discusses the complex rehabilitation process of family members of persons of dangerous professions performing professional duties in extreme conditions. We are shown the necessity of starting rehabilitation measures with a psychodiagnostic examination in an individual interactive format.

Keywords: medical and psychological rehabilitation, persons of dangerous professions, stress, maladaptation, extreme situations, psychological support

Лица опасных профессий, участвующие в специальных мероприятиях, испытывают интенсивное воздействие целого ряда стрессогенных факторов, отличающихся по своему содержанию от факторов привычной жизни, порой сверхсильных по своему воздействию [1]. Основным видом профессиональной направленности специалистов указанного профиля является служебная деятельность, отличающаяся от других видов по целям, мотивам, способам, условиям осуществления, эффективность которой в значительной мере (больше, чем любой другой) зависит от качества ее всестороннего психологического обеспечения [5].

В связи с увеличением числа ветеранов среди сотрудников силовых ведомств России значительно возрос интерес к формированию дифференцированных стратегий адаптивного поведения, направленных на предотвращение эпизодов дезадаптации, психосоматических нарушений, а также на профилактику нарушений функционирования в сфере социальных контактов [2]. Пребывание в экстремальной ситуации относится к одному из наиболее тяжелых травматических стрессоров, как по силе своего воздействия, так и по характеру проявления негативных последствий. Продолжительный стресс, вызываемый длительной включенностью в ситуации, содержащие высокие эмоциональные требования, становится причиной снижения адаптационных механизмов личности и, как следствие, приводит к формированию психической дезадаптации, проявляющейся снижением показателей в профессиональной деятельности, повышенной заболеваемостью, девиантным поведением, семейными проблемами, межличностными конфликтами [7]. Это объясняется неопределенностью событий, дефицитом времени на решения и сопровождается высокой степенью ответственности за жизнь других людей, а также осознаваемым чувством угрозы собственной жизни [8]. Для ветеранов характерны такие симптомы травматического невроза, как хроническая тревога, беспокойство, повышенная раздражительность, эксплозивные вспышки, бессонница, кошмарные сновидения, что травмирует не только сотрудника, но и членов его семьи [3]. Уклад семейной жизни и быта во многом определяется распорядком службы, а такие значимые события в жизни сотрудников, как присвоение очередного звания, повышение в должности или завершение службы, становятся значимыми для всех членов семьи и одновременно являются точкой отсчета, переходом к новой ступени в жизненном цикле семьи [9]. Выходя из условий, порождающих факторы непосредственной угрозы жизни, человек сталкивается с серьезными проблемами его ненужности в обществе, непонимания другими людьми, поиском достойного места в жизни. В этих условиях основными

психореабилитирующими факторами должны становиться отношения, складывающиеся с самыми близкими людьми – родителями, жёнами, друзьями. К сожалению, очень часто необходимой поддержки и взаимопонимания нет. А для сотрудников, являющих статус участников или ветеранов боевых действий характерны многочисленные браки и разводы (16,6%), причем связь их с болезненным состоянием комбатантов очевидна. Частые социопатии участников боевых действий проявляются затяжными семейными конфликтами, что накладывает свой отпечаток на семейные отношения [12].

Целью исследования явилось обоснование необходимости разработки и внедрения реабилитационных методик, минимизирующих последствия нахождения членов семей в стрессовых ситуациях и улучшающих качество жизни сотрудников экстремальных профессий.

Жена сотрудника, исполняющего профессиональные обязанности в экстремальных условиях, находится в состоянии стресса, зная, что жизни мужа угрожает опасность. Она испытывает широкий спектр эмоций, включающий печаль, беспомощность, плач, беспокойство, депрессию, отчаяние, чувство вины, низкую самооценку, гнев, нетерпимость к детям и опасения, связанные с верностью мужа. Может возникать ряд физиологических симптомов, включая усталость, головные боли, плохую концентрацию внимания, нарушение менструального цикла, изменения в весе, боли в спине, головные боли, вялость и другие сопутствующие нарушения соматического здоровья [6]. Длительно существующее, постоянно подавляемое эмоциональное напряжение у членов семей участников специальных операций приводит к стойким расстройствам настроения в форме субдепрессии, а также акцентуации характерологических черт, которые являются необходимыми условиями появления психосоматической патологии [4]. Возвращение сотрудника домой также сопряжено с переживанием напряженного для жены периода, так как она должна приложить максимум усилий для создания внутри семьи благоприятного психологического климата.

Социальная поддержка семьи и близких людей очень значима в предотвращении возникновения и развития психической дезадаптации. Учитывая, что семейные отношения могут стабилизировать или дестабилизировать уровень адекватности самосознания участников специальных операций, необходимо разрабатывать и внедрять методы психологического сопровождения не только для самих сотрудников, но и для членов семей, в первую очередь их жен.

Однако, несмотря на широкий интерес к данной проблеме, наблюдается дефицит в разработке программ персонифицированного менеджмента в реабилитации членов семей лиц опасных профессий, хотя выявляемые у них расстройства нередко имеют психогенно-индуктивную природу и требуют проведения целенаправленных восстановительных мероприятий. Различные исследования, проводимые в ряде силовых министерств и ведомств по изучению функции семей представителей опасных профессий, показывают, что последняя продолжает играть заметную роль в обеспечении нормального функционирования и психологического сопровождения представителей подразделений силовых структур. Семейные проблемы и неурядицы зачастую непосредственно наносят ущерб служебной активности сотрудников и, как следствие, отрицательно сказываются на морально-психологическом состоянии коллектива, в целом. Учитывая, что семейные отношения могут стабилизировать или дестабилизировать работоспособность и уровень адекватности самосознания лиц опасных профессий, необходимо разрабатывать и внедрять программы персонифицированного менеджмента отдельно для членов семьи, в частности, для жен лиц опасных профессий. Реабилитационные мероприятия позволяют повысить эффективность процесса диагностики, прогнозирования и психологической коррекции последствий пребывания членов семей в ситуациях социального стрессирования. Практическая реализация комплексного реабилитационного процесса начинается с проведения психодиагностического обследования в индивидуальном

интерактивном формате. Включение в стандарт диагностического обследования психофизиологических методик дает возможность не только оценить степень влияния деструктивных экзогенных факторов и экстремальных ситуаций на структуру личности, но и составить персонифицированную реабилитационную программу в зависимости от психотравмирующих условий, стажа семейной жизни и гендерно-возрастных характеристик [11].

Систематизация комплекса информативных психодиагностических тестов для прогноза оценки типов поведенческих стратегий и личностных характеристик способствует профилактике дезадаптивных нервно-психических состояний у членов семей участников специальных операций, а также позволяет определять алгоритм восстановления и развития адаптивных способностей с учетом специфических особенностей социально-психологической структуры поведения, характерных для экстремального профиля служебной деятельности. Это имеет большое практическое значение при разработке программ персонифицированного менеджмента. В настоящее время отмечен отчетливый интерес к исследованиям, направленным на выявление эффективности биологической обратной связи (БОС) в изучении психофизиологических изменений под действием экстремальных факторов окружающей среды. Диагностический комплекс включает в себя оценку динамики психофизиологического состояния в процессе проведения программы медико-психологической реабилитации (МПР) на основе саморегуляции сердечного ритма, периферической температуры, мышечного напряжения.

Систематизация литературных данных и многолетние комплексные исследования авторов по выявлению факторов риска социально-психологической дезадаптации и психофизиологических показателей членов семей представителей опасных профессий, находящихся в условиях длительной социально-психотравмирующей ситуации [10], позволили разработать комплексную программу персонифицированного менеджмента, направленную

на активизацию психофизиологических механизмов саморегулируемого поведения, включающую несколько взаимосвязанных этапов – скринирующего, диагностического, коррекционного и заключительного – для оценки эффективности реабилитационных мероприятий.

Внедренная нами модель организации МПР жен участников специальных операций вносит существенный вклад в решение практической задачи повышения стрессоустойчивости членов семей сотрудников, профессиональная деятельность которых проходила в условиях повышенного стрессирования, и позволяет выявлять лиц групп риска, нуждающихся в психологическом сопровождении. Применение предложенного алгоритма МПР повышает качество диагностики нарушений в психофизиологическом состоянии и эффективность осуществления индивидуальной психокоррекционной работы с членами семей представителей «опасных» профессий, способствует улучшению внутрисемейных взаимоотношений лиц, подвергающихся стрессовому воздействию различных экстремальных ситуаций. Восстановление психологического резерва жен ветеранов, повышение их психологической и личностной толерантности, понимания и терпимости к происходящим изменениям в психологическом состоянии супруга, способствуют купированию проявлений дезадаптации, а также предотвращению погружения бывших сотрудников в посттравматические переживания.

Литература / References:

1. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства /Учебное пособие. М.: Медицина. 2000. 339 с.
2. Барачевский Ю.Е., Сидоров П.И., Соловьев А.Г. Медицина катастроф. – Архангельск: Издательский центр СГМУ, 2007. – 176 с.
3. Волошин В.М. Типология хронического посттравматического стрессового расстройства. Неврология и психиатрия им. С.С. Корсакова. 2004. № 1.С. 17-23.

4. Зуйкова А.А., Погодина Т.Г., Потемина Т.Е., Особенности медико-психологической реабилитации стрессогенных расстройств у членов семей ветеранов боевых действий // Медицинский альманах. - 2013. - № 2. – С.148-150
5. Караяни А.Г. Теоретические основы психологического обеспечения служебной деятельности / А.Г. Караяни // Юридическая психология. – 2013. – №3. – С. 22-26.
6. Киворкова А.Ю., Соловьев А.Г. Медико-психологическая реабилитация жен военнослужащих в условиях внутрисемейной стрессовой ситуации // Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. - 2016. - № 2. – С.109-115.
7. Корехова М.В., Новикова И.А., Соловьев А.Г. Проблема психической дезадаптации специалистов экстремального профиля деятельности. Параграф в коллективной монографии «Современные тенденции в развитии психологии труда и организационной психологии» / Отв. ред. Л.Г. Дикая, А.Л. Журавлева, А.Н. Занковский. – М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2015. – С. 438-444.
8. Кубасов Р.В., Барачевский Ю.Е., Сибилева Е.Н., Апчел А.В., Иванов А.М., Сидоренко В.А. Влияние экстремальных факторов военной службы на адаптационные возможности и здоровье сотрудников силовых ведомств России / Р.В. Кубасов [и др.] // Вестн. Рос. Воен.-мед. акад. – 2015. – №2. – С. 217–223.
9. Соловьев А.Г., Киворкова А.Ю. Коррекция психоэмоционального состояния жен военнослужащих с применением биологической обратной связи / А.Г. Соловьев, А.Ю. Киворкова // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2015. - №4. – С. 102-105.
10. Соловьев А.Г., Киворкова А.Ю. Применение биоповеденческой терапии в медико-психологической реабилитации членов семей лиц опасных профессий // Медицина катастроф. – 2017. – № 4 (100). – С. 26-30.

11. Солохина Л.В., Акимов И.В. Современные проблемы ведомственной медицины и их влияние на военную семью // Дальневосточный медицинский журнал. – 2011. – № 3. – С. 113–117.

12. Трошин В.Д., Погодина Т.Г. Терроризм и нервно-психические расстройства: монография. Н. Новгород: Издательство ННГМА, 2007. 316 с.

**МЕДИЦИНСКИЙ НАРКОЛОГИЧЕСКИЙ ОСМОТР НА НАЛИЧИЕ
МЕДИЦИНСКИХ ПРОТИВОПОКАЗАНИЙ К ВЛАДЕНИЮ ОРУЖИЕМ
В УСЛОВИЯХ ИЗМЕНЕНИЯ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА**

Кирина Ю.Ю.^{1,2}, Вострых Д.В.², Лопатин А.А.^{1,2}, Селедцов А.М.²

*¹Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии
ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Россия, г. Кемерово*

*²ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер
имени профессора Н.П. Кокориной», Россия, г. Кемерово*

Аннотация. В статье показан опыт проведения наркологического медицинского освидетельствования при определении противопоказаний к владению оружием в условиях изменения законодательства на примере Кузбасского наркологического диспансера.

Ключевые слова: медицинское освидетельствование, медицинские противопоказания к владению оружием, наркологические расстройства.

**MEDICAL NARCOLOGICAL EXAMINATION FOR THE PRESENCE OF
MEDICAL CONTRAINDICATIONS TO THE POSSESSION OF WEAPONS
IN THE CONTEXT OF CHANGES IN LEGISLATION**

Kirina Yu.Yu.^{1,2}, Vostrykh D.V.², Lopatin A.A.^{1,2}, Seledtsov A.M.¹

*Professor N.P. Kokorina Kuzbass Clinical Narcological Dispensary
Russia, Kemerovo*

Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo

Abstract. The article shows the experience of conducting a narcological medical examination in determining contraindications to the possession of weapons

in the conditions of changing legislation on the example of the Kuzbass Narcological dispensary.

Keywords: medical examination, medical contraindications to the possession of weapons, narcological disorders.

Здоровье населения страны на сегодняшний день приоритетная задача для Правительства Российской Федерации. Особое внимание уделяется проблеме психических и поведенческих расстройств, вызванных злоупотреблением алкоголем и употреблением наркотических средств, психотропных и других токсических веществ. Лица, страдающие наркологическими заболеваниями, представляют опасность, как для себя, так и для людей их окружающих. Особо значимо это становится в условиях, допускающих применение оружия, что может стать причиной возникновения опасных для жизни ситуаций.

В 2022г. ужесточились требования к прохождению медицинских осмотров (освидетельствований) граждан, при оформлении разрешения на владение оружием, в том числе при прохождении медицинского осмотра у врача психиатра-нарколога.

С 1 марта 2022г. вступил в силу приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 26.11.2021 № 1104н «Об утверждении порядка проведения медицинского освидетельствования на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием, в том числе внеочередного, и порядка оформления медицинских заключений по его результатам, форм медицинского заключения об отсутствии медицинских противопоказаний к владению оружием и медицинского заключения об отсутствии в организме наркотических средств, психотропных веществ и их метаболитов».

В Порядке проведения медицинского освидетельствования обозначены обязательные обследования и (или) исследования, необходимые для выявления противопоказаний (или их отсутствия) у граждан, оформляющих разрешение на

оружие. Всем кандидатам, обратившимся к врачу психиатру-наркологу, назначаются: предварительное химико-токсикологическое исследование на определенные группы наркотических средств, психотропных веществ и их метаболитов (опиаты, каннабиноиды (растительные и синтетические), фенилалкиламины (амфетамин, метамфетамин), синтетические катиноны, кокаин, метадон, бензодиазепины, барбитураты и фенциклидин) и лабораторные исследования крови и (или) мочи на определение хронического употребления алкоголя.

В целях организации работы по установлению у гражданина Российской Федерации, впервые приобретающего оружие на основании лицензии или награжденного оружием, или являющегося владельцем оружия (за исключением граждан Российской Федерации, проходящих службу в государственных военизированных организациях и имеющих воинские звания либо специальные звания или классные чины юстиции), наличия (отсутствия) заболеваний, включенных в Перечень заболеваний, при которых противопоказано владение оружием, в соответствии с требованиями Федерального закона от 13.12.1996 № 150-ФЗ «Об оружии», во исполнение приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 27.01.2006 № 40 «Об организации проведения химико-токсикологических исследований при аналитической диагностике наличия в организме человека алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ», приказов Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14.09.2020 № 972н «Об утверждении Порядка выдачи медицинскими организациями справок и медицинских заключений» и от 26.11.2021 № 1104н «Об утверждении порядка проведения медицинского освидетельствования на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием, в том числе внеочередного, и порядка оформления медицинских заключений по его результатам, форм медицинского заключения об отсутствии медицинских противопоказаний к владению оружием и медицинского

заключения об отсутствии в организме наркотических средств, психотропных веществ и их метаболитов» в Кемеровской области приказом Министерства здравоохранения Кузбасса обозначены лабораторные исследования крови и (или) мочи, обязательные для проведения вышеуказанной категории граждан.

С учетом изменений законодательства в Кузбасском наркологическом диспансере был разработан, утвержден и внедрен в работу Алгоритм проведения в ГБУЗ ККНД медицинского осмотра врачом психиатром-наркологом при медицинском освидетельствовании граждан на наличие/отсутствие медицинских противопоказаний к владению оружием (далее – Алгоритм).

В соответствии с Алгоритмом:

1. При обращении гражданина медицинскому регистратору кабинета медицинских осмотров уточнить место его жительства или пребывания:

МЕСТО ЖИТЕЛЬСТВА (ПРЕБЫВАНИЯ)		
Соответствует месту обращения	Не соответствует месту обращения	Постоянная регистрация не соответствует месту обращения; имеется временная
Направить к врачу психиатру-наркологу для прохождения медицинского осмотра	Рекомендовать оформить временную регистрацию по месту пребывания либо проходить медицинский осмотр по месту регистрации	Рекомендовать предоставить справку об отсутствии под наблюдением либо (на основании письменного согласия обратившегося) оформить запрос по месту постоянной регистрации

2. Врачу психиатру-наркологу кабинета медицинских осмотров проверить сведения в базе данных «Информационная система наркологической службы Кемеровской области»:

СВЕДЕНИЯ В ИНФОРМАЦИОННОЙ БАЗЕ ДАННЫХ	
Сведения в базе данных отсутствуют	Имеется информация об имеющихся наркологических расстройствах или о

	ранее выявленных наркологических расстройств (признаках наркологических расстройств)
<ul style="list-style-type: none"> - опрос, клинический осмотр; - предварительные ХТИ (опиаты, каннабиноиды (растительные и синтетические), фенилалкиламины (амфетамин, метамфетамин), синтетические катиноны, кокаин, метадон, бензодиазепины, барбитураты и фенциклидин; - определение этилглюкуронида в моче; уровня гамма-глутамилтрансферазы (ГГТ), аспартат- и аланинаминотрансферазы (АСТ и АЛТ), среднего корпускулярного объема эритроцитов (МСV) в крови 	Гражданин направляется к участковому врачу психиатру-наркологу на дообследование

При выявлении не менее трех из перечисленных клинических признаков, проводится подтверждающее ХТИ не зависимо от результатов предварительного ХТИ:

- неадекватность поведения, в том числе сопровождающаяся нарушением общественных норм, демонстративными реакциями, попытками диссимуляции;
- заторможенность, сонливость или возбуждение; эмоциональная неустойчивость;

- ускорение или замедление темпа мышления; гиперемия или бледность, мраморность кожных покровов, акроцианоз; инъецированность склер, гиперемия или бледность видимых слизистых; сухость кожных покровов, слизистых или гипергидроз;

- учащение или замедление дыхания; тахикардия или брадикардия;

- сужение или расширение зрачков; вялая реакция зрачков на свет; двигательное возбуждение или заторможенность;

- пошатывание при ходьбе с быстрыми поворотами; неустойчивость в позе Ромберга;

- ошибки при выполнении координационных проб; тремор век и (или) языка, рук; нарушение речи в виде дизартрии; признаки внутривенного введения средств (веществ), включая следы от инъекций.

3. Дальнейшие действия врача психиатра-нарколога кабинета медицинских осмотров:

I. Сведения в базе данных отсутствуют	
Симптомы и синдромы наркологических расстройств при опросе и клиническом осмотре не выявлены, наркотические средства, психотропные вещества и их метаболиты при ХТИ не обнаружены, этилглюкуронид не обнаружен, уровень ГГТ, АСТ, АЛТ, МСV в пределах нормы	
Оформляются медицинская справка по результатам обследования врачом психиатром-наркологом на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием и медицинское заключение об отсутствии наркотических средств, психотропных веществ и их метаболитов	

II. Сведения в базе данных отсутствуют	
Выявлены симптомы и (или) синдромы наркологических расстройств при опросе и (или) клиническом осмотре	
Гражданин направляется к участковому врачу психиатру-наркологу на дообследование	

III. Сведения в базе данных отсутствуют	
При предварительном ХТИ обнаружены наркотические средства, психотропные вещества и их метаболиты, либо не зависимо от результатов предварительного ХТИ наличие трех и более клинических признаков из 18 перечисленных	
Подтверждающее ХТИ	
Наркотические средства, психотропные вещества и их метаболиты не обнаружены	Обнаружены наркотические средства, психотропные вещества и их метаболиты
Оформляются медицинская справка по результатам обследования врачом психиатром-наркологом на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием и медицинское заключение об отсутствии	Гражданин направляется к участковому врачу психиатру-наркологу на дообследование

наркотических средств, психотропных веществ и их метаболитов	
IV. Сведения в базе данных отсутствуют	
Обнаружен этилглюкуронид (не независимо от концентрации) и (или) уровень ГГТ, АСТ, АЛТ, MCV выше нормы	
- определение уровня CDT	
CDT в пределах нормы (до 1,2% включительно)	CDT в «серой зоне» либо выше нормы
Оформляются медицинская справка по результатам обследования врачом психиатром-наркологом на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием и медицинское заключение об отсутствии наркотических средств, психотропных веществ и их метаболитов	Гражданин направляется к участковому врачу психиатру- наркологу на дообследование

В случаях отказа граждан от любого вида обследований (исследований),
медицинские справки и медицинские заключения не выдаются.

4. Вынесение заключения по результатам медицинского осмотра
врачом психиатром-наркологом:

Данные вносятся в журнал учета проведения медицинских осмотров (освидетельствований) (пронумерованный, прошнурованный, скрепленный печатью и подписью главного врача
Данные заносятся в информационную базу данных
Оформляется медицинская справка по результатам обследования врачом психиатром-наркологом на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием(в соответствии приказом МЗ РФ от 14.09.2020 № 972н)
Оформляется медицинское заключение об отсутствии в организме человека наркотических средств, психотропных веществ и их метаболитов (форма 003-О/У, утвержденная приказом МЗ РФ от 26.11.2021 № 1104н)
Формируется медицинское заключение в форме электронного документа, подписанного с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи (УКЭП) медицинского работника и ГБУЗ ККНД

5. Действия участкового врача психиатра-нарколога в рамках
медицинского осмотра:

- сбор жалоб на момент осмотра, анамнестических сведений, физикальное обследование, скрининговые методики для установления принадлежности к группе риска;
- сбор объективных сведений (беседы с ближайшим социальным окружением, характеристики с места работы, от участкового уполномоченного полиции);
- повторные лабораторные исследования: этилглюкуронид, ГГТ, АСТ, АЛТ, MCV, CDT-исследование;
- патопсихологическое обследование группы риска, с привлечением в случае необходимости смежных специалистов;
- стационарное обследование;
- решение вопроса допуска гражданина к владению оружием на заседании врачебной комиссии.

Заключение. Медицинское освидетельствование граждан на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием в части наркологического медицинского осмотра претерпело существенные изменения на законодательном уровне – подход к процедуре наркологического осмотра (освидетельствования) стал структурированным и исключает недоразумения и жалобы от граждан.

ЭКОГУМАНИТАРНАЯ ТЕХНОЛОГИЯ «АРХЕТИПИЧЕСКИЙ АРТ-КОНСТРУКТОР»

Копытин А. И.

Кафедра психологии

*Санкт-Петербургская академия постдипломного педагогического образования,
Россия, г. Санкт-Петербург*

Аннотация. В статье представлена оригинальная экогуманитарная технология, «Архетипический арт-конструктор», основанная на представлениях архетипической психологии и экопсихологии, ключевых положениях полидисциплинарного экогуманитарного подхода. Описываются основы

методологии и методики практического применения Архетипического арт-конструктора.

Ключевые слова: архетип, архетипическая фигура, архетипический ландшафт, архетипическая психология, экогуманитарный подход, экопсихология

**ECO-HUMAN TECHNOLOGY
«ARCHETYPICAL ART CONSTRUCTION»**

Копытин А. И.

Department of Psychology

St.-Petersburg Academy of Postgraduate Pedagogical Education,

St.-Petersburg, Russia

Abstract. The article presents the eco-human technology, «Archetypic art-constructor», based on the ideas of archetypal psychology and eco-psychology, the key provisions of the multidisciplinary eco-human approach. The methodology and methods of practical application of the Archetypal Art Constructor are briefly described.

Keywords: archetype, archetypal figure, archetypal landscape, archetypal psychology, eco-human approach, ecopsychology

Введение.

Общая характеристика экогуманитарной технологии «Архетипический арт-конструктор»

Экогуманитарная технология «Архетипический арт-конструктор» [2] основана на представлениях архетипической психологии и экопсихологии, ключевых положениях полидисциплинарного экогуманитарного подхода [2, 4], включает набор стимульных материалов в виде архетипических фигур и архетипических ландшафтов, описывающую жизненный цикл человека в его связи с миром природы.

«Архетипический арт-конструктор» включает разнообразные методики практического применения с целью творческого самовыражения, саморегуляции и самопознания, достижения гармонизирующих, психокоррекционных и психотерапевтических эффектов. Он может быть использован с лицами разного возраста (начиная с 6 лет) - как со здоровыми, так и имеющими нарушения адаптации, проблемы психического здоровья или психологические запросы, в рамках психотерапии и психологического консультирования, тренингов и программ личностного роста, психообразовательных и арт-педагогических проектов.

Представления об архетипах коллективного бессознательного и приемы эмпирической работы с ними в психотерапии связаны с аналитической психологией К.Г. Юнга и архетипической психологией. «Архетипическая матрица» реальности проявляется в повторяющихся мотивах, «вечных» темах и образах мировой культуры. Проявления архетипических образов и сюжетов в творческой деятельности тесно связаны с возможностями личности, сообществ и культуры в целом успешно адаптироваться к изменяющимся условиям жизни на основе синхронизации деятельности сознания с глубинными интенциями человеческой психики, с одной стороны, и природными и социальными процессами, с другой стороны. Поэтому при создании Архетипического арт-конструктора также были использованы ключевые положения экопсихологии, методологической предпосылкой для которой выступает отношение «индивид – среда».

Формы применения, назначение Архетипического арт-конструктора и решаемые с его помощью задачи различны. Работа с Архетипическим арт-конструктором может включать не только обсуждение и психологический анализ (интерпретацию) выбираемых образов, но и разные виды творческой активности — составление композиций из готовых элементов конструктора и включение в них изображений, созданных руками участников занятий, создание художественных описаний ландшафтов, ролевою игру, направленную

визуализацию с представлением разворачивающихся в ландшафте архетипических сюжетов и встреч с архетипическими персонажами с их последующим изображением на рисунке.

Фигуры и ландшафты Архетипического арт-конструктора

Архетипические образы разнообразны, представлены разными группами человеческих, животных, растительных форм и групп объектов – целостных ландшафтов. В Архетипическом арт-конструкторе использованы две группы визуальных стимулов - архетипические фигуры и архетипические ландшафты.

Архетипические фигуры

Архетипические фигуры являются ярким персонифицированным выражением наиболее универсальных психологических качеств, связанных с процессами дифференциации и интеграции психики в онтогенезе. Архетипические фигуры как парциальные субъектности обычно описываются в аналитической литературе под именами Шута (Трикстера), Мудреца, Великой Матери, Великого Отца, Воина и другими.

Архетипические фигуры можно обнаружить повсюду, где человеческое воображение создает свои продукты, в которых проявляются и действуют реальные или сверхъестественные субъекты, герои истории и мифов. Иногда они также включены в картины психопатологических переживаний. Обладая как всякий архетипический образ своей «телесностью» и характером, эти образы мощно воздействуют на субъектов восприятия. Часто происходит идентификация с архетипическими фигурами, либо наделение качествами архетипического персонажа реального человека.

В большинстве случаев архетипические фигуры находятся в определенных типических *ситуациях*, позволяющих мобилизовать и раскрыть соответствующие качества образа. Эти ситуации характеризуются определенными отношениями, в которые вступает персонаж, совершая последовательность действий, реализуя свой архетипический *драматический сценарий*.

Ситуации, связанные с проявлениями архетипической фигуры или их группы, нередко описывается в терминах драмы, часто приобретающей особо значительный масштаб, как это характерно для «великих драм» истории, религии и мифа. Такая ситуация имеет определенную динамическую структуру, развивающуюся от момента открытия сцены, появления персонажей, возникновения завязки, до кульминации и наступления развязки. Психическая структура архетипа с его ситуацией обуславливает драматический процесс, имеющий определенное отношение к жизненной истории человека, однако построенный на более универсальных содержаниях опыта.

Фигуры архетипических персонажей, выбираемые консультируемым на основе центрирования на определенных задачах и ситуациях, помогают более глубоко рассмотреть внутренние и внешние факторы, определяющие появление тех или иных ситуаций, их динамику и исход, способствуя тем самым адаптации личности к ситуации, ее осмыслению и формированию определенного отношения к ней, ее эмоциональному восприятию и выстраиванию оптимальной линии поведения.

Фигуры помогают консультируемому лучше понять свой внутренний мир, свое состояние и настрой, рассматривая их в единстве с конкретикой жизненных обстоятельств и глубинно-психологических оснований и интенций в качестве «ориентиров» для понимания своих отношений с действительностью, в единстве с актуальной ситуацией и ее предполагаемым развитием в будущем.

Фигуры архетипических персонажей могут восприниматься и как внешние фигуры, с которыми консультируемый уже находится или может находиться в контакте, и как фигуры внутренние – субъектные архетипические позиции и качества, которые заключены в личности или могут стать актуальными, проявляясь более активно во взаимодействии с жизненной средой.

Архетипический ландшафт

В аналитической и архетипической психологии ландшафт нередко рассматривается как фон, на котором может проявляться та или иная архетипическая фигура. Конкретные характеристики этой среды и ее связь с архетипической фигурой или ситуацией, как правило, не рефлексированы. В то же время, они имеют существенное значение, обеспечивая более дифференцированное, эмоционально и чувственно наполненное переживание архетипа в динамике проявления его внутренних свойств.

Символическая трактовка иконографических пейзажных образов в архетипической психологии определяется как место предполагаемого присутствия той или иной архетипической фигуры или происходящего архетипического события и связана с пространственной системой пейзажа, его колористической доминантой, знаковыми элементами, композиционными и цветовыми решениями, объектами и процессами, связанными, в частности, с временем года и суток, природными явлениями и другими особенностями пейзажа.

Архетипическое значение ландшафта также может раскрываться в перспективе его драматической трактовки. Пейзаж является важным фактором создания типических ситуаций, которые характеризуются определенными отношениями персонажей в системе повествования, и в которых эти персонажи совершают определенную последовательность действий, реализуя свой драматический сценарий. В этом смысле архетипический ландшафт может рассматриваться как «декорация» к драме определенного тематического содержания.

Благодаря пребыванию в таком пространстве (виртуально, в своем воображении, либо реально, физически), человек начинает переживать себя как участника событий «архетипического театра» с характерными для него образами и темами; в нем и вокруг него начинают оживать и действовать архетипические фигуры. Архетипический ландшафт может, таким образом,

восприниматься не только в качестве физического пространства, но как такая живая среда, которая раскрывает свою архетипическую сущность вместе с действующим персонажем, Героем (каковым становится погруженный в эту среду человек).

Применительно к практике архетипической психологии как метода психологической (психотерапевтической) работы с личностью это связано с приданием важного значения неаналитическим приемам, основанным на творческой активности субъекта, его ответной реакции на среду и объекты. Такая работа требует поддержки и углубления *субъективной перспективы* их восприятия, основанной на вживании в образы и творческом взаимодействии с ними.

Рассматривая набор архетипических ландшафтов арт-конструктора с позиций экопсихологического подхода, следует признать принципиально важным учет их различных качественных характеристик, не сводимых к физическим составляющим среды, но составляющих их субъект-порождающий потенциал («скрытую субъектность среды»).

Использование в Архетипическом арт-конструкторе изображений различных природных ландшафтов как одного из способов актуализации и выражения глубинно-психологического опыта может быть обосновано с точки зрения экопсихологических представлений о субъектификации природных объектов и ландшафтов (в более широком смысле - жизненной среды человека). Субъектификация среды человеком обусловлена специфическими механизмами социальной перцепции, а ее проявления имеют социогенетически и онтогенетически детерминированные закономерности [1].

Феномен субъектификации играет важную роль в процессе развития отношения личности к природным объектам, является основой субъектно-этического типа отношения к природе. В то же время, наделение природных объектов субъектностью – может рассматриваться с разных позиций. Одна из позиций, достаточно обстоятельно обоснованная и исследованная С.Д. Дерябо

[1], связана с признанием природных объектов как средств отражения человеческой субъектности, актуального Я индивида. Согласно С.Д. Дерябо [1], субъектификация природных объектов позволяет реализовать их следующие основные субъектные функции: а) обеспечивать человеку переживание собственной личностной динамики, б) являться живым посредником в отношениях человека с миром, в) выступать в качестве субъекта совместной деятельности и общения.

В российской экопсихологии также описан иной тип субъект-средовых взаимодействий, связанный с понятием субъект-порождающего взаимодействия [4], то есть, когда психика обретает форму актуального существования, переходит из «бытия в возможности» в «бытие в действительности» в процессе взаимодействия человека с окружающей средой. Психика при этом рассматривается как форма бытия, порождаемая в «зазоре» отношения «индивид – среда». «Психика ...предстает как становящееся качество (свойство) системы «человек - окружающая среда», которое (поскольку оно системно) не сводится к актуальным свойствам ни «человека», ни «окружающей среды» как компонентов указанной системы, но обуславливается ими. Это означает, что становление психической реальности как качества этой системы происходит в функциональном диапазоне, пределы которого задаются актуальными свойствами ее компонентов, то есть человека и окружающей среды» (С. 14). При данном типе субъект-средовых взаимодействий формируется новые компоненты субъектности, не сводимые к тому набору ее характеристик, который отличал индивида до начала этого процесса.



Рис. 1. Примеры архетипических фигур (слева направо: Дикая Женщина, Вечный Подросток и Мудрая Женщина), включенных в набор визуальных стимулов Архетипического арт-конструктора.



Рис. 2. Примеры архетипических ландшафтов (сверху вниз: Дикая Женщина, Вечный Подросток и Мудрая Женщина), включенных в набор визуальных стимулов Архетипического арт-конструктора

Заключение. В статье была представлена Экогуманитарная технология «Архетипический арт-конструктор» [2], основанная на представлениях архетипической психологии и экопсихологии, ключевых положениях полидисциплинарного экогуманитарного подхода [2,4].

С точки зрения экопсихологии и архетипической психологии и с привлечением понятия субъективизации природных объектов, были кратко пояснены сущность и психологические механизмы, связанные с субъект-порождающим взаимодействием индивида с реальными или представленными на картинах и в фантазиях природными ландшафтами. Помимо характерного для архетипической психологии анализа образной продукции субъектов консультирования, важное значение при этом приобретает раскрытие субъективной перспективы восприятия стимульных образов конструктора с использованием разных форм творческой активности.

Методика работы с Архетипическим арт-конструктором отличается от традиционного аналитического подхода тем, что предполагает более активное участие субъекта консультирования. Он не только и не столько получает соответствующие пояснения от эксперта или знакомится с известными значениями карт, перенося их на свою жизненную ситуацию, сколько использует карты как стимул или «подсказку», творчески откликаясь на них и осмысляя свой опыт, учась доверять воображению, реализуя внутренние механизмы адаптации, приобщения к экопоэтической картине мира.

Литература / References:

1. Дерябо С.Д. Феномен субъективизации природных объектов. Автореферат дисс. на соиск. ученой степени доктора психол. наук. – М.: МГППУ, 2002.
2. Копытин А.И. Экогуманистика как путь согласования бытия природы и человека // Экопоэзис: экогуманитарные теория и практика. – 2020. – Т. 1,

№ 1. [Электронный ресурс]. – URL: <http://ecopoiesis.ru> (дата обращения: 09.09.2022).

3. Копытин А.И. Экогуманитарная технология «Архетипический арт-конструктор»: методическое руководство. – СПб.: Иматон, 2022. – 152 с.

4. Экопсихология развития психики человека на разных этапах онтогенеза (под об. Ред. В.И. Панова и Ш.Р. Хисамбеева) — М.; СПб.: Психологический институт РАО; Нестор-История, 2013. — 384 с.

5. Ecopoiesis: a new perspective for the expressive and creative arts therapies in the 21st century (Eds. A.I. Kopytin and S.K. Levine). – London & Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers, 2022.

ЭКОГУМАНИТАРНЫЙ ПОДХОД И ЭКОГУМАНИТАРНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ (НА ПРИМЕРЕ ЭКОЛОГИЧЕСКОЙ АРТ-ТЕРАПИИ И АРТ-ПЕАГОГИКИ)

Копытин А. И.

Кафедра психологии

*Санкт-Петербургская академия постдипломного педагогического
образования, Россия, г. Санкт-Петербург*

Аннотация. Раскрывается понятие полидисциплинарного экогуманитарного подхода, с учетом экологической проблематики современности. Дается определение экогуманитарных технологий – технологий формирования экологического сознания и экологической культуры, культуры устойчивого развития на основе использования тех методов, которые характерны для гуманитарных наук. Особая роль отводится экогуманитарным технологиям, связанным с арт-терапией и арт-педагогикой. Поясняются сущность и назначение арт-терапии и арт-педагогики как научно-практических дисциплин, обладающих значительным потенциалом применительно к задачам устойчивого развития. Описываются ключевые

установки и теоретические основы экологической (природоцентрированной) арт-терапии и арт-педагогики.

Ключевые слова: арт-терапия, арт-педагогика, экогуманитарный подход, экогуманитарные технологии, образование в интересах устойчивого развития, экопсихология, экологическое сознание, экологическая культура, культура устойчивого развития.

**ECO-HUMAN APPROACH AND ECO-HUMAN TECHNOLOGIES (ON
THE EXAMPLE OF ENVIRONMENTAL ART THERAPY
AND ART PEAGOGY)**

Kopytin A.I.

Department of Psychology

St.-Petersburg Academy of Postgraduate Pedagogical Education,

St.-Petersburg, Russia

Abstract. The concept of a multidisciplinary eco-human approach is revealed, taking into account the environmental issues of our time. The definition of eco-human technologies is given - technologies for the formation of environmental consciousness and environmental culture, a culture of sustainable development based on the use of those methods of the human sciences. A special role is given to eco-human technologies of art therapy and art pedagogy. The essence and purpose of art therapy and art pedagogy as scientific and practical disciplines with significant potential in relation to sustainable development are explained. The key notions and theoretical foundations of environmental (nature-centered) art therapy and art pedagogy are described.

Keywords: art therapy, art pedagogy, eco-human approach, eco-human technologies, education for sustainable development, ecopsychology, ecological consciousness, ecological culture, culture of sustainable development.

Введение. Экогуманистика, экогуманитарный подход

Обычно экология не включена в круг гуманитарных наук и относится к естественным наукам, поскольку изучает мир природных объектов, взаимодействие живых организмов и их сообществ между собой и с окружающей средой. В то же время, есть основания рассматривать экологию как науку, объединяющую все сферы и методы научного познания, включая гуманитарные науки и их методы.

Признание связи экологии с гуманистикой в настоящее время становится все более актуальным, поскольку без этого принципиальный поворот в подходах к решению экологических проблем произойти не может, ибо эти подходы будут по-прежнему основаны на технологических мерах, не затрагивая при этом сознания и самосознания людей и их отношений с миром природы. Полидисциплинарный экогуманитарный подход при этом развивается как область научного знания, объединяющая в единый предмет исследования природу и человека [2, 7, 8] и вводящая экологию в контекст гуманитарных наук. В качестве основного предмета экогуманитарного подхода выступают сущность человека и его субъектность в процессе его самопознания и в системе его отношений с окружающей средой как части целостного образования «человек – жизненная среда».

Экогуманитарный подход в настоящее время выступает в качестве «системы гуманитарных знаний, способов мышления, теорий и стандартов, в соответствии с которыми осуществляется построение, обобщение и эксперименты в гуманитарной области. Экогуманитарный подход, вместе с характерными для него экогуманитарными методами и технологиями являются гуманитарными изобретениями, охватывающими те сферы культуры, которые изучаются гуманитарными науками» [7, С.12].

Термин «экогуманистика» был впервые использован Михаилом Эпштейном [11], определяющим его как область «исследований тех форм и признаков человеческого, которые постепенно архаизируются, уходят в

историческое прошлое в связи с развитием техносреды и соответствующих технических навыков и наклонностей» (С. 129). В соответствии с таким определением, экогуманистика представляет собой нишу «естественного» человека, который не подвергся техническим трансформациям, является выходцем «консервативной», природной среды» [11, С.129-130].

Иная трактовка экогуманистики в соответствии с экогуманитарным подходом [2, 7, 8] связывает экологизацию современного человека с ростом его экологического сознания и самосознания, формированием экологической культуры, культуры устойчивого развития, признанием природы и человека как составляющих две подсистемы единого целого, развивающиеся и функционирующие по единым законам [3, 7, 10].

Экогуманитарный подход предлагает свои средства преодоления экологического кризиса и кризиса гуманитарного знания, а также свои способы для решения задач устойчивого развития, согласования технологических, экологических и гуманитарных запросов современной культуры. Данный подход может рассматриваться как часть экологического движения, и, по сути, как фактор становления экогуманитарной парадигмы, если рассматривать текущую ситуацию с точки зрения ключевых отличий парадигмальных изменений, представленных Т. Куном [16].

Ведущий электронным СМИ, поддерживающим развитие экогуманитарного подхода, на сегодняшний день является международный сетевой научный журнал «Экопоэзис: экогуманитарные теория и практика» [<https://ecopoiesis.ru/>]. Экогуманитарный подход является основой для создания новых гуманитарных технологий в широком спектре научных дисциплин и социокультурной практики – в педагогике, образовании, просвещении, психологии, психотерапии, медицине, искусстве и культуре в целом. Эти новые гуманитарные технологии обозначаются как *экогуманитарные технологии* [7]. Они могут выступать технологиями формирования экологического сознания и экологической культуры,

культуры устойчивого развития на основе использования тех методов, которые характерны для гуманитарных наук.

Проблемы **формирования культуры устойчивого развития и экологического сознания** являются центральными в экогуманитарном подходе, поскольку **культура устойчивого развития и экологическое сознание** опосредуют взаимодействие человека с природной и социокультурной средой. Значительное внимание экогуманитарный подход уделяет решению этих проблем средствами психологической и педагогической науки, искусствознания, в частности, с привлечением концепций и средств такой новой научно-практической дисциплины, как **экопсихология**.

Экологическое сознание [12] и культура устойчивого развития в экопсихологических исследованиях рассматриваются как включающие в себя когнитивный, эмоциональный, поведенческий и поступочный компоненты. Они также рассматриваются как момент и условие бытия человека на разных возрастных этапах его развития и во взаимодействии с разными видами жизненной среды. При этом экологическое сознание и культура устойчивого развития понимаются в качестве центрального мировоззренческого компонента человека, предопределяющего его поведение в экологически и социально проблемных ситуациях, его способность ответственно относиться к окружающей среде и следовать природосообразному образу жизни [2,3].

Значение экогуманитарного подхода для педагогики окружающей среды и образования в интересах устойчивого развития

Педагогика окружающей среды и образование в интересах устойчивого развития (ОУР) оформляются как стратегические направления модернизации отечественного и зарубежного образования, позволяя объединить множество разрозненных направлений обучения и воспитания общей идеей улучшения

качества жизни настоящего и будущего поколений без ущерба для окружающей среды.

ОУР является глобальным образовательным проектом опережающего характера, имеющего основной целью формирование культуры устойчивого развития и основанным на новых «человековключающих» моделях познания, коэволюционных ценностях, конструктивно-творческой созидательной деятельности во взаимодействии человека с жизненной средой включая ее природные и социокультурные компоненты [4].

Формирование культуры устойчивого развития предполагает рассмотрение идей, положений и принципов ее эффективного претворения в жизнь, требует определения критериев и индикаторов оценки эффективности ее реализации. Среди ключевых идей, связанных с концепцией формирования культуры устойчивого развития, можно выделить следующие:

- идею качества окружающей среды;
- идею ценности жизни и безопасности человека во всех окружающих его средах (природной, социальной, техногенной, культурной, образовательной и др.);
- идею качества жизни человека в окружающей среде
- идею ценности здоровья человека и благополучия его жизненной среды [3].

В настоящее время в педагогике окружающей среды и ОУР используются разные методологические подходы: экологический, культурологический, системно-деятельностный, средовой, психолого-экологический, аксиологический, интегративно-синергетический и некоторые другие. При рассмотрении процессов образования и воспитания все они признают тесную связь между жизнью, безопасностью, здоровьем и качеством жизни человека и здоровьем и качеством его жизненной среды.

Экологическая / природоцентрированная арт-терапия и арт-педагогика

Арт-педагогика и арт-терапия обладают значительным потенциалом для повышения эффективности процессов лечения и профилактики психических и соматических заболеваний и нарушений адаптации, а также воспитания и социализации. Арт-терапия определяется это система лечебно-профилактических воздействий на личность, основанная на занятиях искусством, творческой активности, применяемая с целью лечения, профилактики, реабилитации, развития и адаптации [5].

Арт-педагогика – это отрасль педагогической науки и практики, базирующаяся на интеграции педагогики и искусства и изучающая закономерности воспитания и развития человека посредством искусства. Арт-педагогика может быть использована как со здоровыми обучающимися, так и обучающимися с особыми образовательными потребностями, имеющими те или иные проблемы физического или психологического здоровья, нарушения в развитии. В этом случае она может реализовывать коррекционную и адаптивную функции.

В настоящее время арт-терапия и арт-педагогика все более активно используются для создания экогуманитарных технологий, позволяющих использовать целебные факторы творческой личностной активности и взаимодействия с жизненной средой в соответствии с целевыми установками экогуманитарного подхода, принимая во внимание потребности и проблемы не только здоровья и благополучия людей, но и состояние окружающей среды [6, 13, 14, 15, 17, 18]. Она помогает освоить различные виды творческого непрагматического взаимодействия с жизненной средой, природой, культурой и социальной средой как в терапии, так и в образовании и повседневной жизни. На основе интеграции представлений современной экогуманистики и экологического искусства формируются экологическая (природосообразная) арт-терапия и арт-педагогика [6, 14, 15, 17].

Экологическая арт-терапия и арт-педагогика представляют собой инновационное психотерапевтическое направление, основанное на новом понимании роли искусства в обеспечении здоровья населения и окружающей среды, поддержке взаимоподдерживающих отношений человека с миром природы.

Экологическая арт-терапия ориентирована на включение человека в экосистему, его эмпатическую настройку на жизненную среду, развитие экологического сознания и самосознания. Результатом этого процесса является улучшение здоровья и психологического благополучия человека, восприятие им себя как «экологического субъекта», укреплением его эко-идентичности [19, 20]. Экологической арт-терапии принадлежит важная роль в освоении эффективных форм творческой личностной адаптации в ситуации экологического неблагополучия, перед лицом различных патогенных факторов. Она может быть использована в контексте новых здоровьесберегающих подходов, ориентированных на решение задач как микроуровня, касающегося индивидуальных потребностей и проблем здоровья человека, так и задач макроуровня, связанного с проблемами окружающей среды [13].

Некоторые характерные отличия экологической (природоцентрированной) арт-терапии заключаются в следующем:

- проведение занятий не только в помещении, но и на свежем воздухе, что создает дополнительные возможности для взаимодействия с миром природы;
- поддержка этической позиции человека в его отношениях с миром природы, связанной с проявлением эмпатии и восприятием жизненной среды как «общности субъектов», с которыми устанавливаются субъект-субъектные отношения;
- использование практик, которые развивают способность к целостному, осознанному восприятию жизненной среды, ответственному экологическому выбору и действиям;

- опора на разные виды творческого, непрагматического взаимодействия с жизненной средой, миром природы, позволяющие развивать способность видеть и создавать красоту в ее экологическом значении, в качестве эффективных форм саморегуляции и стратегий совладающего поведения, которые можно использовать как в терапии, так и в повседневной жизни в интересах сохранения здоровья;

- направленность на обогащение экологическими знаниями, формирование экологического сознания, культуры устойчивого развития в качестве важного условия профилактики возможного разрушительного воздействия на природную среду и снижения рисков развития соматических и психических расстройств в результате нездорового, неэкологичного образа жизни и воздействия патогенных факторов окружающей среды.

Заключение. Усугубляющийся экологический кризис, наряду с кризисом гуманитарного знания, обуславливают развитие экогуманитарного подхода, центральным предметом изучения которого выступает сущность человека в процессе его самопознания, и в его отношениях с миром природы.

При этом «озеленение общественного здравоохранения» [3] и становление образования в интересах устойчивого развития выступают в качестве стратегических направлений модернизации медицины и образования, позволяющих объединить инновационные направления воспитания и здоровьесберегающей практики общей идеей улучшения благополучия и качества жизни настоящего и будущего поколений без ущерба для окружающей среды. Особенностью экогуманитарной повестки дня современности как глобального цивилизационного проекта является ее опережающий характер, обусловленный специфической целью формирования культуры устойчивого развития, базирующейся на новых «человековключающих» моделях познания, коэволюционных ценностях, конструктивно-творческой

созидательной деятельности во взаимодействии человека с жизненной средой включая ее природные и социокультурные компоненты.

Развивающиеся на основе экогуманитарного подхода экологическая арт-терапия и арт-педагогика ориентирует личность на адаптацию, осмысление и творческое созидание в окружающей среде, выступают одним из источников для разработки инновационных технологий, способствующих преодолению отчужденности человека от природы, формированию опыта культурообусловленных взаимоотношений между ними, взаимного единения и ценностного отношения.

Литература / References:

1. Алексеев С.В. Педагогика окружающей среды и устойчивого развития: теория и практика: монография / С.В. Алексеев, Н.И. Корякина, Е.А. Рипачева; под общ. ред. С.В. Алексеева. – СПб.: СПб АППО, 2015. – 230 с. – (Научные школы академии).
2. Алексеев С.В. Гуманитарное измерение экологической культуры человека: экогуманитарный подход // Экопозис: экогуманитарные теория и практика. – 2020. – Т. 1, № 1. [Электронный ресурс]. – URL: <http://ecopoiesis.ru> (дата обращения: чч.мм.гггг).
3. Алексеев С.В. Размышления о модели «образование в интересах устойчивого развития – через культуру» // Экопозис: экогуманитарные теория и практика. – 2021. – Т. 2, № 1. [Электронный ресурс]. – URL: <http://ecopoiesis.ru> (дата обращения: 02.09.2021).
4. Винокурова Н.Ф., Лощилова А.А. Формирование культуры устойчивого развития на основе технологии культурно-ориентированных интегральных ситуаций // Экопозис: экогуманитарные теория и практика. – 2021. – Т. 2, № 1. [Электронный ресурс]. – URL: <http://ecopoiesis.ru> (дата обращения 21.05.2022).
5. Копытин А.И. Клинические, социальные и педагогические аспекты арт-терапии в контексте профессионализации и саморегулирования // Арт-

терапия и арт-педагогика: новые возможности для развития и социализации личности: Сборник материалов третьей всероссийской научно-практической конференции (Под общ. ред. А.И. Копытина А.И. - СПб - г. Грязи (Липецкая область): Скифия-принт, 2017а. - С.10-22.

6. Копытин А.И. Средовой и экологический подходы в арт-терапии и арт-педагогике: методическое пособие. – СПб.: СПб АППО, 2017б. – 52 с.

7. Копытин А.И. Экогуманистика как путь согласования бытия природы и человека // Экопоэзис: экогуманитарные теория и практика. – 2020б. – Т. 1, № 1. [Электронный ресурс]. – URL: <http://ecopoiesis.ru> (дата обращения: 02.05.2022).

8. Копытин А.И. Архетипическая психология в контексте экогуманитарного подхода // Экопоэзис: экогуманитарные теория и практика. – 2020а. – Т. 1, № 2. [Электронный ресурс]. – URL: <http://ecopoiesis.ru> (дата обращения: 02.05.2022).

9. Копытин А.И. Экологическая, природоцентрированная терапия искусством // Экопоэзис: экогуманитарные теория и практика. – 2021. – Т. 2, № 2. [Электронный ресурс]. – URL: <http://ecopoiesis.ru> (дата обращения: 08.09.2022).

10. Панов В.И. Экопсихологические взаимодействия: виды и типология // Социальная психология и общество. – 2013. – Т.4, №3. – С.13-27.

11. Эпштейн М.Н. От знания – к творчеству. Как гуманитарные науки могут изменять мир. – М.- СПб.: Центр гуманитарных исследований, 2016. – 480 с.

12. Ясвин В.А. Исследование структурных характеристик личностного отношения к природе // Психологический журнал. – 1995 а. – Т. 16. – №3. – С. 70-73.

13. Burls A. People and green spaces: promoting public health and mental well-being through eco-therapy // Journal of Public Mental Health. – 2007. – Vol. 6, №3. – P.24-39.
14. Kopytin A. & Rugh M. (Eds.), Green studio: nature and the arts in therapy. – New York: Nova Science Publishers, 2016.
15. Kopytin A. & Rugh M. (Eds.), Environmental expressive therapies: nature-Based theory and practice. – New York: Routledge/Francis & Taylor, 2017.
16. Kuhn T. The structure of scientific revolutions. – Chicago: The University of Chicago Press, 1962.
17. Levine S.K. & Kopytin A. Eco-poiesis: a new perspective for the expressive and creative arts therapies in the 21st century. – London & Philadelphia, 2022.
18. Maller C., Townsend M., Pryor A., Brown P., & St. Leger L. Healthy nature healthy people: ‘Contact with nature’ as an upstream health promotion intervention for populations // Health Promotion International, – 2006. – Vol 21. – P.45–54.
19. Næss A. Ecology, community and lifestyle: Outline of an ecosophy. Cambridge: Cambridge University Press, 1989.
20. Næss A. The deep ecology movement: some philosophical aspects // Environmental ethics (Ed. H Rolston). – Oxford: Blackwell, 2003. – P. 112-127.

**ЗАВИСИМОСТЬ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ ОТ
СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ И СПЕЦИФИКИ
ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ**

Кочуров М.Г.

*Кафедра клинической психологии, психологии и педагогики
ФГБОУ ВО «Кировский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Россия, г. Киров*

Аннотация. В данной статье проведен анализ зависимости эмоционального выгорания от социально-демографических факторов и специфики профессиональной деятельности медицинских работников. Рассмотрено понятие эмоционального выгорания и факторы, влияющие на его развитие. Приведены результаты эмпирического исследования эмоционального выгорания медицинских работников с использованием опросника «Эмоциональное выгорание» В.В. Бойко.

Ключевые слова: эмоциональное выгорание, медицинские работники, социально-демографические факторы, профессиональная деятельность, стресс.

**DEPENDENCE OF EMOTIONAL BURNOUT ON SOCIO-
DEMOGRAPHIC FACTORS AND THE SPECIFICITY OF THE
PROFESSIONAL ACTIVITY OF MEDICAL WORKERS**

Kochurov M.G.

*Department of Clinical Psychology, Psychology and Pedagogy
Kirov State Medical University*

Abstract. This article analyzes the dependence of emotional burnout on socio-demographic factors and the specifics of the professional activity of medical workers. The concept of emotional burnout and factors influencing its development are considered. The results of an empirical study of emotional burnout of medical workers using the questionnaire «Emotional burnout» by V.V. Boyko.

Keywords: emotional burnout, medical workers, socio-demographic factors, professional activity, stress.

Введение. Изучением синдрома эмоционального выгорания занимались отечественные и зарубежные авторы: Х.Дж. Фрейденбергер, К. Кондо, Р. Кочюнас, М. Буриш, Н.В. Гришина, В.В. Бойко, Е.К. Маслач, Дж. Гринберг, Б. Перлман, Е.А. Хартман и др.

В наиболее общем виде эмоциональное выгорание трактуется как долговременная стрессовая ситуация, возникающая вследствие продолжительных профессиональных стрессов средней интенсивности. Рядом авторов синдром обозначается понятием «профессиональное выгорание», что позволяет рассматривать это явление в аспекте личной деформации профессионала под влиянием профессиональных стрессов.

Большинство авторов определяют синдром эмоционального выгорания как процесс постепенной утраты эмоциональной, когнитивной и физической энергии, проявляющийся в симптомах эмоционального, умственного истощения, физического утомления, личной отстраненности и снижения удовлетворения исполнением работы.

Другое понятие синдрома – механизм психологической защиты в форме полного или частичного исключения эмоций в ответ на избранные психотравмирующие воздействия [1, с. 12].

Впервые термин был использован американским психиатром Х. Дж. Фрейденбергом в 1974 году для характеристики психологического состояния здоровых людей, находящихся в тесном общении с клиентами в эмоционально нагруженной атмосфере при оказании профессиональной помощи [5, с. 49].

Наиболее подробное описание синдрома «эмоционального выгорания» дала социальный психолог К. Маслач. По её мнению, синдром представляет собой трёхмерный конструкт, включающий: эмоциональное истощение, деперсонализацию, редуцирование личных достижений [41, с. 8].

В 1982 году исследователи Б. Перлман и Е.Х. Артман выделили три основных категории факторов, инициирующих синдром. К ним относятся: личностные, организационные и ролевые [4, с. 97].

К. Маслач и С. Джексон, исследуя влияние различных факторов на формирование эмоционального выгорания, отмечают, что выгорание является результатом несоответствия между личностью и работой [2, с. 123].

Исследованием эмоционального выгорания медицинских работников занимались: Д.А. Марченко-Тябут, А.А. Головач, И.А. Бердяева, Л.Н. Войт, Л.М. Юрьева.

Вероятность и степень проявления синдрома эмоционального выгорания медицинского работника является результатом комплексного сочетания различных параметров: пол; возраст; стаж работы; личностные психоэмоциональные характеристики; область специализации; семейное положение; тип лечебно-профилактической организации; режим работы; социально-психологический климат [3, с. 98].

Объекты и методы. Исследование проводилось на базе ЧУЗ «Клиническая больница «РЖД-Медицина» города Киров. В исследовании приняли участие 43 медицинских работника в возрасте от 23 до 65 лет,

Эмпирические методы: опросник «Эмоциональное выгорание» В.В. Бойко; анкета (8 вопросов: пол, возраст, семейное положение, образование, занимаемая должность, профиль (отделение), стаж работы, категория).

Методы математической статистики: корреляционный анализ (коэффициент линейной корреляции Пирсона), однофакторный дисперсионный анализ (использовался для анализа влияния переменных в номинальной шкале).

Предварительно была проведена проверка нормальности распределения переменных критерием согласия Колмогорова-Смирнова (λ). Значения d находились в диапазоне: $0,11 \div 0,16$, при $p < 0,05 \div 0,10$.

Результаты и их обсуждение.

Данные анализа отражены в таблицах 1 и 2.

Как видно из таблицы 1, были выявлены 5 значимых связей между 2 социально-демографическими факторами и 3 показателями эмоционального выгорания. Все связи обратные.

Исходя из таблицы 1 и значения коэффициента корреляции, следует, что чем ниже возраст, тем выше фазы напряжения и истощения, чем меньше стаж работы, тем выше все 3 фазы выгорания.

Таблица 1.

Матрица корреляций эмоционального выгорания с социально-демографическими факторами и спецификой профессиональной деятельности медицинских работников

Социально-демографические факторы и специфика профессиональной деятельности медицинских работников	Показатели эмоционального выгорания (методика В.В. Бойко)		
	Напряжение	Резистенция	Истощение
Возраст	-0,33*	-0,19	-0,31*
Стаж работы	-0,39*	-0,34*	-0,35*

Примечание: * $p < 0,05$

Зависимость эмоционального выгорания от стажа работы медицинского персонала видимо, обусловлена тем, что начинающие специалисты не обладают достаточным практическим опытом, вследствие чего возникают эмоциональные и физические перегрузки. Зависимость эмоционального выгорания от возраста, видимо объясняется тем, что молодой специалист может испытывать эмоциональный шок, который возникает при столкновении с реальной действительностью, часто несоответствующей их ожиданиям. Также следует учитывать, что стаж и возраст являются «сцепленными» факторами в отношении медицинских работников.

Таблица 2.

Результаты однофакторного дисперсионного анализа влияния социально-демографических факторов и специфики профессиональной деятельности на эмоциональное выгорание медицинских работников

Независимые переменные: социально-демографические факторы и специфика профессиональной деятельности медицинских работников	Зависимые переменные: показатели эмоционального выгорания (методика В.В. Бойко) (значение F-критерия)		
	Напряж ение	Резисте нция	Истош ение
Пол	1,16	0,01	1,29
Семейное положение	2,53	1,67	4,86**
Образование	0,08	0,01	0,07
Занимаемая должность	0,11	0,01	0,18
Профиль (отделение)	2,27	2,13	3,38*
Категория	1,54	2,30	2,42

Примечание: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Как видно из таблицы 2, только 2 фактора (семейное положение и профиль) оказали значимое влияние и только на фазу истощения.

Не семейные работники имеют более высокие показатели по фазе истощения эмоционального выгорания, нежели семейные. Это влияние можно объяснить тем, что медицинские работники, имеющие семью, получают в ней психологическую поддержку, и ресурсы. В литературе также подтверждается, что замужние и женатые медицинские работники меньше подвержены эмоциональному выгоранию, чем работники, не состоящие в браке.

Медицинские работники кардиологического отделения имеют более высокие показатели по фазе истощения эмоционального выгорания, чем персонал терапевтического, неврологического и гинекологического отделений. Вероятно, работники кардиологического отделения имеют значительные эмоциональные и энергетические затраты.

Заключение. Анализ научной литературы показал, что медицинские работники подвержены эмоциональному выгоранию и нервно-психическому напряжению, в связи с напряженной, ответственной и тяжелой профессиональной деятельностью.

По результатам исследования были выявлены значимые связи и влияние социально-демографических факторов и специфики профессиональной деятельности медицинских работников на показатели эмоционального выгорания.

Наиболее весомым фактором (по уровню значимости) оказалось семейное положение.

Литература / References:

1. Барабанова, М. В. Изучение психологического содержания синдрома «эмоционального сгорания» [Текст] / М. В. Барабанова. – М. : Вестник МГУ, 2012. – 54 с.
2. Водопьянова, Н. Е. Психическое «выгорание» и качество жизни [Текст] / Н. Е. Водопьянова, Е. С. Старченкова. – СПб. : Питер, 2012. – 316 с.

3. Ларенцова, Л. И. Синдром эмоционального выгорания у врачей различных специальностей: психологические аспекты [Текст] / Л. И. Ларенцова, Л. М. Барденштейн. – М. : Мед. книга, 2011. – 144 с.

4. Орел, В. Е. Феномен «выгорания» в зарубежной психологии: эмпирические исследования [Текст] / В. Е. Орел // Психологический журнал. – 2016. – № 3. – С. 90-101.

5. Реан, А. А. Факторы стрессоустойчивости [Текст] / А. А. Реан, А. А. Баранов // Вопросы психологии. – 2017. – №1. – С. 46-54.

6. Скугаревская, М. М. Синдром эмоционального выгорания [Текст] / М. М. Скугаревская // Медицинские новости. – 2017. – № 7. – С. 3–9.

КОМПЬЮТЕРНО-ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В КОНТЕКСТЕ ПРИМЕНЕНИЯ ПСИХОТЕРАПИИ

Купча Н.В., Пазенко Д.А., Петров Е.Д.

*Российский Национальный Исследовательский Медицинский Университет
им. Н.И. Пирогова, Россия, г. Москва*

Аннотация. В данной работе исследуется применение современных технологий в проведении психотерапии. Были выделены три тематики исследований, которые критически зависят от уровня развития инновационных приспособлений: виртуальная реальность (VR) и дополненная реальность (AR), чат-боты и терапия посредством видеоконференций (VCP). Цель этой статьи – исследовать способы применения новейших технологий в психотерапии, оправданность их использования и выявить их недостатки. В результате исследования были выявлены некоторые недостатки в каждом из этих способов, предложены возможные пути развития и решения выявленных проблем.

Ключевые слова: психотерапия, чат-бот, виртуальная реальность, дополненная реальность, видеоконференция, психологическое воздействие, современные технологии

COMPUTER-INFORMATION TECHNOLOGIES IN THE CONTEXT OF PSYCHOTHERAPY APPLICATION

Kupcha N.V., Pazenko D.A., Petrov E.D.

N.I. Pirogov Russian National Research Medical University

Russia, Moscow

Abstract. This article examines the use of modern technologies in psychotherapy. Three research topics were identified that critically depend on the level of development of innovative devices: virtual reality (VR) and augmented reality (AR), chatbots and videoconferencing psychotherapy (VCP). The purpose of this article is to investigate the means of using the latest technologies in psychotherapy, the justification of their use and to identify their shortcomings. As a result of the study, some shortcomings in each of these methods were identified, possible ways of development and solutions to the identified problems were proposed.

Keywords: psychotherapy, chatbot, virtual reality, augmented reality, video conferencing, psychological intervention, modern technologies

Объекты и методы исследования. Объектом исследования являются методы психотерапевтического воздействия с помощью современных технологий. В качестве методов использовался анализ литературы.

Человечество знакомо с психотерапией еще с 19 века. Тогда она проводилась в том самом классическом варианте, который мы представляем, когда слышим это слово. Психотерапевт работал один на один со своим пациентом в укромном и уютном кабинете. Но в течении 2 веков изменялись не только подходы и способы в психотерапии, но и ее форма. Теперь распространены виды групповых сессий, а также дистанционных, кроме того, набирает обороты использование виртуальной реальности с целью терапевтической помощи.

Использование средств виртуальной и дополненной реальности.

Кибертерапия – также известна как e-терапия, это взаимодействие психолога и клиента посредством компьютерных технологий, которое реализуется посредством текстовой коммуникации или же через различные онлайн платформы. Необходимость в данном виде психологических услуг определяется запросами общества, так как существуют категории людей, которые не могут самостоятельно передвигаться, и встреча с психологом вызывает значительные трудности, также граждане отдаленных районов не всегда имеют в своем округе квалифицированных психотерапевтов. А некоторые просто не в состоянии обратиться к психологу лично, так как находятся в кризисном состоянии. Стоит заметить, что даже сам Зигмунд Фрейд оказывал помощь своим пациентам через письма. В 1977 году было создано ISMHO – международное общество психологического здоровья онлайн. [11, с.25].

В настоящее время развивается подход к использованию виртуальной реальности (VR) и дополнительной реальности (AR) в клинической психологии для лечения некоторых психических расстройств, например, данный метод используется в когнитивно-поведенческой терапии.

VR- это полное погружение человека в мир, созданный компьютером, посредством влияния на его сенсорную систему. Bailenson, Yee исследовали использование джойстика, запоминающего силу и другие параметры нажатия на него, имитирующего рукопожатие. Воздействуя на рецепторы механическими, электрическими, термо и виброактиваторами исследователи вызывали прикосновения, которые значительно усиливают ощущение присутствия в виртуальной среде. [3, с.815].

Была продемонстрирована возможность формирования состояния тревожности и релаксации, посредством виртуальной реальности [9, с.56]. Этот метод можно использовать для терапии, например, ПТСР или различных

невротических состояний, в тех случаях, когда человеку необходимо выйти из состояния постоянной тревоги и напряжения.

AR - это один из видов виртуальной реальности, который включает в себя комбинацию реальных и виртуальных элементов, виртуальные объекты полностью сливаются во всех измерениях с реальным миром и дополняют его. Данный вид терапии оказывается результативным, так как помогает сохранить ощущение присутствие пациента в этом мире [7, с.104]. Данный метод применялся для лечения фобии тараканов. Виртуальное насекомое появлялось на руках испытуемых, в то время как они находились перед монитором и чувствовали себя в безопасности, исследователь полностью контролировал процесс, мог изменять параметры насекомых и их движения, а также мог мгновенно остановить сеанс, что значительно уменьшает вероятность отказа от терапии. [5, с.405].

Чат-боты как способ поддержки психотерапевта. Мы живем в эпоху цифровизации, когда технологии, экономика и наука используют самообучающиеся алгоритмы для упрощения нашей жизни. Этот тренд также влияет на клиническую психологию и психотерапию, например, существуют чат-боты, которые могут использоваться как новейший метод психологического воздействия. Чат-боты – это программы, основанные на скриптах (сюжетах) и поддерживающие постоянное общение на различные темы с пользователем. Общение может быть в том числе терапевтическим, особенно если учесть разработанные технологии полнотекстового поиска [10, с. 125]

Первые попытки использования чат-ботов для терапевтического состоялись в виде воздействия на психическое состояние посредством уменьшения получаемого стресса и борьбы с депрессией, тревожными расстройствами. Чат-боты могут быть «мостом» для связи с людьми с ограниченными возможностями здоровья и проблемами в межличностной коммуникации. Важным вариантом развития чат-ботов является дополнение к

психотерапии посредством их использования, например, для сбора анамнеза или как помощника выполнения заданий в когнитивно-бихевиоральной терапии [6, с. 2].

Технология психологического воздействия через чат-бот является экспериментальной, требующей доработок и дальнейших исследований. Пилотные исследования [4, с. 74] свидетельствуют о целесообразности, осуществимости и приемлемости использования чат-ботов для поддержания психического благосостояния. Участники этих исследований отмечают улучшение психического состояния, уменьшение стресса и симптомов депрессии. Касаясь оценки эффективности этих исследований следует выделить малый размер выборок, что не позволяет говорить о надёжности этих исследований. Также этические проблемы использования чат-ботов остаются неразрешенными, что требует дальнейшего обсуждения этой темы.

Таким образом, существует потребность в проведении исследований различных форм использования чат-ботов. Психотерапевтический процесс намного более сложный и комплексный, чем программируемый аппарат чат-бота может поддержать, поэтому надёжность и валидность получаемых результатов требует особого внимания. Также требуется более подробный анализ конкретной работы этих алгоритмов с целью решения этических проблем. Остается открытым вопрос удобства использования чат-ботов пользователями и вопрос адаптации интерфейса под целевую аудиторию каждого чат-бота [1, 6 с.]. Тем не менее, область использования чат-ботов в психотерапии остается широкой и открытой к будущим изобретениям, поэтому данная тема является одной из актуальных проблем развития психотерапии.

Дистанционная психотерапия. Люди с проблемами психического здоровья могут сталкиваться с препятствиями на пути доступа к эффективной психотерапии. Технология видеоконференции, которая позволяет одновременно обмениваться аудио- и видеoinформацией на разных географических расстояниях, предлагает альтернативу, которая может

улучшить доступ. Использование дистанционной психотерапии набирает популярность как способ предоставления услуг, наилучшим образом отвечающий потребностям клиентов. Videoconferencing psychotherapy (VCP) - проведение психотерапии по защищенной видеосвязи. Однако, до сих пор сохраняется мнение, что предоставление услуги через VCP будет каким-то образом мешать контакту терапевта и клиента. Возможно, из-за этого убеждения психологи неохотно принимают VCP в полной мере [8, с. 2].

Большинство психологов оценили сеансы, проводимые VCP, ниже, чем те, которые проводились лицом к лицу – даже когда фактические сеансы были идентичны по своей природе. Однако терапия, проводимая с помощью VCP, может быть эффективной и имеет результаты, сопоставимые с лечением лицом к лицу.

Мы можем с уверенностью сказать, что VCP не уступает очной сессии в ее результатах. Однако контакт терапевта и клиента уступает, когда терапия проводится с помощью видеоконференции. Эти результаты частично подтверждают мнение, что контакт терапевта и клиента рассматривается как более низкий в VCP - хотя это, по-видимому, мало повлияло на результат, при этом уменьшение симптомов при VCP не уступает личной сессии. Эта диссоциация делает данную проблему очень интересной, поскольку, это противоречит уже давно постулированному выводу о том, что более низкий контакт терапевта и клиента приведет к более плохому результату [8, с. 17].

VCP выполняли, использовались в различных терапевтических форматах и с различными группами населения, как правило, ассоциируется с высокой удовлетворенностью пользователей и, как, оказалось, имеет клинические результаты, аналогичные традиционной психотерапии лицом к лицу. Несмотря на то, что в последние годы количество статей, публикуемых по VCP, увеличилось, сохраняется потребность в дополнительных крупномасштабных клинических испытаниях для дальнейшей оценки эффективности VCP [2, с.6]

Итак, современные компьютерно-информационные технологии, такие как виртуальная реальность (VR), дополненная реальность (AR), чат-боты и видеоконференции позволяют улучшить и сделать доступными некоторые методы психотерапии как для пациента, так и для психотерапевта. Но каждая из этих технологий требует доработок и более тщательных исследований. Несмотря на существенную пользу данных методов, их применение ограничено и на наш взгляд важно внедрять эти технологии в психотерапевтическую практику. Таким образом, открыты новые грани развития для теоретической и прикладной психологии.

Литература / References:

1. Abdul-Kader, S.A., Woods, J., Survey on Chatbot Design Techniques in Speech Conversation Systems. *International Journal of Advanced Computer Science and Applications*. 2015; 6(7): 72-80. DOI:10.14569/IJACSA.2015.060712.
2. Backhaus, A., Agha, Z., Maglione, M. L., Repp, A., Ross, B., Zuest, D., Rice-Thorp, N. M., Lohr, J., Thorp, S. R. Videoconferencing psychotherapy: A systematic review. *Psychological Services*. 2012;9(2): 111-131. DOI: 10.1037/a0027924.
3. Bailenson J.N., Yi N. Digital Chameleons: Automatic assimilation of nonverbal gestures in immersive virtual environments. *Psychological Science*. 2005;16(10): 814-819. DOI: 10.1111/j.1467-9280.2005.01619.x.
4. Bendig E., Erb B., Schulze-Thuesing L., Baumeister H. The Next Generation: Chatbots in Clinical Psychology and Psychotherapy to Foster Mental Health – A Scoping Review. *Verhaltenstherapie*. 2019;29(1): 1-13. DOI:10.1159/000501812.
5. Botella C, Breton-Lopez J, Quero S, Banos R, Garcia-Palacios A. Treating cockroach phobia with augmented reality. *Behavior Therapy*. Sep 1, 2010;41(3): 401-413. DOI: 10.1016/j.beth.2009.07.002.
6. Feijt M.A., de Kort Y.A., Bongers I.M., IJsselstein W.A. Perceived Drivers and Barriers to the Adoption of eMental Health by Psychologists – The

Construction of the Levels of Adoption of eMental Health. *Journal of Medical Internet Research*. 2018; 20(4):153. DOI: 10.2196/jmir.9485.

7. News Mohamedally. State of the Art Virtual Reality and Augmented Reality Knowhow. United Kingdom (London): IntechOpen, 2018: 115.

8. Norwood C., Moghaddam N., Malins S., Sabin-Farrell R. Working alliance and outcome effectiveness in videoconferencing psychotherapy: a systematic review and non-inferiority meta-analysis. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2012; 25(10): 797-808. DOI: 10.1002/cpp.2315.

9. Riva G., Mantovani F., Capdeville C.S. Affective interactions using virtual reality: The link between presence and emotions. *CyberPsychology and Behavior*. 2007;10(1): 45-56. DOI:10.1089/cpb.2006.9993.

10. Yuan M. Building Intelligent, Cross-platform, Messaging Bots. New York: Addison-Wesley Professional. 2018: 320.

11. Меновщиков В.Ю. Консультирование и психотерапия в интернете «За» и «Против». *Психологический журнал*. 2010;13(3):102-108.

МЕНТАЛЬНОЕ ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ ВО ВРЕМЯ ПАНДЕМИИ COVID-19. АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОБЗОР

Левченко Е.В., Бондаренко А. А., Сасова Н. А.

Кафедра психиатрии

ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Россия, г. Курск

Аннотация. Пандемия новой коронавирусной инфекции оказала сильное воздействие на психоэмоциональное состояние населения. У пациентов, перенесших COVID-19 выявляется множество психических расстройств (тревога, депрессия, нарушение сна, суицидальные мысли). Нами рассмотрены статистические данные о влиянии пандемии новой коронавирусной инфекции SARS-CoV-2 на психическое здоровье населения.

Ключевые слова: новая коронавирусная инфекция, тревога, депрессия, страх, когнитивные и психические расстройства, психоэмоциональное состояние, изоляция.

MENTAL HEALTH OF THE POPULATION DURING THE COVID-19 PANDEMIC. ANALYTICAL REVIEW

Levchenko E.V., Bondarenko, A.A., Sasova N.A.

Kursk State Medical University, Russia, Kursk

Abstract. The pandemic of a new coronavirus infection has had a strong impact on the psycho-emotional state of the population. An impressive variety of psychiatric disorders (anxiety, depression, sleep disturbance, suicidal thoughts) are detected in patients who have undergone COVID-19. We reviewed statistical data on the impact of the SARS-CoV-2 pandemic on the mental health of the population.

Key words: new coronavirus infection, anxiety, depression, fear, cognitive and mental disorders, psycho-emotional state, isolation.

Введение. Не секрет, что любые изменения в жизни человека вызывают у него стресс. Данное состояние само по себе не несет какого-либо ущерба для физического и ментального здоровья, но вот такие его осложнения, как тревога и депрессия уже существенно сказываются на состоянии человека. Согласно статистике ВОЗ, от депрессий и тревожных расстройств страдают 25% населения [1], а это каждый 5 житель планеты. Данная проблема усугубилась в период пандемии новой коронавирусной инфекции SARS-CoV-2. Во-первых, немаловажное значение на возникновение данных психических состояний оказывает чувства страха за себя и своих близких, распространение панических слухов, опасение риска повторного заражения и недоверие к средствам массовой информации. Во-вторых, сам по себе вирус может поражать нервную систему, вызывая когнитивные, аффективные и другие расстройства. Анализ данных публикаций и литературы по поводу проблемы возникновения

тревожно-депрессивных расстройств в пандемию новой коронавирусной инфекции SARS-CoV-2 является немаловажной задачей, направленной на предупреждение, своевременное выявление и коррекцию психических расстройств.

Объект и методы исследования. С целью изучения воздействия пандемии новой коронавирусной инфекции SARS-CoV-2 на ментальное здоровье населения нами было проведен анализ научных статей и доступных литературных источников на тему тревоги и депрессии у пациентов в период пандемии новой коронавирусной инфекции.

Результаты и их обсуждение. По многочисленным научным данным после введения локдауна частота тревожных расстройств возросла более, чем на 20% [3]. Основными предпосылками, ведущими к увеличению роста тревожно-депрессивных расстройств, стало кардинальное изменение привычного образа жизни. К этому привела ситуация полной нестабильности и неопределенности в мире, лишение работы, эмоциональные переживания по поводу угрозы жизни для своего здоровья и здоровья своих близких, минимизирование социальных контактов, влияние средств массовой информации, соблюдение рекомендаций по профилактике COVID-19 во избежание заражения (ношение масок, перчаток, мытье рук, соблюдение дистанции). Также ученые отмечают, что возникновение психических расстройств связано не только с факторами быстро меняющихся условий внешней среды, но и внутренними, такими как детские травмы, предрасположенность к высокому уровню стресса, наличие в семейном анамнезе психических заболеваний.

В результатах многих научных исследований было доказано, что тревожно-депрессивные состояния чаще всего встречаются среди пациентов с идентифицированным COVID-19 (86,4%), чем с не идентифицированной коронавирусной инфекцией (13,6%) [5].

В общей совокупности пациентов тревожно-депрессивными расстройствами меньше всего страдают лица возрастной категории 18–29 лет (3,9%), больше всего (62%) в возрасте 50–59 лет [5]. Так же прослеживается незначительное различие в частоте возникновения психических расстройств среди мужчин (48,9%) и женщин (51,1%) [5]. Объяснить это можно тем, что у женщин более выраженные гормональные изменения (менструальный цикл, менопауза, беременность), а также большое количество рутинных дел, от которых просто нет возможности развеяться из-за режима полной самоизоляции.

Несмотря на множество проведенных исследований по изучению влияния новой коронавирусной инфекции COVID-19 на психику человека, ее патогенез остается до конца неизученным. Одни ученые связывают возникновение психических расстройств со стрессовыми факторами, другие же – с органической патологией головного мозга. Пока неизвестно, являются ли основной причиной развития психических расстройств сами вирусы или иммунный ответ на них. Стоит упомянуть об интерфероне- α , который помимо интерлейкина-1, интерлейкина-6, фактора некроза опухоли α не только участвует в иммунном ответе, но и является индуктором депрессивного расстройства [2]. Также сообщается, что цитокины вызывают истощение триптофана, являющегося предшественником серотонина. Это происходит благодаря стимуляции выделения индоламин-2,3-диоксигеназы, превращающую триптофан в кинуренин, что делает его недоступным для синтеза серотонина.

В условиях пандемии новой коронавирусной инфекции чаще всего диагностируются расстройства адаптации с тревожно-депрессивной реакцией, панические атаки, COVID-фобия, обсессивно-компульсивное расстройство [4]. Чаще всего, в 67,92 % случаев у пациентов с SARS-CoV-2 наблюдается расстройство сна, в 56,6% – тревога, в 49,06% – депрессия, а в 24,53% зарегистрированы факты самоповреждений и самоубийств [2].

Самому большому риску тревожных расстройств подвержены, конечно же, медицинские работники. Это связано с нахождением в «красных зонах», нехваткой средств индивидуальной защиты, что увеличивает риск заражения, увеличением нагрузки и, как следствие, длительности рабочего дня. Для минимизирования данных расстройств во многих больницах была организована зона отдыха, возможность беседы с психологом, горячая линия для психологической поддержки врачей [6].

В результате клинико-психопатологических исследований выяснено, что клиника тревожных расстройств очень многообразна, чаще всего она проявляется раздражительностью, чувством нервозности и неконтролируемого беспокойства, необоснованной паникой, нетерпеливостью, взвинченностью, чувством одиночества, суетливостью, ощущением напряжения, различными фобиями, навязчивыми мыслями, ухудшением памяти, нарушением сна.

Проявления депрессивных расстройств также многогранны. Они могут сопровождаться различными синдромами (астенический, дисфорический, астено-ипохондрический) как легкой, так и средней степени тяжести.

Так, например, астеническая депрессия проявляется медленно и волнообразно, начало заболевания окружающие люди могут даже не замечать. Редко могут наблюдаться ухудшения состояния, протекающие с выраженными соматовегетативными симптомами. Утром такие люди чувствуют себя плохо, жалуются на неполноценный сон. В течение дня может беспокоить повышенная потливость, сопровождающаяся ознобом, жаром, учащенное сердцебиение, скачки артериального давления, плаксивость, сонливость, головная боль в виде боли напряжения.

Дисфорическая депрессия проявляется излишней раздражительностью, ворчливостью, вспыльчивостью, агрессией против себя и окружающих по незначительному поводу. Астено-ипохондрический синдром может держаться несколько лет, он сопровождается мучительными ощущениями в виде давления, тяжести, распираания в голове и в других частях тела, мрачностью,

угрюмостью, раздражительностью. По отношению всего того, что касается ипохондрических переживаний, такие люди сохраняют и контактность, и эмоциональность, и заинтересованность.

Заключение. Исходя из всего вышесказанного, можно сделать вывод, что пандемия новой коронавирусной инфекции SARS-CoV-2 является очень актуальной и серьезной проблемой в современном мире. Нет ни одной семьи, кого бы не коснулось данное заболевание. Вирус новой коронавирусной инфекции приносит не только экономический и социальный ущерб, но и колоссальное количество проблем со здоровьем, в частности с психическим здоровьем людей. С учетом активного роста тревожных-депрессивных расстройств возрастает актуальность их своевременного выявления и лечения. Огромное количество данных, полученных в ходе исследований пациентов, столкнувшихся с данной проблемой, могут стать основой для разработки новых эффективных методов лечения.

Литература / References

1. Депрессия в Европе: факты и цифры. [Электронный ресурс]. – URL: <https://www.euro.who.int/ru/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/news/news/2012/10/depression-in-europe/depression-in-europe-facts-and-figures> (дата обращения: 25.09.2022).
2. Пизова Н.В. Депрессия и посттравматическое стрессовое расстройство при новой коронавирусной инфекции / Н.В. Пизова, А.В. Пизов // Лечебное дело. 2020. – №1. – С. 82-88. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/depressiya-i-posttravmaticheskoe-stressovoe-rasstroystvo-pri-novoy-koronavirusnoy-infektsii/viewer> (дата обращения 25.09.2022).
3. Корабельникова, Е.А. Тревожные расстройства в условиях пандемии COVID-19 / Е.А. Корабельникова // Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2021. – Т.16. – №1. – С. 79–85. URL: <https://medvestnik.stgmu.ru/files/articles/1148.pdf> (дата обращения 25.09.2022).

4. Мосолов, С.Н Проблемы психического здоровья в условиях пандемии COVID-19 // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С, Корсакова. – 2020. – Т. 120. – №5. – С. 7-15.

5. Тревожно-депрессивные расстройства у пациентов с COVID-19 / С. З. Ешимбетова, Н.И. Распопова, А.К. Дуйсенова и др. // Вестник Казахского Национального медицинского университета. – 2021. – №4. – С. 176 -182.
URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/trevozhno-depressivnyye-rasstroystva-u-patsientov-s-covid-19/viewer> (дата обращения 25.09.2022).

6. COVID-19 and mental health: A review of the existing literature [Электронный ресурс]. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7151415/> (дата обращения: 25.09.2022).

ХАРАКТЕРИСТИКА ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У СТУДЕНТОВ ВЫСШИХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ

Левченко Е.В., Алфимова К.А.

Кафедра психиатрии

ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Россия, г. Курск

Аннотация. В статье приведены результаты исследования направленного на установление типа пищевого поведения среди молодых людей, обучающихся на лечебном и экономическом факультетах высших учебных заведений. Акцентируется внимание на индексе массы тела респондентов. Указаны эпидемиологические данные, характеризующие распространенность избыточной массы тела не только в нашей стране, но и во всем мире. Дана краткая характеристика основным видам пищевого поведения.

Ключевые слова: пищевое поведение, опросник DEBQ, масса тела, студенты, исследование.

CHARACTERISTICS OF EATING BEHAVIOR IN STUDENTS OF HIGHER EDUCATIONAL INSTITUTIONS

Levchenko E.V., Alfimova K.A.

Department of Psychiatry

Kursk State Medical University, Kursk, Russia

Abstract. The article presents the results of a study aimed at establishing the type of eating behavior among young people studying at the medical and economic faculties of higher educational institutions. Attention is focused on the body mass index of respondents. Epidemiological data characterizing the prevalence of overweight not only in our country, but also throughout the world are indicated. A brief description of the main types of eating behavior is given.

Keywords: eating behavior, DEBQ questionnaire, body weight, students, research.

Введение. Согласно ВОЗ за период с 1975-2016 гг. число людей с избыточной массой тела возросло в три раза [1, с. 238]. В нашей стране среднегодовой прирост пациентов, страдающих ожирением равен 73 тысячам человек. По данным Росстата более 50% взрослых граждан склонны к набору лишнего веса по ряду причин [2, с. 15]. Детерминирующие факторы весьма разнообразны: генетическая предрасположенность, конституциональный тип личности, образ жизни, нерациональное питание, гиподинамия, социальная среда, стрессовые ситуации, прием лекарственных препаратов. Не мало важную роль играют и психологические аспекты, а именно тип пищевого поведения (ПП).

Объекты и методы исследования. В ходе исследования был проведен дистанционный опрос 200 (100%) студентов высших учебных заведений. Тип ПП определяли с помощью голландского опросника ПП DEBQ в электронном формате через Google Forms. Студенты были разделены на две исследуемые группы: первая – обучающиеся лечебного факультета ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России в количестве

100 (50%) человек. Вторая группа – 100 студентов (50%) экономического факультета НИУ «БелГУ», г. Белгорода. Обработка полученных данных произведена программой Microsoft Excel 2016. Математическая обработка статистических данных с использованием параметрического t-критерия Стьюдента. Достоверно значимыми различия считали при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Большинство респондентов в обеих группах оказались в возрасте 21 года (66% и 58% соответственно). Среди всех студентов 81% в первой группе и 67% во второй группе – лица женского пола. При выяснении индекса массы тела (ИМТ) оказалось, что у 74% опрошенных первой группы и 77% другой ИМТ находится в диапазоне от 18,0 до 24,9 кг/м², что соответствует норме. Для 23% студентов-медиков и 19% респондентов экономического факультета ИМТ составил от 25,0 до 29,9 кг/м². Низкий ИМТ (менее 18 кг/м²) выявлен у 3% и 4% респондентов соответственно.

При использовании голландского опросника ПП DEBQ, возможно определить следующие варианты нарушений ПП: эмоциогенный, экстернальный, ограничительный [3, с. 69]. Экстернальное ПП – это не только гипертрофированная реакция на внешние стимулы, но и медленно формирующееся и неполноценное чувство насыщения. Человека привлекает красивая витрина магазина, богато накрытый обеденный стол, принимающий пищу человек рядом, яркая реклама пищевых продуктов. Это ведет к тому, что человек часто перекусывает «на ходу», «за компанию»; переедает в гостях; склонен к покупке избыточного количества продуктов. Научно обоснованно, что пациенты, страдающие ожирением, имеют экстернальное ПП. Эмоциогенное ПП характерно для 60% пациентов с ожирением.

Синонимичными эмоциогенному типу являются гиперфагическая реакция на стресс или эмоциональное переедание. Данный тип ПП базируется на употреблении пищи в ответ на эмоциональные триггеры, а не на ощущении истинного чувства голода. Поэтому является предиктором быстрого набора и затруднительного снижения массы тела [4, с. 115]. Ограничительное ПП –

минимальное употребление пищи с целью похудения или предотвращения набора массы тела. Люди с таким типом ПП демонстрируют гораздо меньшее потребление пищи, ассоциированное не только с выбором определенных продуктов и сниженным количеством потребляемых калорий, но и с меньшей частотой приемов пищи и отсутствием перекусов в течение дня [5, с. 2086].

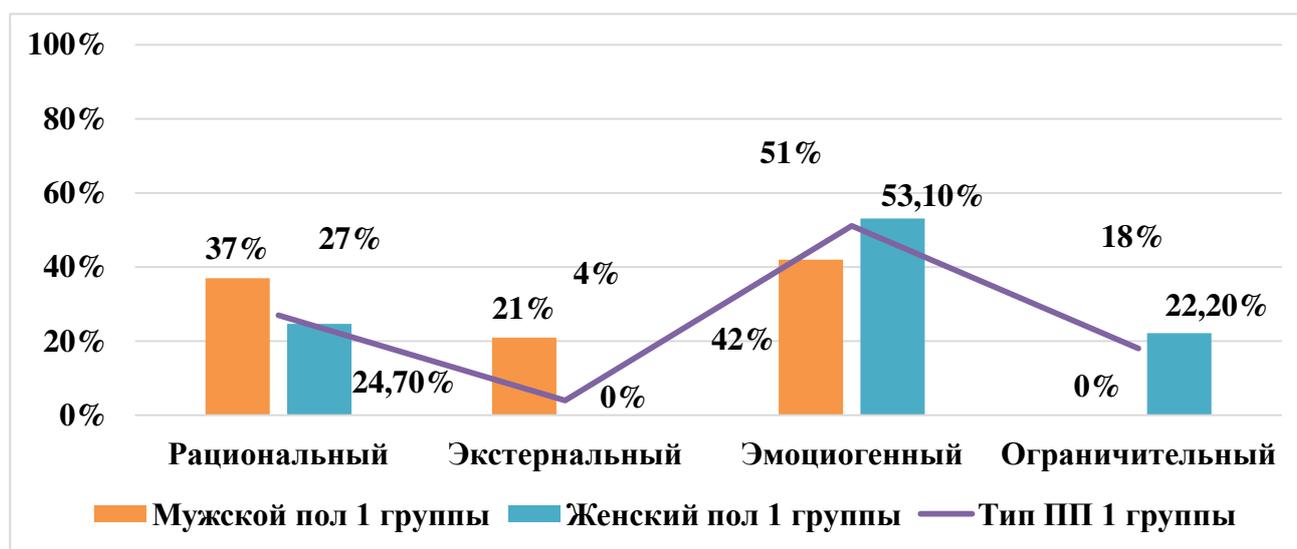


Рис. 1. Типы ПП среди студентов первой исследуемой группы.

Среди студентов лечебного факультета (у 51%) выявлен эмоциогенный тип ПП. В частности, среди юношей, данный тип ПП характерен для 42% опрошенных; среди респондентов женского пола – для 53,1%. Рациональный тип ПП характерен для 37% представителей мужского пола. Ограничительное ПП выявлено у 18% лиц женского пола. Экстернальное ПП зарегистрировано у 4% юношей студентов-медиков (рис.1).

Во второй исследуемой группе рациональное ПП характерно для 34% респондентов: из них у представителей мужского пола данный тип ПП выявлен у 49% опрошенных, а среди опрошенных женского пола – у 26,9%. У каждого третьего юноши данной группы зарегистрирован экстернальный тип ПП. Ограниченное употребление пищи выявлено у 38,8% опрошенных лиц женского пола. Эмоциональное переедание характерно для 30% студентов, при этом оно преобладает у 34,4% лиц женского пола (рис.2).

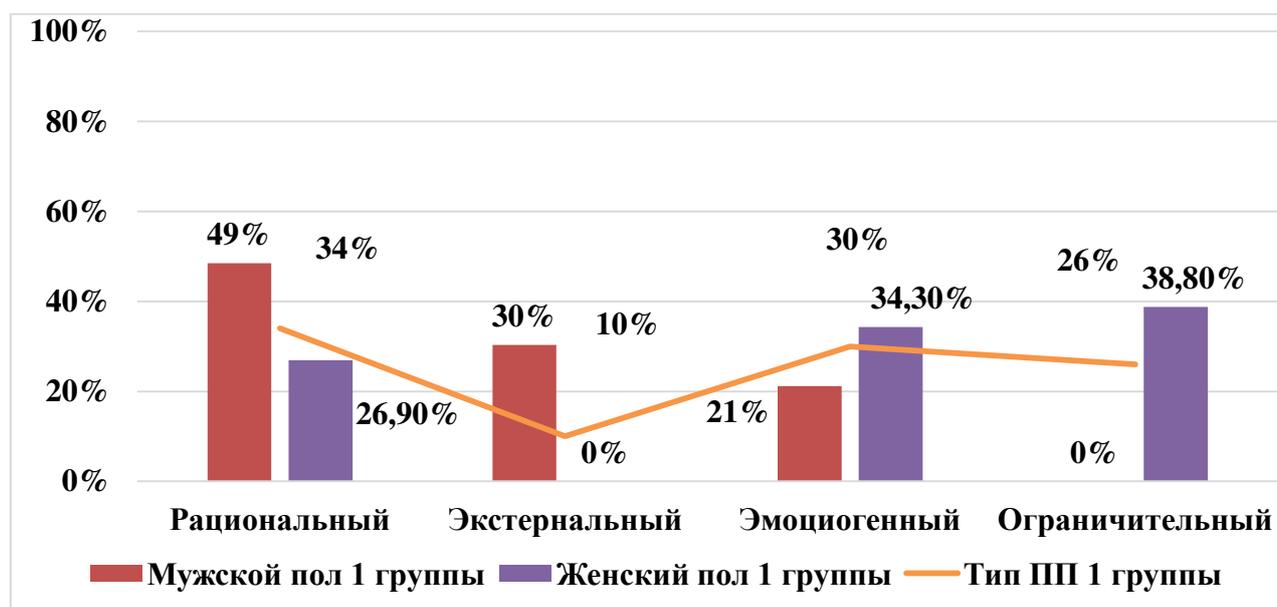


Рис. 2. Типы ТТ среди студентов второй исследуемой группы.

При подсчете t-критерия Стьюдента с использованием полученных данных средних арифметических первой и второй сравниваемых совокупностей студентов, средних ошибок первой и второй средней арифметической, было получено значение критерия ($t=5,649$), оказавшегося больше критического ($t=1,973$), следовательно, наблюдаемые различия в двух сравниваемых группах статистически значимы с вероятностью 95% (уровень значимости $p < 0,05$).

Заключение. Полученные в ходе исследования результаты позволяют предполагать, что студенты-медики могут стать группой риска в наборе избыточного веса, так как подвержены действию факторов эмоционального и физического перенапряжения. Эффективными мерами профилактирования могут быть: наличие доступного и сбалансированного для студента питания на базе высшего учебного заведения; предоставление возможности выбора элективных занятий, посвященных психологической разгрузке и/или направленных на освоение, либо развитие психологических приемов, способствующих снятию эмоционального перенапряжения; возможность выбора элективных занятий по time-management, позволившего рационально

планировать распорядок дня и находить время для приготовления энергетически сбалансированной пищи.

Литература / References:

1. Алфимова К.А. Особенности пищевого поведения и виды его нарушений среди студентов высших учебных заведений // Молодежная наука и современность: Материалы 87-ой Международной научной конференции студентов и молодых ученых. В 4-х томах, Курск, 20-21 апреля 2022 года. Курск: Курский государственный медицинский университет, 2022. С. 238-241.

2. Панюкова А.С. Социологические факторы возникновения расстройства пищевого поведения // Международный журнал гуманитарных и естественных наук. 2019. № 4-2. С. 15-17.

3. Проявления нарушений пищевого поведения у студентов высших учебных заведений / Л.В. Дорофеева, О.Ю. Ширяев, И.С. Махортова, М.В. Ермаченкова // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. 2021. № 84. С. 68-74.

4. Типы нарушений пищевого поведения / В.А. Дадаева [и др.] // Профилактическая медицина. 2021. № 24. С. 113-119.

5. Food Addiction: Implications for the Diagnosis and Treatment of Overeating / Adams R.C. et al. // Nutrients. 2019. Vol. 11. P. 2086.

ВЛИЯНИЕ САМОИЗОЛЯЦИИ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19) НА ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ СТУДЕНТОВ КУРСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА (КГМУ)

Левченко Е.В., Миненок В.А., Еремина К.С.

Кафедра психиатрии

ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Россия, г. Курск

Аннотация. В статье рассмотрено влияние пандемии новой коронавирусной инфекции (COVID-19) на психическое здоровье студентов

Курского государственного медицинского университета (КГМУ). С целью оценки влияния социальной изоляции в период пандемии на возникновение тревожных и депрессивных состояний проведен социологический опрос среди студентов, произведена оценка качества сна респондентов в период самоизоляции. По результатам исследования сделаны соответствующие выводы.

Ключевые слова: психическое здоровье, социальная изоляция, новая коронавирусная инфекция, COVID-19.

THE IMPACT OF SELF-ISOLATION DURING THE PANDEMIC OF A NEW CORONAVIRUS INFECTION (COVID-19) ON THE MENTAL HEALTH OF STUDENTS OF KURSK STATE MEDICAL UNIVERSITY (KSMU)

Levchenko E.V., Minenok V.A., Eremina K.S.

Department of Psychiatry

Kursk State Medical University, Kursk, Russia

Abstract. The article examines the impact of the pandemic of a new coronavirus infection (COVID-19) on the mental health of students of Kursk State Medical University, Russia, Kursk (KSMU). In order to assess the impact of social isolation during the pandemic on the occurrence of anxiety and depression, a sociological survey was conducted among students, and the quality of respondents' sleep during the period of self-isolation was assessed. According to the results of the study, the relevant conclusions were made.

Keywords: mental health, social isolation, new coronavirus infection, COVID-19.

Введение. Поскольку COVID-19 является высококонтагиозной вирусной инфекцией, успех сдерживания данного заболевания зависит от эффективного ограничения социальных контактов, введения строгого режима самоизоляции. В связи с этим пандемия новой коронавирусной инфекции (COVID-19) оказала

значительное влияние на психическое здоровье населения во всем мире. Режим самоизоляции нарушил привычный уклад жизни и выявил психологическую неустойчивость людей [3, с. 10].

Согласно данным, опубликованным в журнале *Naked Science*, за один год пандемии COVID-19 на 26% возросло число пациентов, страдающих тревожными расстройствами, а на 28% – число пациентов, страдающих депрессией. Причем чаще всего подобные расстройства наблюдались у молодых людей в возрасте 20-24 лет, среди них женщины встречались в 1,5 раза чаще, чем мужчины. Стоит подчеркнуть, что данная ситуация наиболее выражена в странах, где вводились жесткие локдауны [2].

Цель исследования – оценить влияние самоизоляции в период пандемии новой коронавирусной инфекции на психическое здоровье студентов Курского государственного медицинского университета (КГМУ).

Объект и методы исследования. С целью оценки влияния пандемии новой коронавирусной инфекции на психическое здоровье студентов Курского государственного медицинского университета (КГМУ) нами было проведено социологическое исследование, в ходе которого студентам предлагалось ответить на вопросы специально разработанной анкеты. Анкета включала в себя шкалу выявления депрессии Центра эпидемиологических исследований (Center for Epidemiological Studies Depression Scale — CES-D; Radloff, 1977г.), представляющую собой общепопуляционную оценку депрессивных синдромов, а также опросник GAD-7 (Spitzer et al., 2006), используемый для выявления и оценки уровня тревожных расстройств [4]. Кроме того, поскольку стресс и неврозы оказывают значительное влияние на качество сна, в анкету были включены вопросы опросника Индекса выраженности бессонницы (Bastien et al, 2001, Savard et al, 2005) [1].

В исследовании приняли участие 118 студентов КГМУ, среди них 46 юношей (39%) и 72 девушки (61%). Средний возраст респондентов составил $22,3 \pm 1,2$ лет. Социологический опрос проводился при помощи Google форм.

Результаты и их обсуждение. В ходе проведенного исследования нами было установлено, что у 43% респондентов (51 человек) в период самоизоляции во время пандемии новой коронавирусной инфекции (COVID-19) наблюдалась умеренная депрессия, у 39% (26 человек) – легкая депрессия.

Значительная часть опрошенных (30%, 35 человек) страдала высоким уровнем тревожности. Средний уровень тревожности наблюдался у 45% респондентов (53 человека). Причем повышенный уровень депрессивных и тревожных состояний чаще встречался у девушек, чем у юношей, что вполне соотносится с данными литературы и многочисленными социологическими исследованиями.

Изучение выраженности бессонницы показало, что легкие нарушения уровня сна (ISI 8-14 баллов) испытывали 56 респондентов (47,5%), умеренные (ISI в пределах 15-21 баллов) – 14 респондентов (11,9%), выраженные (ISI 22-28 баллов) – 1 респондент (0,8%), остальные студенты не испытывали проблем со сном.

Сами студенты отмечали у себя появление в период самоизоляции апатии (35,6%, 42 человека), раздражительности (30,5%, 36 человек), тоски (22,9%, 27 человек), беспокойства (12,7%, 15 человек). Наиболее распространенными причинами таких состояний, по мнению большинства опрошенных, являлись: боязнь за здоровье своих близких/свое здоровье (68 человек, 57,6%); отсутствие социальных контактов (47 человек; 39,8%); скука и как следствие отсутствие ярких положительных эмоций из-за вынужденного постоянного пребывания дома (42 человека, 35,6%).

Заключение. Самоизоляция, связанная с пандемией новой коронавирусной инфекцией, явилась кризисным событием. Она повлекла за собой большое количество изменений как в целом для общества, так и для отдельной личности. Проведенное исследование показало, что нахождение в относительно замкнутом пространстве привело к изменению эмоционального

состояния людей не в лучшую сторону. Самоизоляция привнесла новые условия в жизнь людей, к которым им пришлось адаптироваться.

Литература / References

1. Методика: Индекс выраженности инсомнии // Sites.google.com: [сайт]. – URL: <https://www.sites.google.com/site/test300m/isi> (дата обращения: 22.09.2022).

2. Пандемия ударила по психическому здоровью миллионов людей во всем мире // Naked-science.ru: [сайт]. – URL: <https://naked-science.ru/article/medicine/rezkij-rost-depressivnyh-rasstrojstv> (дата обращения: 22.09.2022).

3. Психолого-психиатрические аспекты непривычных условий существования, вызванных пандемией COVID-19 / Д. Ф. Хритинин [и др.] // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. – 2020. – № 9. – С. 9-19.

4. Brett Marroquín Mental health during the COVID-19 pandemic: Effects of stay-at-home policies, social distancing behavior, and social resources / Brett Marroquín, Vera Vine, Reed Morgan // Psychiatry Research – 2020. № 293. – URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165178120315419?via%3Dihub> (дата обращения: 22.09.2022).

ОЦЕНКА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ИНТЕЛЛЕКТА И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Матвеева А.А.

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт,
Республика Узбекистан, г. Ташкент*

Аннотация. В данной статье рассматриваются результаты исследования, которые позволяют выявить влияние эмоционального интеллекта у пациентов с параноидной шизофренией на социальное функционирование и качество жизни больных. Полученные в работе данные о нарушенных и сохранных звеньях эмоционального интеллекта могут использоваться для оптимального выбора психокоррекционных и реабилитационных технологий, а также для более

точного прогнозирования ожидаемой эффективности психотерапевтических интервенций и перспектив социальной адаптации пациентов в зависимости от их индивидуально-личностных особенностей.

Ключевые слова: качество жизни; шизофрения; эмоциональный интеллект; пациенты; адаптация.

ASSESSMENT OF EMOTIONAL INTELLIGENCE AND QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH PARANOID SCHIZOPHRENIA

Matveeva A.A.

Tashkent Pediatric Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Tashkent

Abstract. This article discusses the results of a study that reveals the impact of emotional intelligence in patients with paranoid schizophrenia on social functioning and quality of life. The data obtained in the work on impaired and preserved links of emotional intelligence can be used for the optimal choice of psycho-correctional and rehabilitation technologies, as well as for more accurate forecasting of the expected effectiveness of psychotherapeutic interventions and prospects for social adaptation of patients depending on their individual and personal characteristics.

Keywords: quality of life; paranoid schizophrenia; emotional Intelligence; patients; adaptation.

Введение. Изучение влияния эмоционального интеллекта на процессы адаптации в социуме и способности психосоциального функционирования пациентов с параноидной шизофренией приобретает ведущее значение в связи с ростом числа заболеваемости психической патологией [1]. По данным научных исследований, эмоциональный интеллект играет решающую роль в формировании адаптационных возможностей личности, в достижении успеха в социально-трудовом аспекте. [2]. Умение индивидуума находить возможности коммуникативного общения в межличностных взаимоотношениях посредством правильного считывания мимики и пантомимики окружающих свидетельствует

о хорошо развитом эмоциональном и социальном интеллектах [3,6]. Обоснованность введения термина «эмоциональный интеллект» и влияния его на качество жизни были отражены зарубежными и российскими учеными [4,7]. Адаптация в современном обществе обусловлена интеллектуальными и поведенческими навыками, способностью к эффективному психосоциальному функционированию [5, 8].

Цель исследования: исследовать роль влияния эмоционального интеллекта на психосоциальное функционирование и качество жизни пациентов параноидной шизофренией с целью оптимизации психокоррекционной и медико-психологической помощи.

Материал и методы: обследовано 128 больных параноидной шизофренией в возрасте 20-50 лет, находящихся на стационарном лечении в Городской клинической психиатрической больнице. Критерии включения: диагноз шизофрения, удовлетворяющий диагностическим критериям МКБ-10, отсутствие выраженных психотических и негативных симптомов, информированное согласие на участие в исследовании. Ведущими методами исследования были клиничко-патофизиологический и анамнестический. Из психометрических методов использованы методики Шкала позитивной и негативной симптоматики «PANSS», опросник качества жизни «ВОЗ КЖ-СМ», Шкала краткой оценки когнитивных функций у пациентов с шизофренией «BACS», тест эмоционального интеллекта Холла.

Результаты исследования и обсуждения: все обследуемые пациенты по выходу из острого психотического состояния по данным нашего исследования с помощью Шкалы позитивной и негативной симптоматики «PANSS» установлено преобладание у пациентов негативных переживаний в виде - чувства потери энергетического потенциала, пессимизма, утраты прежних интересов, утомляемости, раздражительности, безнадежности. В клинической картине параноидной шизофрении больные испытывали тревогу, беспокойство, неспособность расслабиться, ощущение страха перед

окружающим миром. С помощью шкалы краткой оценки когнитивных функций у пациентов с параноидной шизофренией регистрировалась когнитивная дефицитарность по всем шкалам методики ВАСС, при этом труднее всего пациенты справлялись с заданиями субтеста «Башня Лондона». В ходе нашей работы был проведен анализ показателей нарушений социального функционирования пациентов, субъективную сторону их переживаний, связанных с состоянием психического здоровья. Нами были установлены нарушения в сферах социально-трудового аспекта, самообслуживания, межличностного взаимодействия и неадаптивного опасного поведения, а также субъективную удовлетворенность пациента следующими аспектами: возможностью испытывать положительные эмоции, состоянием своих познавательных функций. Регистрировалась способность к выполнению повседневных и рабочих обязанностей, оценивались личные взаимоотношения с окружающими, качество практической социальной поддержки, возможность использовать удовольствие от отдыха и развлечений, способность ориентировки в себе, окружающей действительности, самоконтроля и самопомощи. Нами было установлено, что запрет на выражение чувств ведет к отчуждению больными внутренних переживаний, что вызывало дискомфорт, растерянность из-за невозможности точного осознания собственного состояния, а в тяжелых случаях - симптомы деперсонализации.

Неспособность эмоционального реагирования – проявления чувств, не дает возможности справляться с ними, перерабатывать и отреагировать эмоции, что приводит к эффекту кумуляции и значительно ухудшает эмоциональное состояние больных. Мы обнаружили прогрессирование нарушений эмоциональной сферы и социально-психологической дезадаптации личности, вследствие которых ухудшается способность функционирования в межличностных взаимоотношениях и изменение адаптационного потенциала больных параноидной шизофренией в условиях быстро меняющегося социума. Это позволяет включить нарушения эмоционального интеллекта,

эмоциональную тусклость пациентов с параноидной шизофренией, их уплощённость и прогрессирование негативной симптоматики в виде апатии, абулии и аутизации, негативным мышлением, дефицитом социальных навыков в систему личностных факторов этиопатогенеза расстройств шизофренического спектра.

Полученные результаты свидетельствуют о резком снижении способности больных определять эмоциональное состояние партнера по общению. Осевым симптомом нарушения эмоционального интеллекта у пациентов с параноидной шизофренией, выявленным с помощью объективных методов психодиагностического и экспериментально-психологического исследования, является нарушение его регуляторного компонента – эмоциональной регуляции познавательной деятельности и когнитивной регуляции эмоций. В ходе исследования особенностей эмоционального интеллекта установлено, что диссонанс во взаимодействии эмоциональной и когнитивной регуляции обусловлен возникновением общего психологического механизма. Исследование качества жизни пациентов с параноидной шизофренией и наличием нарушений в сфере эмоционального интеллекта определяет значительное ухудшение адаптационных способностей больных в возможности реализации себя, как личности, в трудовой деятельности, семейной сфере, в межличностных взаимоотношениях в условиях быстроменяющегося социума.

Заключение. Снижение показателей эмоционального интеллекта у больных параноидной шизофренией имеет связь с отдельными клиническими проявлениями болезни, такие как оскудение в эмоциональной сфере, эмоциональная тупость и нарастание апатии и негативной симптоматики. Полученные в работе данные о нарушенных и сохранных звеньях эмоционального интеллекта могут использоваться для оптимального выбора психокоррекционных и реабилитационных технологий, а также для более точного прогнозирования ожидаемой эффективности психотерапевтических

интервенций и перспектив социальной адаптации пациентов в зависимости от их индивидуально-личностных особенностей. Применение методов индивидуальных тренингов психокоррекции и проведение семейной психотерапии с целью улучшения их межличностных отношений позволяет получить определенные преимущества и оптимизировать лечебный процесс.

Литература / References:

1. Александров А.А., Балашова Т.Н. Сотрудничество врача и психолога в диагностическом процессе // Психотерапия и клиническая психология: методы, обучение, организация. – СПб. – Иваново, 2000. – С. 199-204.

2. Бабарахимова С.Б., Шаханская О.В., Искандарова Ж.М. Личностные особенности женщин с депрессивными расстройствами и их влияние на качество жизни // Сборники конференции НИЦ Социосфера, 2013г.С.39-42. 3.

Плужников, И.В. Нарушения эмоционального интеллекта при расстройствах аффективного спектра и шизофрении / И.В. Плужников // Вестник Томского государственного университета. Сер. Психология. –2009. – № 329. – С. 211-213.

4. Рычкова О.В., Соина Н.А., Гуревич Г.Л. Эмоциональный интеллект при шизофрении // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН, 2013, № 6 (94) - С. 60-64.

5. Babarakhimova S.B., Sharipova F.K. The psychology and pedagogical help to teenagers // Personality in Changing World: Health, Adaptation, Development. No 3 (18) 2017, pp. 381-390

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

7. Niyazova Z., Nurkhodjaev S., Akhmedzhanova A. Features of psychological rehabilitation in patients with eye injuries. Medicine and Law. 2019. -1 (38). - P.14-28

8. Pluzhnikov, I. Validation of cognitive emotion regulation questionnaire in Russian sample: primary results / E. Rasskazova, I. Pluzhnikov, A. Tkhostov // Methodology of psychophysiological research in Russia and China: Theoretical and

applied aspects. Joint Russian-Chinese Scientific Seminar. Book of abstracts. Moscow: Moscow State University, 2009. – Pp. 79-80.

**МЕХАНИЗМЫ ДЕЙСТВИЯ И ПОТЕНЦИАЛЬНЫЕ
ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ КАРБОНАТА ЛИТИЯ:
ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ**

Миненок В.А., Левченко Е.В.

Кафедра психиатрии

*ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Россия, г. Курск*

Аннотация. В статье рассмотрены потенциальные терапевтические аспекты применения карбоната лития. Особое внимание уделено роли данного препарата в терапии нейродегенеративных заболеваний. Рассмотрено влияние карбоната лития на патогенез болезни Альцгеймера. Особое внимание уделено противовирусному эффекту препарата, описан возможный механизм противовирусного действия.

Ключевые слова: карбонат лития, нормотимические средства, болезнь альцгеймера, антиманиакальные препараты.

**MECHANISMS OF ACTION AND POTENTIAL THERAPEUTIC
EFFECTS OF LITHIUM CARBONATE: LITERATURE REVIEW**

Levchenko E.V. , Minenok V.A.

Department of Psychiatry

Kursk State Medical University, Kursk, Russia

Abstract. The article discusses the potential therapeutic aspects of the use of lithium carbonate. Special attention is paid to the role of this drug in the therapy of neurodegenerative diseases. The effect of lithium carbonate on the pathogenesis of Alzheimer's disease is considered. Special attention is paid to the antiviral effect of the drug, a possible mechanism of antiviral action is described.

Keywords: lithium carbonate, normotimic agents, Alzheimer's disease, antimaniacal drugs.

Введение. В 1949 году психиатр Дж. Кейд обнаружил антимианиакальный эффект карбоната лития. С 1960-х годов XX века данный препарат стал препаратом выбора для профилактики маниакально-депрессивных аффективных расстройств. Среди нормотимических препаратов карбонат лития оказывает наибольшее влияние на предотвращение поведения с суицидальными наклонностями. Кроме того, на протяжении почти четырех десятилетий литий также использовался с целью усиления действия антидепрессантов при резистентной к лечению депрессии. Также известны противовирусные и иммуномодулирующие свойства препаратов солей лития [5]. Не так давно были открыты нейропротекторное действие данных препаратов, что привело к использованию их в терапии нейродегенеративных заболеваний [4,5].

Целью настоящего исследования является изучение механизмов действия и потенциальных терапевтических аспектов использования карбоната лития.

Объект и методы исследования. Нами были проанализированы литературные источники отечественных и зарубежных авторов по теме исследования. В ходе работы использовались следующие методы: анализ публикаций по теме исследования, обобщение и синтез.

Результаты и их обсуждение. Карбонат лития относится к нормотимическим средствам, используемым для терапии эндогенных маниакально-депрессивных аффективных расстройств. Механизм действия солей лития при данной патологии заключается в том, что соли лития способны приводить к активации обратного захвата адренергическими синапсами свободного норадреналина и серотонина, которые приводят к развитию аффективных состояний [2, 3].

Ещё одной точкой приложения действия карбоната лития является ингибирование киназы гликогенсинтазы-3 (GSK-3), играющей важнейшую роль в процессах нейродегенерации. GSK-3 принимает участие в образовании амилоидного β -пептида и ингибировании тау-белка. А как известно, при болезни Альцгеймера наблюдается отложение β -амилоида в виде синильных бляшек в веществе мозга, что ведет к индукции апоптоза нейронов и в конечном счете к атрофии мозга [1]. Кроме того, в патогенезе болезни Альцгеймера значительная роль отводится тау-протеину, гиперфосфорилированные формы которого образуют нейрофибриллярные клубки в телах нейронов. В проведенном клиническом исследовании ученые выяснили, что у пациентов с биполярными расстройствами, которые длительное время принимали препарат карбоната лития не развивалась болезнь Альцгеймера [3]. Таким образом, ингибируя с помощью карбоната лития гликогенсинтазу-3, можно повлиять на звенья патогенеза болезни Альцгеймера и значительно замедлить прогрессирование данного заболевания. Поскольку болезнь Альцгеймера наблюдается в основном у пожилых людей, с целью изучения побочных эффектов было проведено целеноправленное исследование, которое показало, что применение данного препарата в терапевтических дозах вызывает минимум побочных эффектов, большинство из которых являются диспептическими расстройствами [3].

Кроме того, по данным исследований терапия карбонатом лития приводит к повышению уровня уровня N-ацетиласпартата в мозге человека, что сопровождается увеличением объема серого вещества [3, 4]. На сегодняшний день есть данные, что применение вальпроевой кислоты вместе с карбонатом лития, усиливает действие последнего, а значит и повышает эффективность терапии [3].

Карбонат лития обладает также и противовирусным действием. Есть сведения о том, что карбонат лития способен оказывать неблагоприятное воздействие на некоторые вирусы семейства коронавирусов, что особенно

актуально в период пандемии новой коронавирусной инфекции COVID-19. Противовирусный эффект данного препарата заключается в ингибировании гликогенсинтазы-3 (GSK-3), которая, в свою очередь, ингибирует реакцию фосфорилирования кофакторов, необходимых для нормальной работы РНК-полимеразы. Также литий способен ингибировать TNF- α и ИЛ-6 и тем самым предотвращать каскад воспалительных реакций [3].

Заключение. Проведенный анализ литературных источников позволяет сделать вывод о том, что имеются большие перспективы в дальнейшем подробном изучении терапевтических и фармакологических эффектов карбоната лития, внедрения данного препарата в различные области медицины. Имеются потенциальные возможности применения карбоната лития в отношении SARS-CoV-2, однако данный вопрос требует дальнейшего изучения.

Литература / References

5. Иванова, С.А. Роль киназы гликогенсинтазы-3 в патогенезе психических расстройств / С.А. Иванова, И.С. Лосенков, Н.А. Бохан // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2014. – №6. – Р. 93-100.
6. Литий в психофармакологии аффективных расстройств и механизмы его эффектов на клеточную физиологию / И. С. Лосенков [и др.] // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2020. – № 11. – С.108-115.
7. Медико-биологические и потенциальные терапевтические аспекты использования препарата лития карбоната / Ю. А. Сорокина [и др.] // Психиатрия. – 2020. – № 2. – С.109-116.
8. Neuroprotective effect of lithium in cold- induced traumatic brain injury in mice/ Elvan Ciftci [et all] // Behavioural Brain Research. – 2020. – № 17. – URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0166432820304186?via%3Di> hub (дата обращения: 27.09.2022).

9. Janusz Rybakowski Lithium treatment - the state of the art for 2020 / Janusz Rybakowski // *Psychiatria Polska*. – 2020. № 6. – P. 1047-1066. – URL: http://www.psychiatriapolska.pl/___1047-1066.html (дата обращения: 27.09.2022).

ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ В ДИАГНОСТИКЕ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Мозговая М.К., Сагалакова А.Ю.

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

Аннотация: В статье описаны новые, современные методы диагностики пациентов с психическими расстройствами. Данные методы основаны не только на индивидуальном разборе проблемы пациента, но и отвлечение и избавлении с помощью физической активности и творческой деятельности, примечательно арт-терапии. Цель исследования: выявить наиболее эффективный и полезный метод терапии для пациентов с психическими расстройствами.

Ключевые слова: психические расстройства, терапия, методы лечения и диагностики, физическая активность.

PHYSICAL ACTIVITY IN THE DIAGNOSIS OF MENTAL DISORDERS

Mozgovaya M.K., Sagalakova A.Yu.

*Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology
Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo*

Abstract. The article describes new, modern methods of diagnosis of patients with mental disorders. These methods are based not only on an individual analysis of the patient's problem, but also on distraction and deliverance through physical activity and creative activity, notably art therapy. The purpose of the study: to identify the most effective and useful method of therapy for patients with mental disorders.

Keywords: mental disorders, therapy, methods of treatment and diagnosis, physical activity.

Введение. В современных реалиях можно заметить частоту возникновения у людей психических расстройств, множество проблем, давящих на психику человека, с которыми не каждый готов справиться. Главный вопрос, который стоит перед врачами-психиатрами и людьми, с расстройствами психики: «Как излечиться и не вызвать рецидив болезни?». В современных методах врачи-психиатры выделяют несколько эффективных подходов: индивидуальная или групповая психотерапия, разновидности поведенческой психотерапии (релаксацию, экспозиционную терапию), новым видом лечения и подразделом терапии (в частности, депрессии, шизофрении, контроля агрессии), является терапия с помощью физической активности. Депрессия - бич 21 века, данное психическое заболевание, проявляющееся устойчивым снижением настроения, двигательной заторможенностью и нарушением мышления. По статистике ВОЗ, от клинической депрессии страдает более 260 млн. жителей Земли. Каждый год из-за нее умирают примерно 800 тыс. человек, особенно этому заболеванию подвержены подростки, юноши и девушки в возрасте от 15 до 29 лет. Борьба с депрессией осложнена тем, что нейрофизиологи пока не до конца понимают природу этой болезни. Данная информация ужасает, поэтому главный вопрос сейчас: «Как снизить уровень заболевших и предупредить развитие данного психического расстройства?».

Объекты и методы исследования:

Изучение и анализ литературы и нормативных документов по данной теме; синтез и проведение сравнительного анализа.

Результаты и обсуждения:

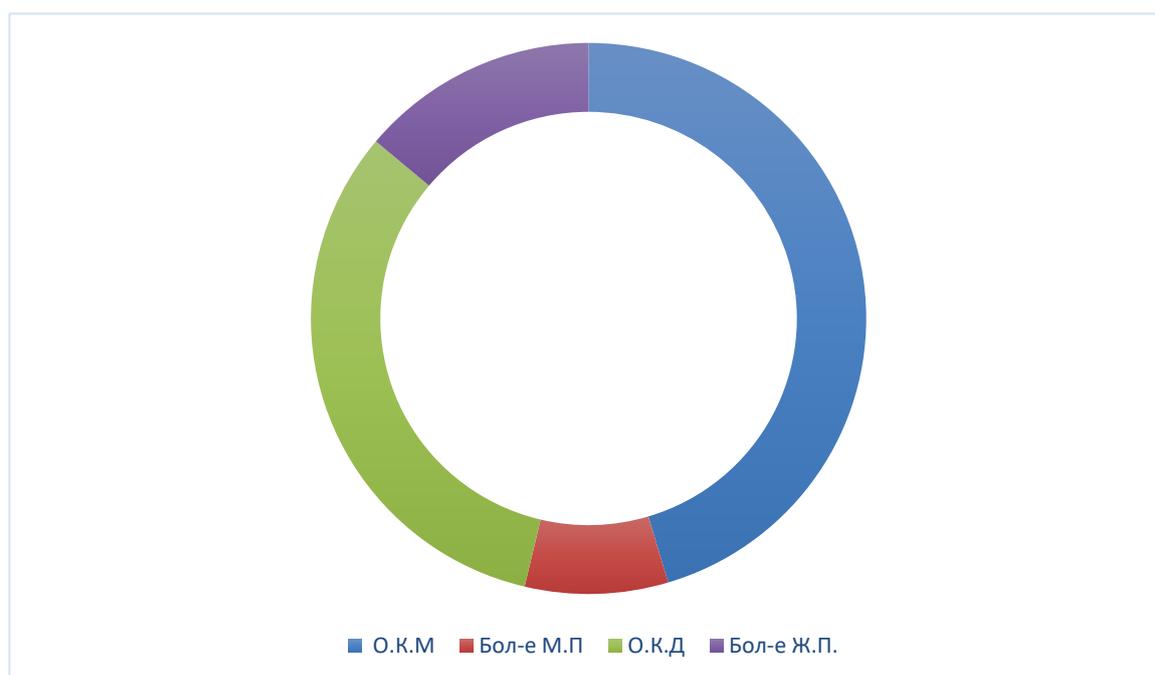
На основании двух статей с высокой результативностью решения проблемы мы проведем их анализ. В Калифорнийском университете в Лос-

Анджелесе было доказано положительное влияние физических нагрузок на больных с шизофренией. Исследование проводили на 32-ух пациентах, в течение полугода, компьютерные исследования были вместе с физической нагрузкой, положительный эффект был не сразу. Учеными создались две группы с типичными заболеваниями, в одну группу была проведена медикаментозная, лечебная, компьютерная терапия, а в другой группе проводилось исследование с подключением только медикаментозной терапии, хочется отметить, что терапия медикаментозная для типичного заболевания, а именно шизофрения, проводилась одинаково. Улучшение результатов по всем тестам в этой группе оказалось примерно в три раза выше, чем у тех, кто получал только медикаментозное лечение.

Исследователи полагают, что эти улучшения связаны с действием белка, известного как нейротрофический фактор мозга (BDNF), который выделяется во время физических упражнений и стимулирует гиппокамп – структуру мозга, ответственную за обучение и долгосрочную память. BDNF также укрепляет нейронные связи, т.е. улучшает память и способность к обучению. Есть надежда, что полученные результаты поспособствуют созданию более совершенных программ реабилитации больных шизофренией и дадут многим пациентам шанс вернуться к нормальной жизни. Погружаясь в изучение влияния физической нагрузки на психическое состояние можно заметить, что положительным эффектом будет при занятиях йогой, растяжки, езда на велосипеде. После данных нагрузок уровень стресса и тревоги значительно снижается, а также снижается и депрессивное состояние. Занятие бегом позволяет человеку переключиться со своих психических проблем и состояния на физическое, ученые говорят о том, что частота дыхания и частота сердечных сокращений нередко заставляет отодвинуть психологические проблемы человека на задний план.

Во втором исследовании С. Rothern рассмотрел связь между депрессией и физической активностью у лондонских подростков. Участники были в возрасте

11—12 и 13—14 лет и наблюдались 2 года. Из общего числа 3322 учащихся было отобрано и обследовано 84% (2789 учащихся). Чуть менее половины (49%) школьников были мужского пола. Симптомы депрессии измерялись с помощью ShortMoodsandFeelingsQuestionnaire. Результат показал, что 15% девочек от общего количества страдают депрессией, также выявлено заболевание у 9% мальчиков, ученые связывают данные показатели с физической активностью по Анализ показал, что существует связь между физической активностью и депрессивными симптомами как для мальчиков, так и для девочек. При этом уменьшение депрессивных симптомов оказалось прямо пропорционально каждому дополнительному часу физических упражнений в неделю. Вследствие этого автор рекомендует физическую культуру как метод снижения вероятности депрессии у подростков.¹



На диаграмме представлено исследование ученых, описанное ранее. Синим обозначено общее количество мальчиков, оранжевым - число больных, серым представлено количество девочек и желтым- девочек с депрессией.

Виды физических нагрузок для борьбы с депрессией.

1) Бег и ходьба-это именно те разновидности физиологических нагрузок, какие выявили лучшие итоги в борьбе вместе с депрессией в исследованиях Нью-Йоркского Департамента психологической гигиены. Бег и ходьба очень хорошо расслабляют нервную систему.

2) Плавание – человек, находясь в воде, расслабляет всю опорно-двигательную систему. Мышцы, суставы, а также позвоночник.

3) Йога – суть йоги в том, что человек находит как внутреннюю гармонию, так и гармонию в физическом плане. Поэтому любая поза в йоге будет расслаблять.

Упражнения для преодоления стресса

1) Растяжка плеч - нередко панические атаки связаны с нехваткой кислорода в мозгу, поэтому следует делать растяжку шеи, плеча.

2) Глубокое дыхание – помогает справиться с панической атакой, так как в эти моменты нам кажется, что не хватает кислорода. Делайте вдох на счет от 1 до 4-5, задержите дыхание на 3-4 секунды, наполнив легкие по максимуму, а затем выдохните— на счет от 1 до 6-7. Наполняйте воздухом сначала живот, а потом легкие, а вот на выдохе делайте наоборот — сначала освобождайте легкие и только потом живот.²

Заключение. Нужно поддерживать крепость тела, чтобы сохранить крепость духа. Виктор Гюго.³

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА БИОАКУСТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ У ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ ПОВЕДЕНИЯ

Молодожен Е.Г., Левченко Е.В.

Кафедра психиатрии

*ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Россия, г. Курск*

Аннотация. В современном мире проблема лечения детской неврологической и психической патологии занимает отдельное место в

медицине. Лекарственная терапия у детей применяется с осторожностью ввиду незрелости их функциональной нервной системы, кроме того, седативные средства имеют определенные побочные эффекты на детский организм. Поэтому широкое применение нашел такой немедикаментозный неинвазивный метод, как биоакустическая коррекция.

Ключевые слова: биоакустическая коррекция, ЭЭГ, нейропластичность мозга, коррекция нарушений поведения.

APPLICATION OF THE METHOD OF BIOACOUSTIC CORRECTION IN CHILDREN WITH BEHAVIORAL DISORDERS

Molodozhen E.G., Levchenko E.V.

Department of Psychiatry

Kursk State Medical University, Russia, Kursk

Abstract. In the modern world, the problem of treating children's neurological and mental pathology occupies a separate place in medicine. Drug therapy in children is used with caution due to the immaturity of their functional nervous system, in addition, sedatives have certain side effects on the child's body. Therefore, such a non-drug non-invasive method as bioacoustic correction has found wide application.

Keywords: bioacoustic correction, EEG, brain neuroplasticity, correction of behavior disorders.

Биоакустическая коррекция (БАК) – это инновационный метод терапии, своеобразная «музыка мозга» или «мелодия нейронов», как называют эту процедуру некоторые ученые. В чем же проявляется принцип его действия и обеспечивается результативность лечения? В основе БАК лежит активация нейропластичности за счет синхронизации ассоциативных и сенсорных волокон возбуждения. С помощью ЭЭГ 4-мя датчиками регистрируются биопотенциалы головного мозга, далее они оцифровываются, проходят через программу компьютера, которая превращает поступающие сигналы в звуковой образ [2].

Посредством аудиосистем звук выводится в наушники пациента, который в режиме онлайн прослушивает биоактивность своего головного мозга. Таким образом, работа БАК основана на принципах синхронизации и согласованности сигналов. Для понимания механизма восстановления нейропластичности необходимо подробнее рассмотреть эти принципы. Электроэнцефалография регистрирует биопотенциалы коры головного мозга, каждый сигнал при этом проходя через интерфейс программы преобразуется в определенный звуковой сигнал, то есть колебание = нота. Один преобразуемый звуковой сигнал следует сразу после одного колебания, чем обеспечивается непрерывность передаваемого сигнала в условиях реального времени – так реализуется принцип согласованности биопотенциала мозга и прослушиваемого звука.

Следует отметить, что по данным исследований ЭЭГ отражает активность в основном 1 поверхностного слоя коры, который отвечает на неспецифическую информацию и имеет модулирующее влияние на ЦНС. Звук же воспринимается специфическими ядрами таламуса и идет в средние отделы коры головного мозга. При встрече эндогенных (ассоциативных) волокон ЭЭГ с экзогенными (сенсорными) волокнами, проводящих звук, реализуется принцип синхронизации возбуждения. При этом в синапсе происходят сложные биохимические процессы, в результате которых создаются оптимальные условия для работы NMDA-комплекса, играющего ключевую роль в активации важнейшего свойства головного мозга – нейропластичности [1].

Благодаря данной функции происходит изменение структуры дендритных ветвей, восстанавливается функциональное состояние ЦНС. Этим теоретически обосновывается применение метода биоакустической коррекции у детей с нарушениями поведения, речи, развития, эмоциональными расстройствами, синдромом гиперактивности и другими патологиями нервной системы [5]. Необходимо также подчеркнуть, что при синхронизации возбуждения активируются различные нейронные группы и структуры мозга, чем

обеспечиваются долгосрочные изменения в синапсе и коррекция неврологической и психопатологической симптоматики.

Среди очевидных плюсов метода БАК следует отметить, прежде всего, неинвазивность и немедикаментозность метода, а также использование естественного физиологически приемлимого раздражителя – звука. Эти факторы дают возможность применения биоакустической коррекции как для взрослых, так и для детей с минимальными побочными эффектами [3]. В нейропедиатрии назначается от 10 до 15 сеансов БАК длительностью 15-25 минут 3 раза в неделю, именно такое количество данных исследования необходимо для стойкой нормализации психофизиологических показателей. Кроме того, БАК можно эффективно сочетать с другими методиками (массаж, ЛФК, легкие ноотропы) [4].

Для оценки эффективности Бак в лечении детей с органическим поражением ЦНС было выполнено динамическое наблюдение за 92 детьми, проходившими реабилитацию в областном реабилитационном центре в 2021 году с нарушениями когнитивных функций. В контрольную группу вошло 52 ребенка (средний возраст $6,0 \pm 0,4$ лет). В группе испытуемых с применением БАК наблюдалось 40 детей (средний возраст $5,86 \pm 1,3$ года). Группы были собраны исходя из возрастного и полового признака. Для диагностики было использовано несколько методик, направленных на исследование устойчивости внимания. В течение определенного времени ребенку предлагалось искать среди разнообразных фигур одну, выбранную куратором. Общее время теста разбито на равные временные интервалы, на протяжении которых фиксировались промежуточные результаты эксперимента. По завершении исследования подсчитывается общая сумма найденных фигур, их количество за каждый период остановки, а также число ошибок, допущенных ребенком в процессе теста.

Внимание оценивалось дважды: на исходном уровне и через 21 день. Проанализированы результаты исследования, вычислена средняя арифметическая, достоверность различий с помощью критерия Стьюдента.

Таблица 1.

Результаты исследования

	Уровень концентрации внимания	Уровень допущенных ошибок
Экспериментальная группа	4,7	8,4
Группа с применением БАК	7,1	3,5

t меньше или равен 0,01

Исходя из полученных результатов, можно сделать вывод о том, что уровень концентрации внимания у детей в группе с применением БАК оказался выше, чем у детей до сеансов, при этом число допущенных ошибок в ответах на задания меньше.

Заключение. В последние годы врачи чаще стали сталкиваться с различными задержками развития у детей. На этом фоне встал вопрос о разработке новых эффективных и безопасных методик терапии. Биоакустическая коррекция, являясь синтезом технологий биологической обратной связи, нейросенсорной стимуляции и музыкотерапии, на практике показала повышение эффективности медицинской реабилитации детей с нарушениями поведения.

Литература / References:

1. Александров М.В. Механизмы генерации биоэлектрической активности головного мозга: альфа-тета континуум. Вестник клинической нейрофизиологии. 2016, №2, с. 4-13.
2. Жирмунская Е.А., Лосев В.С. Электроэнцефалография в клинической практике. Методическое пособие. – М., 1997. – 118с.
3. Колчева Ю.А., Константинов К.В., Беникова Е.В. Возможности использования метода «Биоакустическая коррекция» при задержках

психического и речевого развития у детей. XIV Мнухинские чтения. Международная научная конференция «Роль психических расстройств в структуре школьной дезадаптации», 24 марта 2016 года. Сборник статей / Под общ. ред. Ю.А. Фесенко, Д.Ю. Шигапова. – СПб: Альта Астра, 2016. – С. 129-133.

4. Колчева Ю.А., Константинов К.В. Возможности сочетанного применения БАК и ТКМП у детей с расстройствами аутистического спектра. Четвертая научно-практическая конференция с международным участием «Клиническая нейрофизиология и нейрореабилитология». Сборник статей и тезисов. СПб, 2016 – С. 117-118.

5. Применение метода биоакустической коррекции в нейропедиатрии. Методическое пособие. 2018.- 88 с.

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЕВОГО СИНДРОМА У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

Мулюков Т. А., Шеметов А. В.

Кафедра анестезиологии и реаниматологии

НГИУВ – филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России

Аннотация. Вопросы онкологии необходимо рассматривать в связи с психологическими проблемами, присущими данному заболеванию. Можно выделить несколько психологических проблем, присутствующих в онкологии, однако наибольшей из них является развитие болевого синдрома. Основной целью работы является выявление причин боли, достоверная оценка ее интенсивности, а также методы лечения болевого синдрома у пациентов с онкологическими заболеваниями. Не всегда удается полностью избавиться от нестерпимой боли, но можно минимизировать ощущения пациента до терпимого уровня, а для этого врачам разных специальностей необходимо иметь знания о том, как правильно подобрать индивидуальную схему лечения при возникновении болевого синдрома.

Ключевые слова: хроническая боль, ступенчатая терапия болевого синдрома, паллиативная онкология.

TREATMENT OF PAIN SYNDROME IN CANCER PATIENTS

Taras A. M., Alexander V.S.

Department of Anesthesiology and Intensive Care

NGIUV – branch of FGBOU DPO RMANPO of the Ministry of Health of Russia

Abstract. Issues of oncology must be considered in connection with psychological problems inherent in this disease. Several psychological problems present in oncology can be distinguished, but the greatest of them is the development of pain syndrome. The main aim of this work is to identify the causes of pain, to assess its intensity reliably, and to provide treatment for pain syndrome in cancer patients. It is not always possible to get rid of the intolerable pain completely, but it is possible to minimize the patient's sensations to a bearable level, and in order to do this doctors of different specialities need to have knowledge of how to choose the correct individual scheme of treatment in case of pain syndrome.

Keywords: chronic pain, pain step therapy, palliative oncology.

Специфичность болевого синдрома, у пациентов онкологического профиля, заключается в сочетании постоянно нарастающей интенсивности боли и тяжелого психологического состояния на фоне затяжного лечения основного заболевания.

По длительности боль классифицируется на острую (до 3 месяцев) и хроническую (более 3 месяцев). У онкологических больных на фоне трудно поддающейся лечению болезни острая боль часто трансформируется в хронический болевой синдром. Такая боль может быть вызваны рядом причин: Прямое воздействие роста опухоли и метастазирования в прилежащие структуры организма; Локальные воспалительные процессы; Следствие астенизации; Паранеопластический синдром; Специфические реакции на фоне

противоопухолевой терапии (послеоперационные изменения, осложнения химиотерапии, острые реакции и осложнения лучевой терапии);

Хронический болевой синдром является следствием появлением ряда патологических изменений в периферической и центральной нервной системах на фоне продолжительной болевой стимуляции. Эти изменения со временем приобретают характер патологического процесса. Основными этапами являются:

1. Усиление болевой реакции вследствие усиленного высвобождения веществ, возбуждающих ноцицепторы (тканевых и плазменных алгогенов);
2. Развитие нейрогенного воспаления в месте патологического процесса с повышенным высвобождением алгогенов и нейротрофических факторов;
3. Активация рецепторов N-метил-D-аспартата (NMDA-рецепторов) нейронов задних рогов спинного мозга;
4. Постепенное ослабевание антиноцицептивной системы;
5. Образование агрегатов гиперактивных нейронов в афферентных ноцицептивных реле-генераторы патологического усиленного возбуждения (ГПУВ);
6. Вследствие изменения системы болевой чувствительности формируется патологическая интеграция- патологическая алгическая система (ПАС);

Оценка болевого синдрома. Для достоверной оценки интенсивности боли необходимо научиться использовать методы ее диагностики. Трудность состоит в том, что боль является субъективным ощущением с индивидуальными особенностями конкретного пациента и для того, чтобы адекватно оценить степень необходимого лечения, необходимо научить пациента правильно оценивать боль [1, 5].

Для диагностики болевого синдрома чаще всего используются оценочные шкалы: вербальных оценок; визуально-аналоговая; нумерологическая. Существуют так же методы диагностики общего состояния больного

(например, Оценка физической активности больных, качества сна, эффективности и переносимости обезболивающей терапии), которые можно использовать на этапе разработки адекватной схемы обезболивания [4].

Методы обезболивания. Разобрав патогенеза хронического болевого синдрома, мы можем выделить основные направления при составлении схем обезболивания в зависимости от воздействия на этиопатогенетические факторы: на периферическую ноцицепцию (периферическая сенситизация), систему NMDA-рецепторов (центральная сенситизация), усиление физиологической антиноцицептивной системы на передачу болевого сигнала и ослабление работы генераторов патологически усиленного возбуждения и патологической алгической системы [2].

В настоящее время выделяют принципы лечения длительного болевого синдрома [1, 2, 3, 4, 5].

- Лестничный (ступенчатый) подбор препаратов;
- Индивидуальный подбор доз путем титрования;
- Прием препаратов в строго отведенное врачом время для предотвращения боли, а не её устранения после возникновения;
- Использование в терапевтической схеме адьювантных средств(ко-анальгетиков);
- Предпочтительно использовать не инвазивные формы лекарственных средств.

Лестничная система обезболивания. *К первой ступени* относят ненаркотические анальгетики (парацетамол, анальгин) и нестероидные противовоспалительные препараты (ибупрофен, диклофенак, напроксен). Они ингибируют синтез простагландинов в периферических тканях и центральной нервной системе, тем самым воздействуют на зону перифокального воспаления, снижают отечность и, как следствие, сдавление тканей.

Вторая ступень: при неэффективности или непереносимости препаратов из первой ступени применяются слабые опиоидные анальгетики. В

отечественной практике, в качестве препаратов применяются трамадол; и тримеперидин. Согласно рекомендациям Европейской ассоциации паллиативной помощи 2012 года, кроме слабых опиоидных анальгетиков допустимо использование сильных опиоидов в низких дозировках, например, фентанила, морфина, оксикодон/наллоксон (наллоксон имеет низкую биодоступность per os и используется как антагонист опиоидных рецепторов для уменьшения затрудненного опорожнения, которое часто возникает при приеме оксикодона).

На третьей ступени при невозможности купирования боли препаратами первой и второй ступени должны применяться сильные опиоидные анальгетики фентанил, оксикодон/наллоксон и морфин в высоких дозах (согласно ВОЗ для морфина нет максимальной дозы при лечении паллиативных пациентов).

Во всех трех ступенях при недостаточном уровне обезболивания можно и нужно применять дополнительную адьювантную терапию, а не «бесконечно» эскалировать дозы уже используемых препаратов. Так же допустимо применение симптоматической терапии так же на всех этапах лечения болевого синдрома [4].

Трансдермальные терапевтические системы (ТТС). В Российской Федерации зарегистрированы и применяются системы с фентанилом, что является отличной альтернативой пролонгированного морфина для перорального приема.

ТТС представляет собой резервуар препарата, отделенный от кожи микропористой мембраной и полимерным адгезирующим слоем. ТТС с фентанилом доступны в разных дозах (от 25 до 100 мкг/час), длительность действия достигает 72 часов.

Терапевтический эффект возникает не сразу, поэтому в течение первых суток использования сохраняется та схема и дозировка препарата, которые уже использовались ранее и уже по истечению 24 часов производится начальная оценка обезболивающего эффекта. После двух последовательных применений

проводят окончательную оценку эффективности, так как за это время обычно достигается необходимая концентрация фентанила в крови.

Другие методы введения лекарственных препаратов. Применяются при выраженном изменении интенсивности болевого синдрома, недостаточном обезболивающим эффектом или невозможности приема препаратов внутрь. Используется альтернативный путь введения лекарственного средства: *внутривенный, интратекальный, эпидуральный.* Хирургическим вмешательством можно уменьшить размер опухоли, что снизит сдавление окружающих тканей.

Адьювантная терапия. К данной группе относятся антидепрессанты, спазмолитики, анксиолитики, противосудорожные средства, местные анестетики, антигистаминные препараты, глюкокортикостероиды и т.п. Их добавление в терапевтическую схему лечения боли позволяет добиться адекватного обезболивания и ограничить увеличение дозы анальгетиков, что приведет к уменьшению побочных явлений.

Заключение. Хроническая боль - это междисциплинарная проблема, и ее понимание и лечение требует мультисистемного подхода.

Основными причинами неэффективности фармакотерапии онкогенной боли являются развитие лекарственной устойчивости и смешанный патогенез болевых синдромов у пациентов со злокачественными новообразованиями.

Основные методы обеспечения соответствующего уровня обезболивания для таких пациентов включают полимодальное обезболивание, дифференцированное лечение и гибкое дозирование в зависимости от интенсивности болевого синдрома.

Трудно говорить конкретно о вреде или пользе физической нагрузки. Речь никак не идёт о большом спорте вместе с выдающимися достижениями, проблема касается здорового образа существования.

Данное направление содержит возможную физическую нагрузку, а также правильное питание. В период физических процедур в организме

человека совершается ряд позитивных процессов. Это влияет на состояние здоровья а также самочувствие, что считается залогом благополучной, а также продолжительной жизни. Ученые заявляют, что 21 столетие отличается от предшествующих веков неподвижным способом существования. Минус физиологической деятельности плохо влияет на состояние здоровья людей, что приводит зачастую к серьезным болезням либо смертельным исходам.

Подводя результат, можно с полной уверенностью отметить, что физическая активность благоприятно воздействует равно как на состояние тела, так и на положение психического, а также эмоционального состояния.

Литература / References:

1. Абузарова Г. Р. Боль в онкологии: грани проблемы //Медицинский совет. – 2018. – №. 10. – С. 97-100.
2. Брюзгин В. В. Интервенционные методы лечения хронического болевого синдрома у онкологических больных //Опухоли женской репродуктивной системы. – 2010. – №. 2. – С. 10-21.
3. Протасова Т. П. и др. Проблема хронической боли в онкологии и возможные пути ее преодоления //Южно-российский онкологический журнал. – 2020. – Т. 1. – №. 1. – С. 32-42.
4. Когоня Л. М. и др. Практические рекомендации по лечению хронического болевого синдрома у онкологических больных //Злокачественные опухоли. – 2019. – Т. 9. – №. 3S2. – С. 685-703.
5. Осипова Н. А. и др. Этапы становления системы опиоидной терапии хронической боли в России: пройденные и предстоящие //Анестезиология и реаниматология. – 2015. – Т. 60. – №. 6. – С. 35-38.

ИНФОРМАЦИЯ И ПОВЕДЕНИЕ ЛИЧНОСТИ В ОБЩЕСТВЕ

Муртузалиев М.М.

Дагестанский государственный медицинский университет

Аннотация. В данной статье рассмотрены вопросы воздействия информации на субъекты общества. Это воздействие может провоцировать как желательные так и нежелательные поступки, особенно со стороны молодежи. Потому важно дозирование этой информации. Ставится проблема управления информацией.

Ключевые слова: общество, информация, давление, желание, социальный жар, религия

INFORMATION AND PERSONAL BEHAVIOR IN SOCIETY

Murtuzaliev M.M.

Dagestan State Medical University

Abstract. This article discusses the impact of information on the subjects of society. This impact can provoke both desirable and undesirable actions, especially on the part of young people. That is why it is important to dispense this information. The problem is information management.

Keywords: society, information, pressure, desire, social fervor, religion

Введение. Для профилактики терроризма и экстремизма, особенно в молодежной среде очень важное место занимает информация. Информация может провоцировать некие действия молодежи, которые могут быть несовместимыми с действующими законами. Управление информацией стало сегодня очень актуальным. Информация создает давление. В нашем обществе сложились отношения, которые я называю мотивирующим давлением общества. Они многолики и многогранны. Современное общество порождает

массу желаний и соблазнов. Оно дает современному человеку массу инструментов для того, чтобы реализовать эти желания и окунуться в океан соблазнов.

Мотивирующее давление общества очень трудно дозировать и потому иногда оно захлестывает через край, порождая желания, которые никак не сможет реализовать подавляющее большинство граждан. И тогда мотивирующее давление общества порождает массу страданий граждан, которые уже сильно мотивированы на успех, но в реальности не имеют возможности получить то, о чем мечтают. А, кроме того, даже умеренное мотивирующее давление общества может стать избыточным для определенной части индивидуумов, менее других имеющих устойчивость к соблазнам общества в силу особенностей психического или физического характера.

Разнообразные проявления избыточности мотивирующего давления общества мы называем термином «социальный жар». Как и любой жар, социальный жар есть серьезный признак нездоровья общества. Тема избыточного мотивирующего давления общества и вызванных им страданий многогранна. Мы же хотели бы в основном остановиться на той части проблем, которая наиболее актуальна для современной России. Значительная часть индивидуумов современного общества проводит свою жизнь в попытках достичь того, что чем соблазняет, что пропагандирует современное общество. Другая же часть не имеет возможности реализоваться и «сгорает» в огне несбыточных желаний, реализовать которые наяву нет никаких объективных возможностей.

В современной России весьма значительная, возможно - основная часть социальных проблем связана с теми сферами человеческой жизни, которые традиционно считаются частным, личным делом человека, а потому – слабее изучены и как бы находятся «в тени» иных общественных процессов. Вследствие исторических причин в нашем обществе не накоплены или утрачены традиционные механизмы контроля за процессами в определенных

сферах человеческой жизнедеятельности. Собственно, контролируемая социумом (т.е. посредством государства) сфера человеческой жизни оказывается достаточно узкой и потому в нее, в эту сферу не попадают некоторые, ранее казавшиеся второстепенными, а сегодня - критически важные сферы жизнедеятельности. Такие, как, например, отдых человека, проведение им досуга, межличностная коммуникация в этой области и его личное осознание и понимание приоритетов сферы собственного досуга. С точки зрения общества отдых человека - его личное дело и обществу нет нужды вмешиваться в эту сферу. Если, конечно, в этой сфере индивидуум не переступает грань закона. Во всех остальных случаях государство не выработало свода законов и не предлагает моделей проведения человеком своего досуга. Отношение к сфере досуга индивидуума менялось в течение эпох человеческой истории, порой - радикально. Но в значительной части оно оставалось личным делом человека и общество (государство) не вмешивалось в нее, или по крайней мере, соблюдало в этом вмешательстве определенную границу. Наиболее либеральны в этом вмешательстве современные законы. К примеру, традиционное право, мораль, обычаи и религия существеннее вмешиваются в эту сферу жизнедеятельности человека и накладывают более серьезные ограничения чем законы.

Так, Ислам осуждает употребление алкоголя и табакокурение, Ислам и Христианство поощряют многодетность и осуждают гомосексуальные связи, Православие осуждает стремление к избыточному потребительству и т.д. В современном российском обществе, гораздо более терпимом к порокам «частной жизни» произошла коагуляция вследствие наложения двух титанических процессов. Общество сохранило мобилизационный характер, приобретенный в советские периоды истории. Но при этом мобилизация оказалась направленной внутрь общества, на потребление материальных благ или же (этой проблемы мы коснемся ниже) - потребление образов. Проникая в общество, в сознание индивида с самой незащищенной стороны - со стороны

отдыха, не контролируемого государством, «социальный жар» вызвал массовое саморазрушение - алкоголизм, неограниченное стяжательство, наркоманию, эпидемию самоубийств, сердечных и нервных болезней и т.д. В современной России даже в условиях экономического кризиса больше всего мы страдаем, боеем или умираем не от переработки, голода, холода, недоеданий или безработицы. В десятки раз чаще причиной личных трагедий в России становится погоня за удовольствием. К примеру, употребление алкоголя, наркотиков или просто переедание. «Отрыв, улет, кайф, жизнь без тормозов» – так в бытовой коммуникации именуют главную проблему современной России. [1] Разгульный «отдых» без соблюдения моральных или физиологических ограничений становятся главной причиной сотен тысяч смертей каждый год и, в целом, депопуляции страны. Россияне умеют работать. Особенно поражает способность жить и работать в высоком темпе у жителей больших городов. Зато именно в крупных городах личная жизнь ведется «по остаточному принципу». Нередко она состоит из переписки в социальных сетях и встреч с визави по интернет-контактам. Стресс напряженной и тяжелой работы можно «лечить» только полноценным отдыхом и достаточным сном. Нельзя безнаказанно работать по двенадцать часов в сутки. Рано или поздно организм даст сбой. Вместе с тем, мы практически не умеем отдыхать. Почти каждый раз наш отдых – это еще более сильное испытание для организма, чем наша работа. К примеру, бутылка водки, распитая вечером – худшее завершение трудового дня из всех возможных.

Начиная с детского сада, затем в школе, в институте мы проходим процесс «социализации». Нас учили жить в коллективе и работать. Но нас никто и никогда не учил правильно отдыхать. Что же такое «правильный» отдых? Это нечто иное, чем шумный вечер в ресторане, где выпивается много спиртного, а наутро болит голова и стыдно вспомнить, кому и чего ты наговорил вчера. Как правильно отдыхать, нас не учили ни в школе, ни в институте, ни в коллективе. Нас не учили этому родители. Потому что не умели

сами. Как получить наслаждение от общения с природой? Как получать радость от беседы с близкими и дорогими людьми? Как получить удовольствие от созерцания красивой картины или вида цветущего луга? Этим простым истинам мы не обучены. А, между тем, реклама ежесекундно навязывает нам стереотипы наслаждений, бесполезных или, даже, опасных для здоровья.

Чаще всего наше стремление «расслабиться» превращается в причинение вреда собственному организму. В результате число россиян, погибших от экстремального отдыха выше числа тех, кто «сгорел» на работе.

Таблица 1. Численность россиян, пострадавших от различных форм «злоупотребления досугом» или увечий, полученных в трудовом процессе, в 2019 году [2]

Число погибших от злоупотребления алкоголем	Около 20 тысяч	Число погибших в результате несчастных случаев на производстве	2,9 тыс. чел.
Число погибших от употребления наркотиков	Свыше 30 тысяч	Количество граждан, пострадавших вследствие производственных травм с потерей трудоспособности на один день и более или летальным исходом	71
Число погибших вследствие случайных отравлений алкоголем	18 тысяч	Инвалидизация вследствие производственных травм и производственных болезней	10
Число наркоманов в России, млн. чел. (по разным оценкам)	От 1,3 до 5,5 млн.		
Число людей, страдающих алкоголизмом, млн. чел	2,3		

В XX веке и в начале XXI столетия достижения науки и техники открыли чрезвычайно сильные средства для воздействия на психику человека, что открыло новые возможности для воздействия на массы людей и, даже, программирования массового поведения. В этом смысле достижения техники широко используются, в основном - в коммерческих целях. В случае России эти

проблемы оказались наиболее сильными и даже приобрели взрывной характер. Одна из важнейших причин нынешнего положения дел в России - злоупотребление информацией. Изобилие информации, любой, неважно – позитивной или негативной, опасно. Современное общество называют «информационным», за то обилие и ту роль, которую в нем играет информация. Сегодня ее стало так много, она стала так навязчива, что на человека давит своеобразный «атмосферный столб» из самой различной информации, одновременно использующей все его органы чувств. Но природа создавала нас не для информационного общества. Современный «хомо сапиенс» сложился в результате эволюции тысячи лет назад. Информационная «эра» – время взрывного прогресса средств доставки информации наступило для нас лишь двадцать-тридцать лет назад. Это ничтожно короткий промежуток времени и человеческий организм, наш мозг не успели адаптироваться к взрывной мультипликации информационных потоков. Кроме того, сегодня информационные каналы перегружены негативом, который создает и углубляет давящее ощущение социального стресса. Именно это ощущение непрерывного стресса порождает желание уйти в загул, забыться, ощутить себя свободным от давящего груза общих проблем. Вовсе не собственная банальная предприимчивость управляет сегодня сознанием и действиями россиян. Соблазн и страх, привитые и поддерживаемые информационными потоками – вот истинный источник запредельной мотивации и многих социальных болезней.

Литература / References:

1. Волкан В., Оболонский А. Национальные проблемы глазами психоаналитика с политическими комментариями \ ОНС. - 2012. - №6
2. Данные мониторинга RLMS//Социология межэтнической толерантности \ Отв.редЛ.И.Орлова.-М.:2016.
3. Volkan V., Obolonsky A. National problems through the eyes of a psychoanalyst with political comments \ ONS.-2012.No.6

4. RLMS monitoring data//Sociology of interethnic tolerance\Ed. by I.Orlova.-
М.:2016

**ОТДЕЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ
У ПСИХИЧЕСКИ ЗДОРОВЫХ И ПСИХИЧЕСКИ
БОЛЬНЫХ ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ**

Николаевская А.О.¹, Тювина Н.А.²

¹*ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет»*

Минздрава России, Россия, г. Курск

²*ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский
университет им. И.М. Сеченова (Сеченовский университет)»*

Минздрава России, Россия, г. Москва

Аннотация. Статья посвящена анализу и сравнительной оценке отдельных показателей менструальной функции у психически здоровых и психически больных женщин с бесплодием. Обследовано 348 женщин с бесплодием в возрасте от 21 года до 40 лет. Обследование проводилось клиническим методом с помощью специально разработанной карты-опросника с последующей статистической обработкой полученных результатов. Установлена взаимосвязь между отдельными показателями менструальной функции у психически здоровых и психически больных женщин с психическим состоянием и различными вариантами бесплодия.

Ключевые слова: первичное бесплодие, вторичное бесплодие, идиопатическое бесплодие, психические расстройства, менструальная функция.

**SEPARATE INDICATORS OF MENSTRUAL FUNCTION IN
MENTALLY HEALTHY AND MENTALLY ILL WOMEN WITH
INFERTILITY**

Tyuvina N.A.¹, Nikolaevskaya A.O.²

¹*Kursk State Medical University, Russia, Kursk*

²*I.I. Sechenov First Moscow State Medical University, Russia, Moscow*

Abstract. The article is devoted to the analysis and comparative evaluation of individual indicators of menstrual function in mentally healthy and mentally ill women with infertility. 348 women with infertility aged 21 to 40 were examined. The examination was carried out by a clinical method using a specially designed questionnaire, statistical processing of the results. The relationship between individual indicators of menstrual function in mentally healthy and mentally ill women with various types of infertility has been established.

Keywords: primary infertility, secondary infertility, idiopathic infertility, mental disorders, menstrual function.

Введение. Психические составляющие нарушений репродуктивной функции у женщин в настоящее время практически не учитываются, поскольку рекомендации профессиональных обществ репродуктологов сосредоточены на физиологических причинах бесплодия. Наряду с этим психологические, психогенные факторы, психические расстройства могут влиять на сексуальное функционирование, менструальную и репродуктивную функции, что, в свою очередь, может приводить к бесплодию [1, 2]. Данные вопросы неоднозначны и не до конца изучены, требуют детального рассмотрения психологических и биологических факторов, уникальных для женщин, в генезе нарушений как репродуктивного, так и психического здоровья [3].

Другая сторона обсуждаемой проблемы связана с сочетанным течением акушерско-гинекологической и психической патологии, когда последняя делает сомнительным медицинский прогноз для таких женщин в отношении потенциального материнства [4, 5].

Своевременная диагностика психических расстройств, особенно тревожно-аффективного спектра, а также терапия этих состояний с использованием психотерапии и психотропных препаратов могут играть существенную роль в лечении бесплодия [6, 7, 8, 9]. Сочетание этих составляющих стоит учитывать в рамках их влияния на менструальную

функцию, гормональный баланс, овуляцию, невынашивание беременности. Само бесплодие может являться причиной эмоционального стресса, нарушения адаптации, депрессии, тревожных состояний [10]. Успешное лечение бесплодия может оказать положительное влияние на психическое здоровье, и наоборот, лечение психических расстройств может способствовать нормализации репродуктивной функции женщин.

Объекты и методы исследования. Объект настоящего исследования – показатели менструальной функции у психически здоровых и психически больных женщин с бесплодием.

Исследование проводилось клиническим методом с помощью специально разработанной карты-опросника с последующей статистической обработкой полученных результатов (Statistica Stat Soft 8.0).

Критерии включения в настоящее исследование – диагноз женское бесплодие (код по МКБ-10 N97), который устанавливался врачом акушером-гинекологом согласно действующим критериям [11], коморбидные женскому бесплодию психические расстройства. Критерии исключения: тяжелые соматические и неврологические заболевания.

Обследовано 348 женщин с бесплодием в возрасте от 21 года до 40 лет в условиях отделений оперативной (1-го гинекологического) и консервативной (2-го гинекологического) гинекологии ОБУЗ «Курский городской клинический родильный дом», ОБУЗ «Областной Перинатальный Центр» г. Курска.

У 120 обследованных женщин в анамнезе отмечались психические расстройства, в связи с которыми ранее, до момента включения в настоящее исследование, пациентки проходили стационарное лечение в условиях ОБУЗ «Курская клиническая психиатрическая больница имени святого великомученика и целителя Пантелеимона» (дневной стационар № 1, острое женское отделение).

Обследованные были разделены на 4 группы: 1-я группа – психически здоровые женщины с первичным бесплодием (148 женщин); 2-я группа –

женщины с психическими расстройствами и первичным бесплодием (84 женщины); 3-я группа – психически здоровые женщины со вторичным бесплодием (80 женщин); 4-я группа – женщины с психическими расстройствами и вторичным бесплодием (36 женщин). Средний возраст манифестации психического расстройства составил $21,85 \pm 5,76$ во 2-й группе и $22,25 \pm 7,14$ в 4-й группе.

Результаты и их обсуждение. Распределение видов женского бесплодия в анализируемых группах в свете МКБ-10 было следующим: N97.1 Женское бесплодие трубного происхождения – 121 женщина (34,77%). Причинами данного вида бесплодия послужили: трубная непроходимость, стеноз маточных труб, окклюзия маточных труб. N97.2 Женское бесплодие маточного происхождения – 75 женщин (21, 55%). Основными причинами данного вида бесплодия являются: врожденные аномалия матки, дефект имплантации яйцеклетки. N97.3 Женское бесплодие цервикального происхождения – 38 женщин (10,93%). N97.9 Женское бесплодие неуточненное – 114 женщин (32,75%). Идиопатическое бесплодие, как первичное, так и вторичное, значимо чаще отмечалось в группах женщин с психическими расстройствами (2-я группа – 48 женщин (57,14%); 4-я группа – 28 (77,78%).

Наиболее часто у обследованных пациенток отмечались расстройства шизофренического спектра и аффективные расстройства: Шизофрения. Параноидная форма (41 женщина – 34,17%), Шизоаффективное расстройство, депрессивный тип (12 женщин – 10,0%), Эпилепсия (3 -2,5%), Биполярное аффективное расстройство I тип (8-6,67%), Биполярное аффективное расстройство II тип (16 – 13,33%), Рекуррентное депрессивное расстройство (20 – 16,67%), Реактивная депрессия (9 – 7,5%), Неврастения (3 – 2,5%), Генерализованное тревожное расстройство (4 – 3,33%), Обсессивно-компульсивное расстройство (4 – 3,33%).

Менструальная функция пациенток в анализируемых группах достоверно различалась по ряду показателей. Возраст начала *mensis* у психически больных

женщин с первичным бесплодием был старше (1-я группа -12 [11,5;12,0] ($p<0,05$); 2-я группа - 14,0 [13,0;14,0]; 3-я группа - 11,0 [11,0;13,0]); 4-я группа - 12,0 [11,0;13,0].

В группе психически здоровых и психически больных женщин с бесплодием продолжительность менструации и продолжительность менструального цикла достоверно не различались. Сроки установления регулярных месячных (установились сразу/не сразу) отличались в группах психически больных женщин с бесплодием (2-я группа – 17 (20,2%) $p<0,01$; 4-я группа – 14 (38,9%) $p<0,05$). Несмотря на регулярность месячных у психически здоровых женщин (1-я группа – 32,759%, $p<0,0001$; 3-я группа – 55,172%, $p<0,05$), они отличались болезненностью (1-я группа – 79(53,4%) $p<0,01$; 3-я группа – 63(78,8%) $p<0,01$). У психически здоровых женщин с бесплодием количество менструальных выделений значимо чаще было обычным (27 – 18,2%, $p<0,01$), либо скудным (89 – 60,1%, $p<0,05$).

Психически больные женщины со вторичным бесплодием отличались скудными менструальными выделениями (19 – 52,8%, $p<0,05$). Психически здоровые и психически больные женщины с бесплодием отличаются восприятием менархе, свидетельствующем о готовности организма к деторождению. В группах психически больных женщин с бесплодием достоверно чаще встречается неадекватная эмоциональная реакция на менархе в виде испуга, страха (2-я группа – 24(28,6%), $p<0,01$; 4-я группа – 12(33,3%), $p<0,05$), либо радости (2-я группа – 32(38,1%), $p<0,01$; 4-я группа – 8(22,2%), $p<0,05$).

В настоящем исследовании не было установлено изменения менструального цикла у женщин после замужества. В группе психически больных женщин с первичным бесплодием установлен более поздний средний возраст начала половой жизни (19 [18,0;19,0], $p<0,00001$). Показатели регулярности и удовлетворенности половой жизнью значимо отличались в

группах психически здоровых женщин с бесплодием (1-я группа - 93(62,8%), $p < 0,01$; 3-я группа - 27(33,8%).

Заключение. Таким образом, в группе психически больных женщин с первичным бесплодием установлены более поздний возраст начала *mensis*, их нерегулярность, скудные или обильные менструальные выделения, неадекватная эмоциональная реакция на менархе, нерегулярная половая жизнь, неудовлетворенность половой жизнью. Результаты исследования подтвердили, что менструальная функция женщин тесным образом связана с состоянием их психического здоровья.

Благодарности. Коллектив авторов выражает искреннюю благодарность главному врачу ОБУЗ Курская городская клиническая больница скорой медицинской помощи г. Курска, Заслуженному врачу Российской Федерации Калерии Николаевне Ильченко, а также главному врачу ОБУЗ Областной перинатальный центр г. Курска Маргарите Николаевне Антюхиной за предоставление клинических баз исследования и дружественное отношение.

Литература / References:

1. Иванец Н.Н., Тювина Н.А., Воронина Е.О., Балабанова В.В. Характеристика репродуктивной функции у женщин, страдающих рекуррентным депрессивным расстройством. *Акушерство и гинекология*. 2019;3: 92-97.
2. Тювина Н.А., Морозова В.Д., Николаевская А.О., Ильченко К.Н. особенности эмоционального реагирования у женщин с первичным бесплодием. В сборнике: *Актуальные проблемы психолого-педагогического и медико-социального сопровождения высшего образования: интеграция науки и практики*. Материалы IX научно-практической конференции. Сост. Н.Л. Перевезенцева. Хабаровск, 2022: 64-73.
3. Adamson GD, Dyer S, Racowsky C, de Mouzon J. et.al. The International Glossary on Infertility and Fertility Care, 2017. *Zegers-Hochschild F. Fertility and sterility*. 2017;108 (3):393-406. PMID: 28760517

4. Тювина Н.А., Николаевская А.О. Роль психологических и психопатологических факторов в генезе идиопатического бесплодия. *Психиатрия*. 2022; 20 (1):110-119.
5. Тювина Н.А., Николаевская А.О., Морозова В.Д. Современные вспомогательные репродуктивные технологии: нейropsихиатрические, социально-психологические, морально-этические аспекты. *Российский психиатрический журнал*. 2021; 6: 88-96.
6. Gao L, Qu J, Wang AY, et al. Anxiety, depression and social support in pregnant women with a history of recurrent miscarriage: a cross-sectional study. *J Reprod Infant Psychol* Epub ahead of print 14 Aug 2019. DOI: 10.1080/02646838.2019.1652730.
7. Crawford NM, Hoff HS, Mersereau JE. Infertile women who screen positive for depression are less likely to initiate fertility treatments. *Hum Reprod* 2017; 32: 582–587.
8. Xu H, Ouyang N, Li R, et al. The effects of anxiety and depression on in vitro fertilization outcomes of infertile Chinese women. *Psychol Health Med* 2017; 22: 37–43.
9. Gdańska P, Drozdowicz-Jastrzębska E, Grzechocińska B, et al. Anxiety and depression in women undergoing infertility treatment. *Ginekol Pol* 2017; 88: 109–112.
10. Szkodziak F, Krzyżanowski J, Szkodziak P. Psychological aspects of infertility. A systematic review. *J Int Med Res*. 2020;48(6):300060520932403. doi: 10.1177/0300060520932403. PMID: 32600086; PMCID: PMC7328491.
11. Клинические рекомендации – Женское бесплодие – 2021-2022-2023 (24.06.2021) – Утверждены Минздравом РФ.

ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ТЕРАПЕВТИЧЕСКИ РЕЗИСТЕНТНЫМИ ДЕПРЕССИЯМИ

Нурходжаев С.Н.

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт,
Республика Узбекистан, г. Ташкент*

Аннотация. В статье рассматриваются результаты исследования, личностных особенностей пациентов с терапевтически резистентными депрессиями. Пациенты с коморбидностью депрессивных и личностных расстройств имеют более высокий удельный вес депрессивно-дисфорический синдром в структуре текущего депрессивного эпизода и большую степень тяжести текущего депрессивного эпизода.

Ключевые слова: депрессии, аффективные нарушения, расстройства личности.

PERSONALITY DISORDERS IN PATIENTS WITH TREATMENT RESISTANT DEPRESSIONS

Nurkhodjaev S.N.

Tashkent Pediatric Medical Institute, Tashkent, Uzbekistan

Abstract. The article presents the results of the study of the personal structure of patients with therapeutically resistant depression showed that the observed pathological phenomena are violations in the structures of temperament and personality. Patients with personality disorders with therapeutically resistant depressions have a high proportion of depressive-dysphoric syndrome, the severity and duration of the current depressive episode.

Keywords: depression, affective disorders, personality disorders

Актуальность изучения депрессивных нарушений вызвана с их высокой распространенностью и низким качеством диагностики, неблагоприятным влиянием на развитие, течение и прогноз многих соматических заболеваний, на

показатели трудоспособности и качества жизни пациентов, высоким социально-экономическим бременем депрессий. Особую значимость приобретает данное исследование в силу сложившихся обстоятельств с пандемией COVID-19, вызывающим обострение депрессивной симптоматики, способствующим ухудшению самочувствия и психоэмоционального состояния различных возрастных и социальных групп населения.

Проблема лекарственной резистентности депрессивной патологии определяется частотой резистентных состояний в практике лечения психической патологии. Фактически каждый третий пациент в перспективе становится резистентным к лечению [1, С.103]. В рамках борьбы с резистентными состояниями основная роль принадлежит профилактическому направлению, связанному с адекватным и рациональным применением фармакотерапевтического пособия на основе знаний фармакодинамики и фармакокинетики препаратов-представителей базовой терапии [2, С.46]. Вопрос поиска противорезистентной терапии при невозможности достигнуть ремиссии в случаях применения монотерапии антидепрессантами у пациентов с депрессивным расстройством широко обсуждается в научной литературе [3, С.128].

Согласно исследованиям российских психиатров, в последние годы определяется выявляемость терапевтической резистентности у категории пациентов с коморбидными личностными и депрессивными расстройствами [5, С.308]. В настоящее время существует несколько направлений в оценке взаимосвязи личностных особенностей и формирования депрессивной патологии [8, С.39].

Зарубежные исследователи отводят решающую роль конституционально-генетическим характеристикам, рассматривая их как определяющие дальнейшее течение и проявления заболевания, отмечают патопластическое влияние преморбида на клиническую картину депрессии и выделяют определенные личностные черты, как предикторы развития депрессии [6, С.67].

В большинстве современных источников личностные расстройства входят в число симптомов, усложняющих картину терапевтически резистентных депрессий и требующих психотерапевтической и психологической коррекции в рамках терапии периодов обострения текущего депрессивного эпизода [4, С.9].

Цель исследования: изучить клинико-динамические особенности терапевтически резистентных депрессий, коморбидных с расстройствами личности для осуществления комплексной лечебно-реабилитационной помощи и оптимизации психотерапевтического подхода.

Материалы и методы исследования: обследовано 128 пациентов в возрасте от 17 до 55 лет, находившиеся на стационарном лечении с терапевтически резистентными депрессиями в Республиканской городской психиатрической клинической больнице. Критерием для отбора пациентов было наличие на момент госпитализации депрессивной симптоматики и личностных расстройств, отвечающим диагностическим критериям Международной классификации болезней 10 пересмотра (МКБ-10), а также регистрируемая в течение трёх недель госпитализации фармакорезистентность к назначаемым психотропным препаратам.

Ведущими методами исследования являлись клинико-психопатологический и клинико-катамнестический. В ходе исследования использовали Стандартизированный многофакторный метод исследования личности – СМЛ (MMPI) [Собчик Л.Н., 2002], шкалы SIGH-SAD [WilliamsJ., LinkM., RosenthaN.E. etal., 1992], опросник структуры личности и темперамента TCI-125 [CloningerC. 1991]

Результаты и обсуждения. В ходе исследования нами проведен сравнительный анализ клинико-динамических особенностей терапевтически резистентных депрессий, коморбидных с расстройствами личности при помощи сокращенного варианта шкалы SIGH-SAD [WilliamsJ., LinkM., RosenthaN.E 1992], которая состоит из 17 пунктов шкалы депрессии Гамильтона и 7 пунктов, относящимся к атипичным депрессивным симптомам, как социальная

изоляция, увеличение веса, повышение аппетита, гиперфагия, тяга к углеводам, гиперсомния, утомляемость. С целью выявления личностных расстройств использовали Стандартизированный многофакторный метод исследования личности – СМЛЛ (ММРЛ) [Собчик Л.Н., 2002].

Окончательный диагноз верифицировался после комплексного обследования узкими специалистами и лабораторно-инструментальными исследованиями на высоте редукции депрессивного состояния. Психометрическое обследование пациентов путем применения опросника структуры личности и темперамента TCI-125 [Cloninger C. Et al., 1991] использовано для более детального исследования личностной патологии депрессивных больных.

При использовании адаптированного личностного опросника в основной группе были установлены диагнозы расстройств личности в 82,2% (n=23) случаев - смешанное расстройство личности (F61.0), в 7,1% (n=2) случаев – пограничное расстройство личности (F60.31), в 10,7% (n=3) случаев – истерическое расстройство личности (F60.4). Гендерные различия по коморбидности в основной группе распределились следующим образом: у 18 женщин (64,3%) и 10 мужчин (35,7%) и имели статистические различия по полу ($p < 0,05$).

Сравнительный анализ частоты встречаемости личностной патологии среди обеих групп выявил, что основная группа представлена в большем количестве лицами с эпилептоидно-возбудимыми чертами характера личности (40% против 8,3% в группе сравнения), а группа сравнения была представлена преобладанием истероидных черт в 55% случаев ($p < 0,001$). Детальное изучение индивидуально-психологических особенностей пациентов исследуемых групп с помощью СМЛЛ (ММРЛ) определило, что усредненный профиль основной группы характеризовался наиболее выраженными повышениями на шкалах депрессии (шкала 2) - $73,3 \pm 11,4$ Т, аутизма (шкала 8) - $77,1 \pm 15,3$ Т, ригидности аффекта (шкала 6) - $69,8 \pm 16,9$ Т, психопатии (шкала 4) - $66,8 \pm 12,9$ ($p < 0,05$). В

усредненном профиле ММРІ группы сравнения отмечались пики на следующих шкалах: депрессии(шкала 2) - $69,7 \pm 12,4$ Т, тревоги (шкала 7) - $68,3 \pm 10,7$ Т, аутизма (шкала 8) $67,4 \pm 13,8$ Т ($p < 0,05$), которые характеризуют повышенную эмоциональную напряженность обследуемых больных с аффективной патологией. Суммируя вышеизложенное, нами сделан вывод, что в целом усредненный личностный профиль пациентов основной группы был выше нормативного разброса и варьировал в диапазоне от 55 Т до 78 Т баллов, который определяет наличие нервно-психической дезадаптации. Усредненный личностный профиль пациентов из группы сравнения не выходил за пределы нормативного разброса (от 50 Т до 70 Т баллов).

При сравнении клинических проявлений депрессий в обеих группах были получены следующие результаты: в основной группе средний общий балл по шкале SIGH-SAD (с учетом типичных и атипичных депрессивных симптомов) при поступлении составил $30,6 \pm 8,1$ балла, в группе сравнения – $24,7 \pm 8,5$ балла ($p < 0,01$), и это свидетельствует о более тяжелом течении депрессивной патологии глубине степени тяжести депрессии у пациентов основной группы.

Сравнительный анализ по преобладанию синдромальной структуры депрессивных расстройств определил, что в основной группе пациентов ведущим являлся депрессивно-дисфорический синдром – 71,4% ($n=20$), что является статистически значимым по сравнению с аналогичным показателем в группе сравнения – 20,0% ($n=4, p < 0,05$). В группе сравнения (40,0%, $n=8, p < 0,05$) преобладал депрессивный синдром с соматовегетативными нарушениями. Депрессивно-дисфорический синдром достоверно чаще встречался у лиц женского пола в основной группе и группе сравнения ($p < 0,05$), что объясняется преобладанием женщин в клинической выборке.

Аналитический разбор статистических данных относительно лиц среднего возраста к началу депрессивных нарушений в исследуемых группах, обнаружил межгрупповые различия ($p < 0,001$), свидетельствующие о появлении

депрессивных нарушений у обследуемых основной группы в более молодом возрасте ($32,9 \pm 8,9$ года), чем в группе сравнения ($40,5 \pm 9,8$ года). Сравнительный анализ клинико-динамических показателей продолжительности депрессивного эпизода свидетельствует о том, что в основной группе эпизоды депрессии были более длительными, чем в группе сравнения (соответственно $5,7 \pm 2,8$ и $3,9 \pm 2,6$ месяца, $p < 0,05$). При этом среднее количество аффективных эпизодов в основной группе составило $4,2 \pm 1,4$, а в группе сравнения – $2,9 \pm 1,9$ ($p < 0,01$). Коморбидное личностное расстройство оказывает значительное влияние на клинико-психопатологические особенности текущего депрессивного состояния пациентов. Пациенты с коморбидностью депрессивных и личностных расстройств в сравнении с пациентами без коморбидного личностного расстройства имеют более высокий удельный вес эпилептоидно-возбудимых черт личности в преморбиде ($40,0\%$ и $8,3\%$, $p < 0,001$), выраженный депрессивно-дисфорический синдром в структуре текущего депрессивного эпизода ($71,4\%$ и $20,0\%$, $p < 0,05$), большую степень тяжести текущего депрессивного эпизода.

Заключение. Установленные особенности клинической картины терапевтически резистентных депрессий дают возможности определить степень тяжести депрессии, полиморфизм клиники, являются фактором предупреждения неблагоприятного прогноза заболевания, позволяют оптимизировать комплексность психофармакотерапии и более дифференцированно осуществлять психотерапевтический подход в выборе методов психокоррекционного воздействия с учётом личностных особенностей пациентов. Результаты исследования могут оказать существенную помощь психиатрам, медицинским психологам и психотерапевтам в ранней верификации терапевтически резистентных депрессий, коморбидных с расстройствами личности, позволяют разрабатывать дифференцированные индивидуальные программы медико-психологической помощи больным и реализовывать их на психобразовательном, психокоррекционном,

психотерапевтическом и психореабилитационном этапах психологической помощи.

Литература / References:

1. Бомов, П.О. Депрессивные расстройства: клиника, диагностика и терапия //Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, посвященной 160-летию со дня рождения Владимира Михайловича Бехтерева и 110-летию Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева.- СПб.: Альта Астра, 2017. -103 с.
2. Винокур, В.А. Депрессия как проблема общей врачебной практики //Актуальные проблемы психосоматики в общемедицинской практике, Санкт-Петербург, декабрь, 2015 г.– Вып. XV. / Под ред. В.И. Мазурова.- СПб: «Альта Астра», 2015. - 46 с.
3. Мазо, Г.Э. Терапия депрессии: кризис или новые возможности // Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, посвященной 160-летию со дня рождения Владимира Михайловича Бехтерева и 110-летию Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева. - СПб.: Альта Астра, 2017. - 128 с.
4. Нурходжаев, С.Н. Клинико-динамические аспекты аффективных и личностных расстройств у женщин с фармакорезистентными депрессиями // Омский психиатрический журнал 4(14), 2017. - С.9-11.
5. Ротштейн, В. Г., Богдан, М. Н., Долгов, С. А. Депрессии и коморбидные расстройства / под редакцией А.Б. Смулевича. - М., 1997. -308 с.
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., Shakhanskaya O.V., Iskandarova J.M. Personal characteristics of women with depressive disorders and their impact on the quality of life. Collections of the 2013 SIC sociosphere conference.

8. Shohaidarova, R.Yu, Babarakhimova S.B. Experience in the application of cognitive-behavioral treatment of depression in women. Materials of the all-Russian conference with international participation «actual problems of cognitive behavioral therapy». Moscow, April 2016.-39 p.

**РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ УПОТРЕБЛЕНИЯ НАРКОТИЧЕСКИХ
СРЕДСТВ СРЕДИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ
МЕДИЦИНСКОГО ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯ
НА СОСТОЯНИЕ ОПЬЯНЕНИЯ**

**Райх В.В., Георгиевская О.В. Балакина О.Ю., Зданович И.В., Пак Л.В.,
Комбарова С.А., Тверская Е.А., Лиходиенко А.А., Кукин А.П.,
Игонин А.С. Киселева О.В., Едакина Н.А.**

*ГБУЗ «Новокузнецкий наркологический диспансер»,
Россия, г. Новокузнецк*

Аннотация. В данной статье представлены результаты исследования динамики количества несовершеннолетних лиц (средний возраст 16-18 лет) из числа лиц, доставленных на медицинское освидетельствование в состоянии наркотического опьянения. Были проанализированы статистические данные кабинета медицинского освидетельствования ГБУЗ ННД за 2019 - 2021 гг.

Ключевые слова: медицинское освидетельствование, несовершеннолетние, состояние наркотического опьянения, профилактика.

**PREVALENCE OF NARCOTIC DRUG USE
AMONG MINORS ACCORDING TO THE RESULTS OF MEDICAL
EXAMINATION FOR DRUNK STATE**

**Raikh V.V., Georgievskaya O.V. Balakina O.Yu., Zdanovich I.V., Pak L.V.,
Kombarova S.A., Tverskaya E.A., Likhodienko A.A., Kukin A.P., Igonin A.S.
Kiseleva O. V., Edakina N.A.**

Novokuznetsk Narcological Dispensary, Russia, Novokuznets

Abstract. This article presents the results of a study of the dynamics of the number of minors (average age 16-18 years) from among those brought for medical examination in a state of drug intoxication. The statistical data of the medical examination room of the GBUZ NND for 2019-2021 were analyzed.

Keywords: medical examination, minors, drug intoxication, prevention.

Введение. Новое тысячелетие ознаменовалось всё более стремительным расширением рынка синтетических наркотических средств, количество которых растёт с каждым днём. Последствия их употребления характеризуются более агрессивным воздействием на организм и быстрым формированием зависимости. Основным фактором риска развития наркотической зависимости является наличие у потребителей «синдрома дефицита удовлетворенности». Люди, страдающие дефицитом удовлетворенности с детства неосознанно ищут способы компенсировать эту нехватку различными видами рискованного поведения, а в подростковом или уже взрослом возрасте при определенном стечении обстоятельств нередко прибегают к помощи психоактивных веществ, которые помогают им получить желаемое удовольствие и наслаждение.

Согласно официальных данных Минздрава РФ, до 32% школьников в возрасте от 9 до 12 лет уже успели попробовать наркотики, около 10% школьников в возрасте от 12 до 15 употребляют вещества регулярно.

Согласно статистических данных МВД, в России, хотя бы раз пробовали психотропные вещества более 50% мальчиков и около 20% девочек. Среди

подростков в возрасте от 13 до 16 лет периодически или регулярно употребляют наркотики 40% юношей и 16% девушек.

Объекты и методы исследования.

Для выявления количества лиц потребляющих наркотические средства среди несовершеннолетних использовался метод открытого сравнительного наблюдения.

Медицинское освидетельствование на состояние опьянения осуществляется в соответствии с приказом Министерства здравоохранения РФ от 18.12.2015 г. № 933н «О порядке проведения медицинского освидетельствования на состояние опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического»).

Основанием для проведения медицинского освидетельствования несовершеннолетних. В ГБУЗ ННД в анализируемый период являлось письменное заявления одного из его родителей или иного законного представителя, протокол о направлении на медицинское освидетельствование, составленный должностным лицом, уполномоченным составлять протоколы об административных правонарушениях.

Результаты и их обсуждение.

1. Доля несовершеннолетних из всех освидетельствований.
2. Доля подтвержденных результатов.
3. Доля девочек среди освидетельствованных несовершеннолетних.

По статистическим данным кабинетов медицинского освидетельствования ГБУЗ ННД в 2019г. было проведено 2025 медицинских освидетельствований, в 2020г.- освидетельствовано 1605 человек, в 2021г.- 1950 человек.

Из общего количества медицинских освидетельствований, проведенных в 2019г. доля несовершеннолетних составила 2,2% , было освидетельствовано 45 подростков. На основании личного заявления родителей (законных представителей) освидетельствовано 16 человек,

сотрудниками отделов полиции доставлено 22 несовершеннолетних, сотрудниками ГКОН доставлено 4 человека.

Таблица 1.

**Динамика числа медицинских освидетельствований
несовершеннолетних в период 2019-2021 гг.**

Год	Общее количество МО	Из них несовершеннолетних (из них девочек)	Распределение по источнику направления	Количество положительных заключений МО (из них у девочек)
2019	2025	45 (2,2)\10(0,5)	Личное 16(35,5)\3(6,6) ОП 25(55,5)\6(13,3) ГКОН 4(8,88)\1(2,25)	ОП 2(4,44)\1(2,22) ГКОН 1д
2020	1605	40(2,49)\6(0,37)	Личное 17(42,5)\2(5) ОП 22(55)\4 (10) ГКОН 1(2,5)	Личное 1(2,5) ОП 4 \1 ГКОН 1
2021	1950	31 (1,58)\12(0,62)	Личное 7(22,5)\4(12,9) ОП 22 (70,9) \7(22,5) ГКОН 2(7,23)\1	ОП 4(12,9)\3(9,67) ГКОН 0\1(3,22)

В 2020 году было проведено медицинское освидетельствование 40 несовершеннолетних. По личному заявлению родителей освидетельствовано 15 несовершеннолетних, по направлению сотрудников полиции освидетельствовано 15 несовершеннолетних, сотрудниками ГКОН доставлен 1 несовершеннолетний.

В 2021 г. проведено медицинское освидетельствование 32 несовершеннолетних. На основании личного заявления родителей освидетельствовано 7 несовершеннолетних. Сотрудниками отделов полиции доставлено 13 человек, сотрудниками ГКОН доставлено 2 несовершеннолетних.

Таким образом, несмотря на общее снижение количества медицинских освидетельствований в период 2019-2021гг, с 2025 до 1950 на (3,7%), имеется незначительная тенденция к увеличению доли доставленных несовершеннолетних лиц 45 человек (2,2%) в 2019 г., 40 человек в 2020 г. (2,49%), 32 человека (2,35%) в 2021 г.

Несмотря на общее снижение числа лиц доставленных сотрудниками правоохранительных органов за анализируемый период, среди доставленных отмечается тенденция к росту числа положительных заключений среди девушек до 18 лет. Так, в 2019 г. освидетельствовано 10 (22,2%) девочек, в 2020 г. 6 (15%) девочек, в 2021 г. 14 (43,7%) девочек.

В 2019 году наркотические средства в организме были обнаружены у 5 несовершеннолетних из 45 доставленных (доля положительных заключений 11,1%), в 2020 году у 6 несовершеннолетних из 40 доставленных (15%), и в 2021 году состояние наркотического опьянения выявлено у 5 несовершеннолетних из 32 доставленных (15,6%). Причем, если в 2019 году из 5 случаев у 3 несовершеннолетних были выявлено наличие растительных каннабиноидов (у 2 человек синтетические катиноны), то в 2020 году и 2021 году во всех случаях выявлялось употребление в основном синтетических средств (в 2020 году 5 синтетические психостимуляторы, 1 синтетические каннабиноиды, в 2021 году 4 синтетические психостимуляторы, 1 растительные каннабиноиды).

Практически все несовершеннолетие с подтвержденным наличием в их организме ПАВ были доставлены сотрудниками правоохранительных органов. Дети и подростки, которые освидетельствованы на основании заявления родителей (законных представителей) в 99% случаев были трезвыми.

Заключение

1. При общем снижении числа несовершеннолетних, медицинское освидетельствование которых было проведено в 2019г, 2020г, 2021г. на 28,8%

1.1. доля положительных медицинских заключений с подтвержденным наличием в организме освидетельствуемых наркотических средств выросла с 11,1% в 2019 году, 15% в 2020 году и 15,6% в 2022 году.

1.2. отмечается тенденция к росту доли положительных заключений среди девушек в возрасте до 18 лет с 22,2% в 2019г. до 43,7% в 2021 году.

Что указывает на необходимость акцентирования внимания при информировании детей и подростков о последствиях наркотизации на влияние употребления наркотиков среди девочек.

2. Среди наркотических средств, обнаруженных в организме несовершеннолетних, преобладали наркотические средства синтетического происхождения.

3. Практически все несовершеннолетние, освидетельствованные на основании заявления родителей (законных представителей) были трезвыми. Данный факт указывает как на наличие антинаркотической настороженности у родителей, так и на необходимость проведения разъяснительной работы с населением, участия в родительских собраниях с целью информирования о признаках наркотизации.

4. Выявленный уровень положительных заключений по итогам медицинского освидетельствования несовершеннолетних подтверждает актуальность проведения профилактических медицинских осмотров обучающихся в учебных заведениях г. Новокузнецка в целях раннего выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ.

Литература / References:

1. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 18.12.2015 г. № 933н «О порядке проведения медицинского освидетельствования на состояние опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического)».

**ПРИМЕНЕНИЕ КОГНИТИВНО-БИХЕВИОРАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ДЛЯ
КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ СНА У ЛИЦ С НЕВРОТИЧЕСКИМИ,
СВЯЗАННЫМИ СО СТРЕССОМ И СОМАТОФОРМНЫМИ
РАССТРОЙСТВАМИ, В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19**

Рачкаускас Г.С., Ромашова Т.И., Радионова С.И.,

Кондуфор О.В., Бобык О.А.

*ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет
имени Святителя Луки», ЛНР, г. Луганск*

Аннотация. В данной статье рассмотрено применение когнитивно-бихевиоральной терапии для коррекции нарушений сна у лиц с невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами, в условиях пандемии COVID-19. Дана оценка эффективности немедикаментозного лечения бессонницы, как основного симптома, который может служить триггерным механизмом в обострении основного заболевания. Описаны возможности применения данного метода в общесоматической практике с целью предупреждения развития невротических расстройств без применения психофармакологических средств.

Ключевые слова: когнитивно-бихевиоральная терапия, невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства, коррекция нарушений сна.

**THE APPLICATION OF COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY FOR
CORRECTION OF SLEEP DISORDERS IN PERSONS WITH
NEUROTIC, STRESS-RELATED AND SOMATOFORM DISORDERS
IN THE CONDITIONS OF COVID-19 PANDEMIC**

Rachkauskas G.S., Romashova T.I., Radionova S.I.,

Kondufor O.V., Bobyk O.A.

Department of Psychiatry and Narcology

St. Luke Lugansk State Medical University, Lugansk People's Republic, Lugansk

Abstract. This article discusses the use of cognitive-behavioral therapy to correct sleep disorders in individuals with neurotic, stress-related and somatoform disorders in the context of the COVID-19 pandemic. Evaluation of the effectiveness of non-drug treatment of insomnia as the main symptom that can serve as a trigger mechanism in exacerbation of the underlying disease is given. The possibilities of using this method in general somatic practice in order to prevent the development of neurotic disorders without the use of psychopharmacological agents are described.

Keywords: cognitive-behavioral therapy, neurotic, stress-related and somatoform disorders, correction of sleep disorders.

Введение. Начало 2020 года было ознаменовано появлением COVID-19. Эта сложная и весьма неоднозначная ситуация определенным образом повлияла не только на жителей различных стран мира, но и предопределила задачи работников здравоохранения, направленные на оказание медицинской помощи в условиях пандемии. В настоящее время данные об эпидемиологии, клинические особенности течения заболевания, действенные меры профилактики и лечения болезни изучены ограниченно.

Множество информации из различных источников, в том числе о количестве заболевших, трагических случаях летальных исходов болезни, изменение привычного образа жизни в связи с самоизоляцией, ограничение в свободном передвижении, возможности беспрепятственного общения с близкими, не могли не повлиять на психоэмоциональное состояние большинства людей [5, С.5]. В связи со сложившейся эпидемической ситуацией по заболеваемости COVID-19 следует предположить, что эта проблема может наблюдаться довольно длительное время и будет оставаться актуальной для здравоохранения всего мира [2, С.17].

Как известно адаптивные способности отличительны не только у каждого отдельно взятого индивидуума, но и различны среди групп населения в зависимости от пола, возраста, уровня образования и осведомлённости, наличия

соматической или какой-либо другой патологии. Особенно уязвимыми являются лица с высоким уровнем невротизации. Всеобщее пребывание в условиях стрессовой ситуации способствует возникновению таких проявлений, как беспокойство, ощущение внутреннего напряжения, тревога, страх заражения, неопределенность перед будущим и многое другое. Лица с уже имеющимися невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами являются первоочередной группой риска, у которой в подобной ситуации велика вероятность развития обострения заболевания [5, С.7].

Клиническая картина невротических расстройств отличается большим полиморфизмом, но, несмотря на это, одним из ведущих симптомов является расстройство сна, и, по мнению некоторых ученых, этот симптом является обязательным в характеристике невротических расстройств, поскольку его встречаемость доходит до 100% [3, С.54]. Несмотря на то, что инсомния является характерным проявлением заболевания, она может служить триггерным механизмом, который обусловит либо обострение болезни, либо принесет в клиническую картину новые формы психопатологической симптоматики [3, С.55].

В условиях пандемии одним из значимых факторов является состояние иммунной системы организма человека. Как известно, на удовлетворительное функционирование иммунной системы в определенной степени оказывает влияние качественный сон [6, С.31]. А значит, в ситуации воздействия стресса хороший сон сам по себе обеспечит стрессозащитную функцию, и терапия, направленная на нормализацию сна будет способствовать активации процессов адаптации к новым условиям [1, С.26].

Следует также учитывать тот факт, что расстройства сна в той или иной степени влияет на когнитивное функционирование личности, что в свою очередь отрицательно влияет на качество жизни [6, С.32].

Несомненно, одну из лидирующих позиций в лечении расстройств сна занимают транквилизаторы бензодиазепинового ряда, и их применение

оправданно, когда необходимо достичь положительных результатов за довольно непродолжительный срок времени, но, к сожалению, они далеко не безобидны при длительном применении в связи с известными побочными действиями (в том числе отрицательное влияние на когнитивный статус), мало того, при их отмене симптоматика расстройств сна может достаточно быстро актуализироваться [3, С.55].

Одним из методов выбора лечения расстройств сна может служить когнитивно-бихевиоральная терапия, поскольку многочисленные исследования этого метода применительно к лечению как острой, так и хронической бессонницы подтверждают позитивные и долгосрочные результаты [6, С.32]. Преимущества метода заключаются не только в отношении отсутствия побочных действий и длительного положительного эффекта, но и в виду того, что данная терапия не требует значительных финансовых затрат для пациента [4, С.22].

Объекты и методы исследования. Было обследовано 37 пациентов с диагнозом невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства, находящихся под наблюдением врачей-психиатров Государственного учреждения «Луганская республиканская клиническая психоневрологическая больница» Луганской Народной Республики, которое является клинической базой ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки». Диагноз верифицирован по критериям МКБ-10. Из 37 пациентов: 14 мужчин (37,8%) и 23 женщины (62,2%). Средний возраст пациентов составил $43,7 \pm 1,9$ года. Манифестация заболевания отмечалась в среднем в возрасте $31,4 \pm 4,6$ лет. По ведущей симптоматике заболевания: 18 (48,6%) пациентов – с тревожно-фобическим синдромом. 12 (32,4%) – с тревожно-депрессивным синдромом. 5 (13,5%) – с паническим синдромом. 2 (5,4%) – с сенесто-ипохондрическим синдромом. Исследование проводилось в соответствии с требованиями Хельсинской декларации Всемирной медицинской ассоциации об этических принципах

проведения медицинских исследований с участием людей в качестве субъектов (2000 г). От всех пациентов получено добровольное письменное информированное согласие на проведение исследования.

Проведено клиническое интервью с пациентами, изучены анамнестические данные, использованы клинико-психопатологический, катамнестический, клинико-шкальный, нейропсихологический и статистический методы. Проведена оценка гигиены сна по методике Sleep Hygiene Index – SHI (Mastin D.F., Bryson J., Corwyn R., 2006). Оценка невротических состояний проводилась с помощью клинического опросника Яхина-Менделевича. Статистическая обработка данных проводилась в программе STATISTICAV. 12.5. Критерии исключения из исследования: наличие обострения (рецидива) основного заболевания, зависимости от психоактивных веществ, обострение хронического соматического заболевания. Все пациенты обратились за помощью с жалобами на наличие бессонницы в течение 2-4 недель (трудности засыпания, поверхностный сон с частыми пробуждениями, отсутствие чувства отдыха после сна). На начало исследования по результатам клинического опросника Яхина-Менделевича был определен низкий уровень пограничных состояний по шкалам невротической депрессии, тревоги, обсессивно-фобических нарушений и средний уровень по шкале астении. Все пациенты вели дневники, в которых описывали продолжительность сна, примерное время засыпания, частоту пробуждений, свои ощущения после сна.

Результаты и их обсуждение. В качестве лечения бессонницы применялась когнитивно-бихевиоральная терапия методом гигиены сна без применения психофармакологических средств. До начала терапии по результатам оценки гигиены сна по методике SHI тестовый показатель находился в диапазоне от 68% до 89% (пониженный и низкий уровень гигиены сна). В течение одного месяца всем пациентам было проведено 6 сеансов терапии: на протяжении 2-х недель – 2 сеанса в неделю, и еще 2 недели – по

одному сеансу в неделю. Пациенты обучались основным правилам гигиены сна, которые включали информацию о принципах питания, нормирования физических нагрузок, употребления спиртных напитков и курения, условиях окружающей обстановки (освещенность помещения, звуковая нагрузка, температурный режим), обсуждалось их влияние на качество сна. Давались общие рекомендации, необходимые для успешной терапии.

Несмотря на то, что пациенты были осведомлены о необходимости соблюдения оговоренных правил гигиены сна, в течение первой недели большей части (до 70%) отмечались трудности в выполнении предусмотренных условий, в связи с чем, при последующих сеансах акцентировалось внимание на обязательном соблюдении разработанных мероприятий. Ежедневное ведение дневниковых записей, где описывалось как соблюдение, так и нарушения правил способствовало дисциплинированности пациентов. К концу второй – началу третьей недели 79% пациентов отмечали субъективное улучшение качества сна: сокращение времени засыпания, увеличение продолжительности сна.

Помимо методики гигиены сна с пациентами проводилась когнитивная терапия, основной задачей которой являлось разубеждение в том, что нарушения сна могут привести к неудачам последующего дня, усилению в связи с этим тревожности и ожиданию обострения основного заболевания. По итогам когнитивной терапии пациенты самостоятельно формулировали правильные суждения потребности организма в качественном сне.

Оценка эффективности когнитивно-бихевиоральной терапии расстройств сна учитывала уменьшение периода засыпания, сокращение ночных пробуждений, увеличение общей продолжительности сна до 30-60 минут, ощущение чувства отдыха и наличия бодрости после сна.

По окончании терапии по результатам оценки гигиены сна по методике SHI тестовый показатель находился в диапазоне от 23% до 38% (повышенный уровень гигиены сна).

Из всех исследуемых пациентов только в 3-х случаях (8%) пришлось прибегнуть к применению психофармакотерапии, поскольку у них отмечалась низкая приверженность к когнитивно-бихевиоральной терапии – пациенты высказывали серьезные опасения по поводу эффективности метода.

Проверка долгосрочности достигнутого результата была проведена спустя 3 месяца по окончанию лечения. Актуализация расстройств сна была отмечена у 5 пациентов, 3 из которых были те, к которым была применена психофармакотерапия.

Заключение. Когнитивно-бихевиоральная терапия расстройств сна в очередной раз доказала свою эффективность и может быть применена в качестве метода устранения нарушений сна в целях профилактики только обострений, но и в возникновении расстройств невротического спектра.

В условиях пандемии COVID-19 существует необходимость в разработке действенных стратегий по охране психического здоровья. Учитывая относительную несложность в проведении данного вида терапии нарушений сна, как триггера невротических расстройств, после краткосрочного обучения проведению данной методики, она может применяться не только врачами-психиатрами или психотерапевтами, но и специалистами общесоматического профиля в условиях как стационарного, так и амбулаторного звена.

Литература / References:

1. Воробьева, О.В. Острая (адаптационная) инсомния: терапевтическая дилемма // Медицинский совет.- 2016.- № 9.- С.23-27.
2. Горенков, Д.В., Хантимирова, Л.М., Шевцов, В.А. Вспышка нового инфекционного заболевания COVID-19: β-коронавирусы как угроза глобальному здравоохранению // 2020.- Т. 20. -№ 1.- С.6-20.
3. Корабельникова, Е.А. Лечение инсомний у больных с невротическими расстройствами // Медицинский совет. -2015.- № 10. -С.54-59.

4. Курушина, О.В., Барулин, А.Е., Багирова, Д.Я. Современные подходы к лечению инсомнии в общетерапевтической практике // Медицинский совет.- 2019. -№ 6.- С.20-26.

5. Островский, Д.И., Иванова, Т.И. Влияние новой коронавирусной инфекции COVID-19 на психическое здоровье человека (Обзор литературы) // Омский психиатрический журнал. - 2020. -№ 2-IS (24). -С.4-10.

6. Центерадзе, С.Л., Полуэктов, М.Г. Влияние нарушений сна на здоровье и возможности их коррекции // Медицинский совет.- 2018.- № 18.- С.30-33.

**ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ НЕВРОТИЧЕСКИХ
РАССТРОЙСТВ У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ,
ОКАЗЫВАЮЩИХ ПОМОЩЬ COVID-ИНФИЦИРОВАННЫМ**

**Рачкаускас Г.С., Радионова С.И., Булкина Н.Э.,
Кондуфор О.В., Бобык О.А.**

*ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет
имени Святителя Луки», ЛНР, г. Луганск*

Аннотация. В данной статье рассмотрены особенности влияния стрессовых факторов на формирование невротических расстройств у медицинских работников, оказывающих помощь COVID (коронавирусная инфекция) инфицированным больным. С помощью психодиагностических методик исследованы уровни формирования невротических расстройств при наличии ситуационной и личностной тревожности. Проведен анализ полученных данных.

Ключевые слова: невротические расстройства, стрессовые факторы, уровень тревожности, COVID-инфекция.

**FEATURES OF THE FORMATION OF NEUROTIC DISORDERS IN
MEDICAL WORKERS WHO PROVIDE CARE FOR COVID INFECTED**

**Rachkauskas G.S., Radionova S.I., Bulkina N.E., Kondufor O.V.,
Bobyk O.A.**

*St. Luke Lugansk State Mmedical University
Lugansk People's Republic, Lugansk*

Abstract. This article examines the features of the influence of stress factors on the formation of neurotic disorders in medical professionals who provide care to COVID-infected (Corona Virus Disease) patients. The levels of neurotic disorders formation in the presence of situational and personal anxiety were studied using psycho diagnostic methods. The obtained data were analyzed.

Keywords: neurotic disorders, stress factors, anxiety level, COVID-infection.

Введение. Профессиональные кризисные ситуации в обычной жизни относят к нормативным жизненным кризисам, т.е. они являются неотъемлемой частью профессионального развития человека. Профессиональный кризис медицинского работника проявляется чаще в начале профессиональной деятельности, когда формируется профессиональная позиция. Профессия врача требует особенных личностных качеств, высоких знаний, навыков и умений медицинского направления. Ведь именно врач присутствует при самых деликатных событиях в жизни пациента: смерть и рождение. Труд медработников и врачей сопровождается воздействием на них огромного количества неблагоприятных факторов.

Пандемия COVID-19 внесла свои особенности в работу и жизнь медицинских работников. Социально-экономические условия в стране, жизненные трудности, снижение престижа профессии медработника требуют повышенных психологических и физических затрат. Соответственно на сегодняшний день есть необходимость рассмотреть возможные риски развития посттравматического стрессового синдрома и других расстройств, связанных с психотравмой у медицинских работников, которые оказывают медицинскую помощь больным с COVID.

Невротические расстройства – это группа психогенно обусловленных состояний, которые проявляются множеством клинических симптомов, но они объединены тремя основными признаками. Все они являются

функциональными изменениями, т. е. отсутствует повреждающий фактор на центральную нервную систему. Уровень расстройств непсихотический, т. е. контроль над происходящими событиями не утрачен, сохраняется связь с действительностью. Расстройства имеют очерченную связь с психотравмирующей ситуацией. В клинической картине отражается связь со стрессовой ситуацией, особенно отчетливо заметна в начале заболевания [1, С. 29].

Невротические расстройства возникают, когда защитные возможности человека не соответствуют силе стрессового воздействия, т.е. человек не может справиться с трудными жизненными обстоятельствами, отмечается тенденция к затяжному течению [3, С.6]. Причинами всегда являются конфликты, они либо внешние, либо внутренние, но они обязательно наносят психологическую травму, другой причиной может быть длительное перенапряжение эмоциональное или интеллектуальное [4, С.320].

Объекты и методы исследования. Исследование проводилось на базе ГУ «Луганская городская многопрофильная больница № 4» ЛНР. В психологическом эксперименте участвовали 152 респондента – медицинских работников, оказывавших помощь больным с COVID-инфекцией в возрасте от 21 до 71 года. Из них: с высшим медицинским образованием 25 человек, среди которых 3 мужчин, 22 женщины. со средним медицинским образованием – 78 человек, среди которых мужчин – 5, женщин – 73. младший медицинский персонал – 57 человек, все женщины.

В качестве диагностического инструмента были использованы методика экспресс-диагностики невроза К. Хека и Х. Хесса и методика «Исследование тревожности» – опросник Спилбергера-Ханина.

Результаты и их обсуждения. По результатам обследования методикой экспресс-диагностики невроза К. Хека и Х. Хесса выявлены результаты: в 10% случаев выявлены невротические расстройства у всей группы обследуемых. в 16% исследуемые находятся в зоне риска возникновения невротических

расстройств. Среди врачей в зоне риска 28%, среди среднего медицинского персонала 13% диагностированы невротические расстройства, а 14% находятся в зоне риска развития невротических расстройств. у младшего медицинского персонала в 7% случаев диагностированы невротические расстройства, в 12% находятся в зоне риска. Среди врачей невротические расстройства не выявлены, но в зоне риска развития невротических расстройств выявлено 28% опрошенных.

При анализе данных полученных методикой «Исследование тревожности» (опросник Спилбергера-Ханина) у 40% респондентов ситуативная тревожность выражена, у 42% исследуемых имеется средний уровень выраженности и у 17% – низкий уровень. Показатели по шкале личностной тревожности составили: у 43% исследуемых – выраженное повышение тревожности, у 49% – средний уровень повышения тревожности у 8% – низкий уровень тревожности.

Значительные психоэмоциональные нагрузки на медицинских работников, особенно при работе с пациентами COVID-инфицированными, серьезно повышают вероятность развития негативных изменений на психику, которые могут проявляться снижением уровня (а иногда и срывах) психической и психофизиологической деятельности.

Проведенное исследование ставило своей целью изучение взаимосвязи уровня невротизации, возможного развития синдрома эмоционального выгорания с факторами профессионального функционирования и личностными характеристиками медицинских работников в условиях пандемии COVID-19.

Пандемия COVID-19 является таким фактором. Особенно это касается медиков, которые работали непосредственно с вирусными больными: врачи, средний и младший медицинский персонал, технические работники медицинских учреждений. Ситуация в которой они оказались сравнима с военными условиями: непосредственная угроза здоровью и жизни, морально-

психологическая нагрузка, тяжелый интенсивный труд, длительное ношение неудобной специализированной одежды.

Персонал медицинских учреждений, оказывающий помощь COVID-инфицированными пациентами переживает не просто стресс, а психологическую травму. Сегодня важно выявить возможные риски развития невротических расстройств, формирования посттравматического стрессового расстройства.

Учитывая уровень ответственности за выполняемую работу, риск развития невротических расстройств у врачей составил 28%, у среднего медперсонала – 13%, у младшего медперсонала – 12%. Очевидно, что компенсаторные возможности врачей значительно выше, чем у среднего и младшего медперсонала.

Самые распространенные симптомы – это тревога и страх, которые могут проявляться и соматическими проявлениями [5, С.6]. Самые распространенные источники тревоги это: возможный дефицит средств индивидуальной защиты, организация семейного быта в условиях отсутствия родителей, возможность инфицирования с последующим неблагоприятным исходом болезни, неприятные предчувствия о жизненных событиях. Эти мысли почти всегда тягостны, им сложно сопротивляться, несмотря на то, что умственные и физические способности не страдают. Соматические проявления: дискомфорт со стороны желудочно-кишечного тракта, сердцебиение, чувство жара, потливость, сухость во рту. В дальнейшем появлялись повышенная утомляемость, раздражительность, изменялся аппетит и нарушался сон.

Работа с больными COVID сопровождалась дополнительными трудностями – это опасность инфицирования, продолжительные контакты с инфицированными, длительное ношение специальной защитной одежды, вынужденная рабочая поза, отсутствие контактов с семьей. Неблагоприятно сказывается на медицинских работниках профессиональный стресс: эмоциональное напряжение при общении с коллегами и пациентами,

необходимость вникнуть в проблемы других людей, давление общественного мнения, необходимость быть сдержанным, терпеливым, сострадающим, проявлять заботу, внимание и понимание [2, С.528]. Все эти факторы приводят к быстрому формированию невротической симптоматики и в дальнейшем к более сложному комплексу невротических расстройств.

Заключение. Полученные данные позволяют сделать вывод, что работа с больными COVID проводится в условиях, сопровождающихся наличием непосредственной угрозы здоровью и жизни медицинскому персоналу, в тяжелых морально-психологических и физических условиях, что приводит к изменениям в психике медицинских работников. Все эти факторы способствуют формированию невротических расстройств.

После работы с больными COVID развитие невротических расстройств у среднего и младшего персонала объясняется психологической нагрузкой и дополнительной физической нагрузкой: поддержание мер противоэпидемического режима, уход за больными и выполнение медицинских манипуляций, требующих длительного контакта с больными.

Медицинские работники склонны решать свои личные проблемы самостоятельно, не обращаясь за помощью. Но когда нагрузка на рабочем месте выходит за пределы привычного рабочего дня, то может появиться необходимость в психолого-психиатрической помощи лицам, участвующим в ликвидации пандемии COVID-19. Полученные результаты исследования могут быть использованы при разработке лечебно-профилактических и реабилитационных программ для лиц, участвующих в оказании медицинской помощи COVID-инфицированным пациентам.

Литература / References:

1. Березин, Ф.Б., Мирошников, М.П. Эмоциональный стресс и психосоматические расстройства. Подходы к терапии // *Materia medica.*- 1996. - Т. 1.- № 9. -С.29–30.

2. Бодров, В.А. Психологический стресс: развитие и преодоление // М.: ПЕРСЭ. -2006. - С.528.

3. Манукян, В.Р., Петраш. М.Д. Психологические ресурсы преодоления возрастных и профессиональных кризисов средней зрелости // Психология зрелости и старения. -2010.- № 2 (50).- С.6.

4. Сыманюк, Э.Э. Психология профессионально-обусловленных кризисов // Изд-во НПО «МОДЭК». -2004. -С.320.

5. Соловьева, С.Л. Индивидуальные психологические особенности личности врача // СПб.: ГОУВПО СПбГМА им. И.И. Мечникова, МЗ РФ. 2001.- С.6.

**УРОВЕНЬ ТРЕВОГИ, ДЕПРЕССИИ И АСТЕНИИ У БОЛЬНЫХ
АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ С РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНЬЮ
АКТИВНОСТИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА**

**Рачкаускас Г.С., Кондуфор О.В., Яценко Д.А., Колесников Д.А.,
Борщ Д.В.**

Кафедра психиатрии и наркологии

*ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет
имени Святителя Луки», ЛНР, Луганск*

Аннотация: В статье рассмотрено влияние хронического гепатита разной степени активности на уровень тревоги, депрессии и астении у пациентов с алкогольной зависимостью. В исследовании приняло участие 60 пациентов, среди психометрических методов принялись Шкала Монтгомери-Асберга для оценки депрессии (MADRS), Шкала тревоги Бека (BAI), Шкала астенического состояния (ШАС). В результате выяснилось, что хронический алкогольный гепатит разной степени активности способен негативно влиять на уровень тревоги, депрессии и астении у пациентов с алкогольной зависимостью. При этом более тяжелое соматическое состояние ухудшает состояние психического статуса.

Ключевые слова: алкогольная зависимость, депрессия, тревога, астения, гепатит

**LEVEL OF ANXIETY, DEPRESSION AND ASTHENIA IN PATIENTS
WITH ALCOHOL DEPENDENCE WITH VARYING DEGREES OF
ACTIVITY OF CHRONIC HEPATITIS**

**Rachkauskas G.S., Kondufor O.V., Yatsenko D.A.,
Kolesnikov D.A., Borsch D.V.**

*Department of Psychiatry and Narcology
St. Luke Lugansk State Mmedical University
Lugansk People's Republic, Lugansk*

Abstract. The article considers the influence of chronic hepatitis of varying degrees of activity on the level of anxiety, depression and asthenia in patients with alcohol dependence. The study involved 60 patients, among the psychometric methods were Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS), Beck Anxiety Inventory (BAI), and Asthenic Condition Scale. As a result, it turned out that chronic alcoholic hepatitis of varying degrees of activity can negatively affect the level of anxiety, depression and asthenia in patients with alcohol dependence. At the same time, a more severe somatic condition worsens the state of mental status.

Keywords: alcohol dependence, depression, anxiety, asthenia, hepatitis

Введение. Депрессивная симптоматика и ее связь с алкогольной зависимостью имеет большую актуальность и часто становится центральной темой во многих исследованиях. [1-5]. Наличие депрессивной симптоматики при алкогольной зависимости изучается в ряде статей, как в отечественных, так и в зарубежных изданиях [6-8]. Так, R.Paгу et al. в одной из своих работ указывает, что частота выявления депрессивного расстройства у пациентов с алкоголизмом составляет от 26 до 60%. В рамках алкоголизма симптомы депрессии встречаются на различных этапах заболевания [9-11]. Важно отметить, что в период становления ремиссии их частота находится на

достаточно высоком уровне в 30-60%, при продолжительных ремиссиях – 15-20% [12]. На данном этапе заболевания они более часто характеризуются гипотимным настроением, апатией с элементами дисфории. Отмечается, что эпизоды депрессии в рамках алкоголизма имеют тенденцию к сочетанию с обострением симптомов зависимости. Данный факт может объясняться стремлением пациентов уменьшить тягостные для них переживания путем употребления алкоголя. При этом эмоциональные реакции являются фактором дезинтеграции процессов психической адаптации пациентов. Иногда симптомы депрессии могут быть незаметны, что особенно касается депрессии легкой степени тяжести, характеризующейся астеническими проявлениями [13-14]. Тревога и астения так же являются весьма типичными для пациентов с алкогольной зависимостью. Кроме того, соматическая патология, в частности хронический гепатит, истощает психические ресурсы пациентов. Потому вызывает определенный интерес изучение влияния хронического гепатита на психическое состояние пациентов с алкогольной зависимостью.

Материалы и методы. В исследовании приняло участие 60 пациентов с диагнозом «Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя. Синдром зависимости» (F10.2) и сопутствующим «Алкогольный гепатит» (K70.1), находящихся на стационарном лечении в ГУ ЛНР «Луганский республиканский наркологический диспансер». Все диагнозы верифицированы по критериям МКБ-10. Для установления соматического диагноза привлекались сторонние специалисты терапевтического профиля. Работа проведена в соответствии с требованиями Комитета по биомедицинской этике, утвержденными Хельсинкской декларацией Всемирной медицинской ассоциации об этических принципах проведения медицинских исследований с участием людей в качестве субъектов (2000 г.). Перед началом исследования все участники дали письменное информированное согласие. Все участники исследования были мужчинами со средним возрастом $42,7 \pm 5,1$ лет. Средний возраст начала алкогольной зависимости составил $32,7 \pm 3,5$ лет, алкогольного

гепатита – $37,3 \pm 2,9$ лет. Продолжительность алкоголизма в среднем была – $10,6 \pm 4,5$ лет, алкогольного гепатита – $5,7 \pm 2,1$ лет. В работе было выделено 4 исследуемые группы: 1-я – пациенты с хроническим гепатитом с минимальной активностью процесса ($n=26$), 2-я – пациента со слабовыраженным хроническим гепатитом ($n=17$), 3-я – пациенты с умеренным хроническим гепатитом ($n=10$), 4-я – пациенты с тяжелым хроническим гепатитом ($n=7$). Характеристики исследуемых групп указаны в таблице 1.

Таблица 1.

Характеристики исследуемых групп

Показатель ($M \pm SD$)	1-я группа ($n=26$)	2-я группа ($n=17$)	3-я группа ($n=10$)	4-я группа ($n=7$)
Возраст	$38,9 \pm 3,1$	$40,8 \pm 3,2$	$44,2 \pm 4,5$	$47,5 \pm 5,3$
Возраст начала алкогольной зависимости	$36,8 \pm 3,2$	$37,2 \pm 3,5$	$36,1 \pm 3,7$	$33,4 \pm 4,3$
Продолжительность алкогольной зависимости	$2,1 \pm 1,5$	$3,6 \pm 1,4$	$8,1 \pm 3,5$	$14,1 \pm 3,7$
Возраст начала алкогольного гепатита	$37,9 \pm 2,6$	$37,4 \pm 2,6$	$37,1 \pm 3,6$	$36,7 \pm 1,8$
Продолжительность алкогольного гепатита	$2,6 \pm 2,1$	$3,4 \pm 2,3$	$7,1 \pm 2,8$	$10,8 \pm 2,5$

С пациентами проводилось клиническое интервью, оценивались данные анамнеза. Из психометрических методов применялась Шкала Монтгомери-Асберга для оценки депрессии (MADRS), Шкала тревоги Бека (BAI), Шкала астенического состояния (ШАС). Статистическая обработка данных была проведена в программе Statistica 12.5. Нормальность распределения оценивалась тестом Шапиро-Уилка. Для основных сравнений применялся критерий Краскела-Уоллиса, апостериорный анализ проведен с использованием критерия Манн-Уитни с поправкой Бонферрони. Поправленные на множественность сравнений р-значения обозначены «р*».

Результаты и обсуждение.

При проведении основных сравнений были выявлены достоверно значимые различия по всем трем шкалам: по шкале MADRS ($N=14,853$, $p=0,001$, $p^*=0,005$), ВАИ ($N=11,741$, $p=0,002$, $p^*=0,008$) и ШАС ($N=13,422$, $p=0,001$, $p^*=0,006$). Апостериорный анализ показал, что имеющиеся различия между группами являются статистически значимыми, поэтому можно говорить о влиянии степени активности хронического алкогольного гепатита на уровень депрессии, тревоги и астении у пациентов с алкогольной зависимостью. Результаты апостериорного анализа представлены в таблице 2.

Таблица 2.

Результаты апостериорного анализа

Показатель ($M \pm SD$)	1-я группа ($n=26$)	2-я группа ($n=17$)	3-я группа ($n=10$)	4-я группа ($n=7$)
Балл по шкале MADRS	7,3±4,9*#**	12,3±5,7#**	21,1±4,6**	32,2±5,1
Балл по шкале ВАИ	9,4±4,5	20,8±3,9	28,9±4,5	41,7±5,8
Балл по шкале ШАС	68,4±31,4*#**	83,7±4,3,5#**	94,5±39,9**	118,5±47,4

Примечание. * – статистически достоверные различия по сравнению со 2-й группой; # – статистически достоверные различия по сравнению с 3-й группой; ** – статистически достоверные различия по сравнению с 4-й группой

Заключение. Хронический алкогольный гепатит разной степени активности способен негативно влиять на уровень тревоги, депрессии и астении у пациентов с алкогольной зависимостью.

Литература / References:

1. Crocq, M.A. Depression and alcohol / M.A. Crocq. // WPA Bull. On Depression: Facing, Understanding, and Managing Depression. – 2001. – Vol. 5 №23. – P. – 3-6.

2. Hodgins, D.C. Prospective and retrospective reports of mood states before relapse to substance use / D.C. Hodgins, N. el-Guebaly, S. Armstrong // *J. Consult Clin. Psychol.* – 1995. – Vol. 63, №3. – P. – 400-407.

3. Pary, R. Depression and alcoholism: Clinical considerations in management / R. Pary, St. Lippmann, C.R. Tobias // *South. Med. J.* – 1988. – № 12. – P. – 1529-1533.

4. Grant, B.F. Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. / B.F. Grant, F.S. Stinson, D.A. Dawson et al. // *Arch Gen Psychiatry.* – 2004. – Vol. 61 №8. – P. – 807–816.

5. Greenfield, S.F. The effect of depression on return to drinking: A prospective study. / S.F. Greenfield, R.D. Weiss, L.R. Muenz et al. // *Arch Gen Psychiatry.* – 1998. – Vol. 55 №3. – P. – 259–265.

6. Hasin, D. Effects of major depression on remission and relapse of substance dependence. / D. Hasin, X. Liu, E. Nunes et al. // *Arch Gen Psychiatry.* – 2002. – Vol. 59 №4. – P. – 375–380.

7. Conner, K.R. Substance-induced depression and independent depression in proximal risk for suicidal behavior. / K.R. Conner, S.A. Gamble, C.L. Bagge et al. // *J Stud Alcohol Drugs.* – 2014. – Vol. 75 №4. – P. – 567–572.

8. Hasin, D.S. Epidemiology of major depressive disorder: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcoholism and Related Conditions. / D.S. Hasin, R.D. Goodwin, F.S. Stinson et al. // *Arch Gen Psychiatry.* – 2005. – Vol. 62 №10. – P. – 1097–1106.

9. Kessler, R.C. Development of lifetime comorbidity in the World Health Organization world mental health surveys. / R.C. Kessler, J. Ormel, M. Petukhova et al. // *Arch Gen Psychiatry.* – 2011. – Vol. 68 №1. – P. – 90–100.

10. Kessler, R.C. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. / R.C. Kessler, W.T. Chiu, O. Demler et al. // *Arch Gen Psychiatry.* – 2005. – Vol. 62 №6. – P. – 617–627.

11. Schuckit, M.A. Comparison of induced and independent major depressive disorders in 2,945 alcoholics. / M.A. Schuckit, J.E. Tipp, M. Bergman et al. // Am J Psychiatry. – 1997. – Vol. 154 №7. – P. – 948–957.

12. Nunes, E.V. Independent versus substance-induced major depressive disorder in substance-dependent patients: Observational study of course during follow-up. / E.V. Nunes, X. Liu, S. Samet et al. // J Clin Psychiatry. – 2006. – Vol. 67 №10. – 1561–1567.

13. Kessler, R.C. Epidemiology of women and depression. / R.C. Kessler // J Affect Disord. – 2003. – Vol. 74 №1. – P. – 5–13.

14. Khan, S. Gender differences in lifetime alcohol dependence: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. / S. Khan, M. Okuda, D.S. Hasin et al. // Alcohol Clin Exp Res. – 2013. – Vol. 37 №10 – P. – 1696–1705.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ БОЛЬНОГО ЧЕЛОВЕКА

Романова М.М., Чернов А.В.

*Кафедра физической и реабилитационной медицины,
гериатрии ИДПО*

*ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет
им. Н.Н. Бурденко» Минздрава России, Россия, г. Воронеж*

Аннотация. Статья посвящена изучению и анализу некоторых особенностей психологического здоровья больного человека. У группы пациентов кардиологического профиля проводилось психологическое обследование с применением компьютерного психометрического тестирования. Полученные данные свидетельствуют о наличии у обследованных лиц психологического неблагополучия, нуждаемости ряда пациентов в психологической и психотерапевтической помощи.

Ключевые слова: здоровье, психометрическое тестирование, аффективная сфера, цифровая технология.

SOME FEATURES OF THE PSYCHOLOGICAL HEALTH OF A SICK PERSON

Romanova M.M., Chernov A.V.

*Department of Physical and Rehabilitation Medicine, Geriatrics of IDPO
N.N. Burdenko Voronezh State Medical University, Russia, Voronezh*

Abstract. The article is devoted to the study and analysis of some features of the psychological health of a sick person. A group of patients with a cardiological profile underwent a psychological examination using computer psychometric testing. The data obtained indicate the presence of psychological distress in the examined persons, the need of a number of patients for psychological and psychotherapeutic assistance.

Keywords: health, psychometric testing, affective sphere, digital technology

Введение. Согласно определению Всемирной организации здравоохранения, здоровье - это состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не только отсутствие болезней или физических дефектов. Общеизвестная актуальность исследований ценности и значения здоровья в жизни человека в современных условиях не ослабевает, а, наоборот, повышается. Особенно возрастает в 21 веке значение психологического здоровья здорового и больного человека.

Неуклонно возрастает и роль цифровых технологий в жизни человека и общества, что особенно ярко и остро проявилось в внезапно возникших условиях пандемии новой коронавирусной инфекции COVID-19, буквально в режиме «он-лайн», включая образование, научную медицину и практическое здравоохранение [1, 6, 10, 17].

Период пандемии объемно проявил существующие и открыл вновь возникшие проблемы в организации медицинской помощи при проведении профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий [3, 7, 17, 20].

Медицинские аспекты лечения и реабилитации пациентов после перенесенной новой коронавирусной инфекции тесным образом связаны с психологическими, ментальными и социальными аспектами [9, 16], что обусловлено в том числе с формированием у ряда лиц постковидного синдрома, включая поражение центральной нервной системы и когнитивные нарушения [4, 6, 8]. Уже наблюдается и ожидается большое количество проблем, связанных с физическими, когнитивными и психосоциальными нарушениями у людей до, во время пандемии, а также после нее [2, 10, 18]. В связи с вышеизложенным, разработка и реализация применения цифровых компьютерных технологий в практическом здравоохранении в современных условиях представляется весьма актуальной.

Целью исследования явились разработка и изучение эффективности применения цифрового программного обеспечения компьютерного психологического обследования для повышения качества оказания медицинской помощи при проведении реабилитационных мероприятий.

Материал и методы. В исследовании применялись методы системного, дискриминантного и сравнительного анализа, формализованные методы анализа, синтеза, систем сбора и обработки данных, язык программирования C#, технология ADO.NET Entity Framework (EF) [2, 19], встроенные возможности генерации графиков, отчетов и анализа распределения. В работе использовалось разработанное нами компьютерное приложение по психологическому обследованию и психометрическому тестированию, включавшее батарею тестов, в том числе опросники FPI [14], ТОБОЛ [5], Гамильтона, объединенных в единую базу данных. В исследование, в основную в группу в условиях свободной выборки включены 32 больных кардиологического профиля. Средний возраст составил $48,2 \pm 9,1$ лет. При статистической обработке данных применялись параметрические и непараметрические критерии.

Результаты и их обсуждение. Согласно статистической обработке результатов, полученных при проведении психологического обследования и психометрического тестирования с применением разработанного цифрового программного обеспечения установлено, что для пациентов старших возрастных групп при исследовании аффективной сферы были характерны высокий уровень тревоги, средний уровень депрессии, а согласно результатам многопрофильной личностной оценки отмечались раздражительность и предрасположенность к депрессивному и стрессовому реагированию на обычные жизненные ситуации. При этом расстройства аффективной сферы различной степени выраженности выявлялись в 76% случаев. Для внутренней картины болезни были характерны и встречались достоверно чаще других такие типы отношения к болезни как апатический, obsессивно-фобический, тревожный и неврастенический типы ($p < 0,05$). Менее характерными и наиболее редко встречающимися оказались гармоничный и эргопатический типы отношения к болезни.

Известно, что при новой коронавирусной инфекции COVID-19 могут возникать в том числе нейрокогнитивные и психические нарушения. В Консенсусе экспертов российских сообществ (2021) рассмотрены вопросы комплексной медицинской реабилитации больных после новой коронавирусной инфекцией. Особо подчеркнута, что при проведении реабилитационных мероприятий «обучение больного (и его родственников) играет ключевую роль в любой программе реабилитации и формировании позитивной мотивации», что необходимо ознакомить с профилактикой «возможных последствий болезни, разъяснить важность приверженности рекомендациям врача, лекарственной терапии и реабилитации» [3]. Безусловно, оптимальная организация школ здоровья для пациентов с применением индивидуального психологического подхода [11, 12, 13, 15] при оказании медицинской помощи будет способствовать повышению эффективности реабилитационных

мероприятий. Значительную роль в таком обучении могут и должны занимать медицинские психологи, специалисты по эрготерапии.

Заключение. Согласно полученным данным проведенного исследования, у больных кардиологического профиля выявлены субклинически и клинически выраженные расстройства аффективной сферы, личностные характеристики, влияющие на формирование тревожно-депрессивных расстройств, в большинстве случаев неблагоприятная внутренняя картина болезни, особенно среди лиц старших возрастных групп. Разработанное нами программное приложение может быть использовано на этапах проведения медицинской реабилитации, в том числе при проведении консультирования с применением телемедицинских технологий, при разработке и реализации индивидуальных программ реабилитации постковидных пациентов в медицинских учреждениях, оказывающих внебольничную медицинскую помощь. Результаты исследования свидетельствуют о необходимости психологической, а у ряда больных и психотерапевтической медицинской помощи при проведении профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий. Реабилитация пациентов, перенесших COVID-19 имеет важнейшее значение для восстановления и сохранения здоровья населения, в том числе психологического здоровья каждого индивида. Поэтому ее эффективные организация и реализация, включая индивидуальный подход, достижение общих и частных целей и задач при оказании медицинской помощи, определяют медико-социальные последствия пандемии для общества и государства в целом.

Литература / References:

1. Альтбах Ф. Дж., Ханс де Вит. Информационные технологии в контексте COVID-19: поворотный момент? // Международное высшее образование. 2020. № 103. С. 6-8.

2. Иванов С. О., Ильин Д.В., Большаков И.Ю. Сравнительное тестирование языков программирования // Вестник Чувашского университета. 2017. №2. С. 222-227.
3. Новая коронавирусная инфекционная болезнь COVID-19: особенности комплексной кардиологической и респираторной реабилитации Бубнова М. Г. и др. // Российский кардиологический журнал. 2021. Т.26, № 5. С. 44-87.
4. Медицинская реабилитация при новой коронавирусной инфекции (COVID-19). Временные методические рекомендации. [Электронный ресурс] URL: https://static-0.minzdrav.gov.ru/system/attachments/attaches/000/051/187/original/31072020_Reab_COVID-19_v1.pdf (Дата обращения: 25.09.2022)
5. Психологическая диагностика отношения к болезни. [Электронный ресурс] URL: <http://www.medpsy.ru/library/library122.pdf> (Дата обращения: 25.09.2022)
6. Недогада С.В. COVID-19: реабилитация. [Электронный ресурс] URL: https://www.volgmed.ru/uploads/files/2021-1/140942-covid-19_reabilitaciya.pdf (Дата обращения: 11.09.2022)
7. Оценка некоторых особенностей результатов диспансеризации населения в первичном звене здравоохранения региона / М.М. Романова, А.А. Зуйкова, Н.Е. Нехаенко, Н.И. Остроушко // Успехи современного естествознания. 2014. № 5-2. С. 41-45.
8. Постковидный синдром: опыт терапевта и психотерапевта. [Электронный ресурс] URL: <https://shopdon.ru/blog/postkovidnyy-sindrom-opyt-terapevta-i-psikhoterapevta/> (Дата обращения: 22.09.2022)
9. Реабилитация после COVID-19: проблемы и возможности. [Электронный ресурс] URL: <http://council.gov.ru/media/files/k2bagAToYCeVPZ9QMSTX78x3CEqpMFvg.pdf> (Дата обращения: 28.09.2022)

10. Рекомендации для медицинских работников, находящихся в условиях повышенных психоэмоциональных нагрузок в период пандемии COVID-19. М., 2020. 46 с.
11. Романова М.М., Алексенко А.С. Особенности оптимизации организации школ здоровья в центре здоровья // Вопросы диетологии. 2011. Т. 1, № 3. С. 6-7.
12. Романова М.М., Алексенко А.С., Музалькова Т.И. Оценка возможностей модификации факторов риска развития неинфекционных заболеваний в центре здоровья // Профилактическая медицина. 2012. Т. 15, № 2-1. С. 122.
13. Романова М.М., Бабкин А.П. Анализ эффективности комплексной терапии больных с синдромом диспепсии в сочетании с ожирением // Лечащий врач. 2013. № 7. С. 108.
14. Тест FPI. Фрайбургский многофакторный личностный опросник. Методика исследования личности. [Электронный ресурс] URL: <https://psycabi.net/testy/462-test-fpi-frajburgskij-mnogofaktornyj-lichnostnyj-oprosnik-metodika-issledovaniya-lichnosti> (Дата обращения: 29.09.2022)
15. Ширяев О.Ю. Анализ особенностей пищевого поведения у лиц с избыточной массой тела / О.Ю. Ширяев и др. // Прикладные информационные аспекты медицины. 2014. Т.17, № 1. С.183-187.
16. Шурыгина Ю.Ю. Об особенностях организации социально-медицинской реабилитации // Поволжский торгово-экономический журнал. 2019. № 6. – С. 104-115.
17. Bright T, Wallace S, Kuper H. A Systematic Review of Access to Rehabilitation for People With Disabilities in Low- And Middle-Income Countries. *Int J Environ Res Public Health*. 2018; 15(10): 2165.
18. Shigemura J., Ursano R.J., Morganstein J.C., Kurosawa M., Benedek D.M. Public responses to the novel 2019 coronavirus (2019 – nCoV): mental health consequences and target populations. *Psychiatry Clin. Neurosci*. 2020; (February).

19. EntityFramework. [Электронный ресурс] URL: <http://msdn.microsoft.com/ru-ru/data/ef.aspx/> (дата обращения 28.09.22).
20. Extracorporeal Life Support Organization COVID-19 Interim Guidelines // ASAIO Journal. April 29, 2020; 66; 4.

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ МЕДИКОВ

Романова М.М., Чернов А.В.

*Кафедра физической и реабилитационной медицины, гериатрии ИДПО
ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет
им. Н.Н. Бурденко» Минздрава России, Россия, г. Воронеж*

Аннотация. Статья посвящена результатам исследования по изучению состояния психологического здоровья медицинских работников практического здравоохранения в контексте особенностей психоэмоциональной сферы. Изменения психологического здоровья, симптомы синдрома эмоционального выгорания разной степени выраженности выявлены у медицинских работников, как среди врачей, так и среди медицинских сестер, преимущественно выражены в старших возрастных группах. Считаю необходимым и целесообразным проведение мониторинга состояния психологического здоровья у медиков.

Ключевые слова: здоровье, медики, психоэмоциональная сфера, аффективные расстройства, синдром эмоционального выгорания.

ACTUAL PROBLEMS OF PSYCHOLOGICAL HEALTH OF PHYSICIANS

Romanova M.M., Chernov A.V.

*Department of Physical and Rehabilitation Medicine, Geriatrics IDPO
N.N. Burdenko Voronezh State Medical University, Russia, Voronezh*

Abstract. The article is devoted to the results of a study on the state of psychological health of medical workers of practical health care in the context of the peculiarities of the psycho-emotional sphere. Changes in psychological health,

symptoms of emotional burnout syndrome of varying degrees of severity were detected in medical workers, both among doctors and nurses, mainly expressed in older age groups. We consider it necessary and expedient to monitor the state of psychological health of physicians.

Keywords: health, doctors, psychoemotional sphere, affective disorders, burnout syndrome

Введение. Ближайшими целями развития здравоохранения в нашей стране являются «увеличение численности населения, продолжительности жизни, продолжительности здоровой жизни, снижение уровня смертности и инвалидности населения, соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий» [17]. Здоровье, по определению экспертов Всемирной организации здравоохранения, - это состояние полного физического, психического и социального благополучия. Психологическому здоровью отдельных здоровых и больных лиц уделяется в настоящее время все большее внимание, как в научной медицине, так и на практике [4, 11, 12]. А здоровье, в том числе психологическое здоровье медицинских работников, врачей и медицинских сестер, - это как бы отдельная тема, особенно в условиях пандемии новой коронавирусной инфекции [10]? Ведь в современных условиях актуализируются процессы цифровизации, интенсификации труда в здравоохранении, возможности адекватного реагирования медиков на моральные, эмоциональные, психические, этико-деонтологические аспекты работы в контексте перегрузок [7, 8, 14, 15].

В то же время возрастают требования к профессиональным качествам и профессиональным компетенциям медиков благодаря совершенствованию квалификационных характеристик и требований, утверждению профессиональных стандартов по отдельным специальностям [3, 9, 13, 16]. Непростые условия пандемии новой коронавирусной инфекции COVID-19 [18,

19, 20] потребовали еще большей интенсификации труда врачей и медицинских сестер в практическом здравоохранении, привели к увеличению психоэмоциональных нагрузок и нервному перенапряжению в повседневной профессиональной деятельности медицинских работников.

Целью исследования явилось изучение состояния психологического здоровья медицинских работников практического здравоохранения в контексте особенностей психоэмоциональной сферы.

Методы и материалы. В условиях свободной выборки в исследование включено 60 медицинских работников, врачей и медицинских сестер. Средний возраст составил $47,1 \pm 6,2$ лет. Применялись клиничко-психопатологический, экспериментально-психологический, психодиагностический методы исследования, включая использование шкал Гамильтона для оценки тревоги (HARS) и депрессии (HDRS); опросника В. В. Бойко (далее – опросник 1); опросника, разработанного на основе трехфакторной модели К. Маслач и С. Джексона в адаптированном варианте Н.Е. Водопьяновой, Е.С. Старченковой (далее – опросник 2) [2]. Информированное согласие на личное участие в исследовании подписано всеми участниками. Полученные данные обрабатывали статистически с помощью компьютерной программы «Statistica 10.0» с применением пара- и непараметрических критериев ($p < 0,05$).

Результаты исследования и их обсуждение. Анализ статистически обработанных полученных результатов проводился как по общим показателям, так и по средним показателям средних оценок в выделенных группах (врачи и медицинские сестры) и подгруппах (возрастные категории, гендерные особенности, стаж профессиональной деятельности). В исследуемой группе медицинских работников были выявлены признаки тревожно-депрессивных изменений аффективной сферы у 44 лиц (71%), при этом наиболее выражены были среди психопатологических вариантов тревожно-меланхолический и субдепрессивный типы, среди врачей и медицинских сестер в подгруппах в

возрастной категории от 40 до 50 лет, со стажем работы от 10 до 20 лет и более 20 лет.

При анализе показателей по шкалам тревоги и депрессии HARS и HDRS отмечались преимущественно субклинически выраженные формы тревожных и депрессивных расстройств.

Отдельные симптомы синдрома профессионального выгорания согласно опроснику 1 выявлялись у 52 (83,8%) обследованных медиков. При этом преобладала фаза «истощения», в старшей возрастной подгруппе - стадия «деперсонализации». По структуре отдельных симптомов у врачей доминировали такие как «психосоматические и психовегетативные нарушения», «расширение сферы экономии эмоции», «переживание психотравмирующих обстоятельств», «неудовлетворенность собой», «загнанность в клетку»; у медицинских сестер чаще проявлялись «эмоциональная отстраненность», «личная отстраненность», «эмоциональный дефицит», «неадекватное эмоциональное нравственное реагирование».

Согласно статистической обработке результатов анкетирования по опроснику 2, средний интегральный показатель выгорания в группе врачей составил $6,5 \pm 0,9$, средняя степень эмоционального выгорания, в группе медицинских сестер – $7,8 \pm 2,1$, высокая степень выгорания. При анализе по подгруппам наибольшее выгорание по шкалам «эмоциональное истощение» и «деперсонализация/цинизм» наблюдалась в подгруппе медицинских сестер возрастной категории от 40 до 50 лет и подгруппе врачей женского пола возрастной категории старше 50 лет со стажем более 20 лет.

При проведении корреляционного анализа выявлены корреляционные связи, прямые и обратные, средней интенсивности между отдельными средними показателями состояния аффективной сферы и синдрома профессионального (эмоционального) выгорания ($p < 0,05$).

Результаты исследования в определенной мере согласуются с другими данными [1, 5, 6], позволяют констатировать, что в отечественном

здравоохранении и медицинском образовании повышается приоритетность вопросов высокой стрессоустойчивости, воспитания надежных морально-волевых качеств у медицинских работников, своевременного и эффективного выявления, профилактики и коррекции негативных особенностей состояния психологического здоровья в медицинской среде, особенно при оказании внебольничной медицинской помощи. Поэтому считаем необходимой оптимизацию психологической подготовки при формировании профессиональных компетенций в рамках программ образовательных стандартов высшего и среднего медицинского образования и дополнительных программ профессионального образования на этапах постдипломного дополнительного профессионального образования врачей и медицинских сестер.

Заключение. Изменения психологического здоровья, психоэмоциональной сферы выявляются у медицинских работников, как среди врачей, так и среди медицинских сестер, преимущественно выражены в старших возрастных группах. Учитывая вышеизложенное, считаем необходимым и целесообразным постоянное проведение мониторинга состояния здоровья, включая состояние психологического здоровья медицинских работников, работающих в практическом здравоохранении. Например, при проведении профилактических медицинских осмотров или в рамках диспансеризации. Оптимизация, разработка и реализация мероприятий по сохранению психологического здоровья, профилактики и коррекции негативных особенностей состояния психологического здоровья среди медиков в практическом здравоохранении внесут свой вклад в повышение качества и эффективности оказания медицинской помощи населению страны.

Литература / References:

1. Бабанов С.А. Синдром эмоционального выгорания // Врач скорой помощи. 2012. № 10. С. 59-65.

2. Водопьянова Н. Е. Синдром выгорания. [Электронный ресурс]
URL: <https://psycabi.net/testy/391-oprosnik-professionalnoe-emotsionalnoe-vygoranie-pv-metodika-k-maslach-i-s-dzhekson-adaptatsiya-n-vodopyanova-e-starchenkova-testy-dlya-diagnostiki-sindroma-pv> (дата обращения: 11.10.2022)
3. Высшее образование в России: история и современность / Нагорнова А.Ю. и др./ Отв. ред. Нагорнова А.Ю. Ульяновск: «Зебра», 2017. 453 с.
4. Махортова И.С., Цыганков Б.Д., Романова М.М. Анализ особенностей личности и аффективных расстройств у лиц с синдромом ночного переедания // Психическое здоровье. 2012. Т. 10. № 6 (73). С. 29-31.
5. Миков Д.Р. Особенности синдрома эмоционального выгорания у медицинских работников многопрофильного стационара // Вестник Пермского университета. Философия. Психология. Социология. 2018. Вып.1. С. 88-97.
6. Огнерубов Н.А., Огнерубова М.А. Синдром эмоционального выгорания у врачей терапевтов // Вестник Тамбовского университета. Серия: Естественные и технические науки. 2018. № 2. С. 23-26.
7. О проблемах адаптации студентов / М.М. Романова [и др] // Прикладные информационные аспекты медицины. 2016. Т. 19. № 1. С. 99-103.
8. Оценка некоторых особенностей результатов диспансеризации населения в первичном звене здравоохранения региона / М.М. Романова [и др] // Успехи современного естествознания. 2014. № 5-2. С. 41-45.
9. Профессиональная подготовка субъектов образовательного процесса в современном вузе / Отв. ред. Нагорнова А.Ю. Ульяновск: «Зебра». 2020. 294 с.
10. Рекомендации для медицинских работников, находящихся в условиях повышенных психоэмоциональных нагрузок в период пандемии COVID-19. М., 2020. 46 с.
11. Романова М.М., Бабкин А.П. Особенности психоэмоционального статуса, качества жизни и вегетативного баланса у больных с метаболическим

синдромом в сочетании с синдромом диспепсии // Российский кардиологический журнал. 2012. Т. 17. № 4. С. 30-36.

12. Романова М.М., Бабкин А.П. Возможности оптимизации вкусовой чувствительности в практическом здравоохранении и клинической практике // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. 2012. № 47. С. 28-32.

13. Романова М.М., Зуйкова А.А., Красноруцкая О.Н. К вопросу о нравственном воспитании студентов медицинского университета // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. 2016. № 63. С. 79-84.

14. Романова М.М., Зуйкова А.А., Ширяев О.Ю. Оценка организации медицинской помощи в первичном звене здравоохранения глазами пациентов и медицинских работников // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. 2015. № 59. С. 100-103.

15. Романова М.М., Зуйкова А.А., Ширяев О.Ю. Диспансеризация в первичном звене здравоохранения: мнение пациентов // Прикладные информационные аспекты медицины. 2014. Т. 17. № 1. С. 156-161.

16. Чернов А.В., Романова М.М. Актуальные аспекты профессиональной подготовки медицинских работников первичного звена здравоохранения // Профилактическая медицина. 2021. Т.24. №5-2. С.89-90.

17. Указ Президента Российской Федерации от 06 июня 2019 г. № 254 «О стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года». [Электронный ресурс] URL: <https://docs.cntd.ru/document/554815875> (дата обращения: 11.11.2021)

18. Jesus TS, Landry MD, Hoenig H. Global Need for Physical Rehabilitation: Systematic Analysis from the Global Burden of Disease Study 2017. Int J Environ Res Public Health. 2019; 16(6): 980.

19. Shigemura J., Ursano R.J., Morganstein J.C., Kurosawa M., Benedek D.M. Public responses to the novel 2019 coronavirus (2019 – nCoV): mental health consequences and target populations. Psychiatry Clin. Neurosci. 2020; (February).

20. Kaloyan Kamenov, Jody-Anne Mills, Somnath Chatterji, Alarcos Cieza. Needs and Unmet Needs for Rehabilitation Services: A Scoping Review. *Disabil Rehabil.* 2019; 41(10): 1227-1237.

**ПАЦИЕНТЫ С COVID-19: СПУТАННОСТЬ, ДЕЛИРИЙ, ПРОБЛЕМЫ
С ПАМЯТЬЮ, В ПЕРСПЕКТИВЕ – ПТСР**

Селедцов А.М., Акименко Г.В., Кирина Ю.Ю.

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

Аннотация. В статье рассмотрены основные проблемы пациентов с психическими расстройствами во время эпидемии COVID–19. Приведен обзор предлагаемых неотложных и профилактических организационно-лечебных мероприятий, даются практические рекомендации оказанию психолого-психотерапевтической поддержки наиболее уязвимым группам населения, включая медицинский персонал, работающий с больными COVID-19.

Ключевые слова: коронавирус, COVID-19, SARS, психологический дистресс, психически больные, инфекция, инфекционный психоз.

**COVID-19 PATIENTS: CONFUSION, DELIRIOUS, PROBLEMS
WITH MEMORY, IN THE PERSPECTIVE – PTSD**

Seledtsov A.M., Akimenko G.V., Kirina Yu.Yu.

*Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology
Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo*

Abstract. The article discusses the main problems of patients with mental disorders during the COVID-19 epidemic. An overview of the proposed urgent and preventive organizational and therapeutic measures is given, and practical recommendations are given for providing psychological and psychotherapeutic support to the most vulnerable groups of the population, including medical personnel working with COVID-19 patients.

Keywords: coronavirus, COVID-19, SARS, psychological distress, mentally ill, infection, infectious psychosis.

Объявленная в мире пандемия COVID-19, ухудшение эпидемической обстановки в России, введение режима самоизоляции, нарастание страха в обществе на фоне панических слухов и дезинформации, распространяемых в социальных сетях и средствах массовой информации, вызывают беспокойство как за судьбы людей, страдающих психическими заболеваниями, так и за граждан более 180 стран мира, переживающих массовое распространение коронавируса.

Карантин – это вынужденная мера, которая значительно ухудшила качество жизни и оказала негативное воздействие на психику людей. В условиях пандемии возросла не только угроза для физического здоровья, но и для психического благополучия населения стран с высоким уровнем распространения вирусной инфекции.

Пандемия COVID-19 представляет собой тройную глобальную проблему общественного психического здоровья: предотвратить связанный с этим рост психических расстройств и снижение психического благополучия среди населения защитить людей с психическими расстройствами от COVID-19 и связанных с ними последствий, учитывая их повышенную уязвимость. обеспечить соответствующие государственные мероприятия в области психического здоровья для медицинских работников и лиц, осуществляющих уход.

Исследования, затрагивающие вопросы психического здоровья в условиях пандемии коронавирусной инфекции 2019-2020 гг., пока остаются единичным явлением среди публикаций в специализированных медицинских журналах. Китайские ученые первыми провели масштабное исследование, посвященное психологическому дистрессу, связанному начавшейся в стране в 2019 г. пандемией. Основой для исследования стал опросник для

самостоятельного заполнения. Сбор данных начался 31 января 2020 г. сразу после того, как Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) официально признала вспышку нового коронавируса чрезвычайной ситуацией в области общественного здравоохранения, имеющей международное значение.

А в апрельском номере журнала «Ланцет. Психиатрия» (Lancet Psychiatry) опубликованы результаты изысканий ученых Лондонского Королевского колледжа о влиянии COVID-19 на психическое здоровье нации. Статья позволяет составить общее представление о спектре проблем в данной области. Британские ученые, установили, что у каждого четвертого пациента отделения интенсивной терапии был зафиксирован делирий (психическое расстройство, характеризующееся помрачением сознания, нарушением внимания, восприятия, мышления и эмоций) [6]. Это состояние опасно тем, что может увеличить риск смерти, самоубийства или продлить время пребывания в больнице, отсрочивая возвращение к нормальной жизни.

В настоящее время (по состоянию на 1.08.2022 г.) данные исследования являются первыми в своем роде и позволяют получить представление о психиатрических последствиях масштабного распространения новых коронавирусных инфекций. Как утверждают М. Крокетт, А. Каппес, К. Риверс, Е. Мартин, К. Уотсон, Т. Инглсби и др., авторы публикаций в Европе, Америке, Китае, люди, заболевшие COVID-19, могут испытывать психиатрические проблемы как во время госпитализации в ковид-центры, так и после выздоровления. Данные выводы были сделаны с опорой на анализ результатов обследования пациентов переболевших коронавирусами за последние два десятилетия: SARS (тяжелый острый респираторный синдром) в 2002-2004 годах, MERS-CoV (ближневосточный респираторный синдром) в 2012 году, а также COVID-19.

Так, английские учёные проанализировали 72 работы, содержащих данные 3559 человек, госпитализированных с одним из трех заболеваний [5]. Период наблюдения за психическим состоянием обследуемых менялся от 60

дней до 12 лет. Уже опубликованные научные работы охватили почти весь возрастной диапазон испытуемых: от 12 до 78 лет [7]. Наблюдения проводились в Великобритании, Гонконге, Канаде, Китае, США, Франции, Японии и др. Анализ не охватывал респондентов с лёгкими и бессимптомными случаями заболевания коронавирусом.

В рамках проведенных исследований зафиксировано, что иногда при тяжелых и затяжных инфекциях могут наблюдаться острые и преходящие в психопатологические расстройства: варианты галлюцинаций, иллюзий, бреда, другие нарушения восприятия, психологический дистресс. В период пандемии резко увеличилась доля участников события, испытывающих легкой и умеренный стресс (рис.1.).

Как правило, такие сбои в работе психики быстро проходят и после выздоровления больных бесследно исчезают, однако, в некоторых случаях инфекция может нанести органический вред центральной нервной системе (ЦНС), из-за чего психические и невралгические нарушения могут стать хроническими.

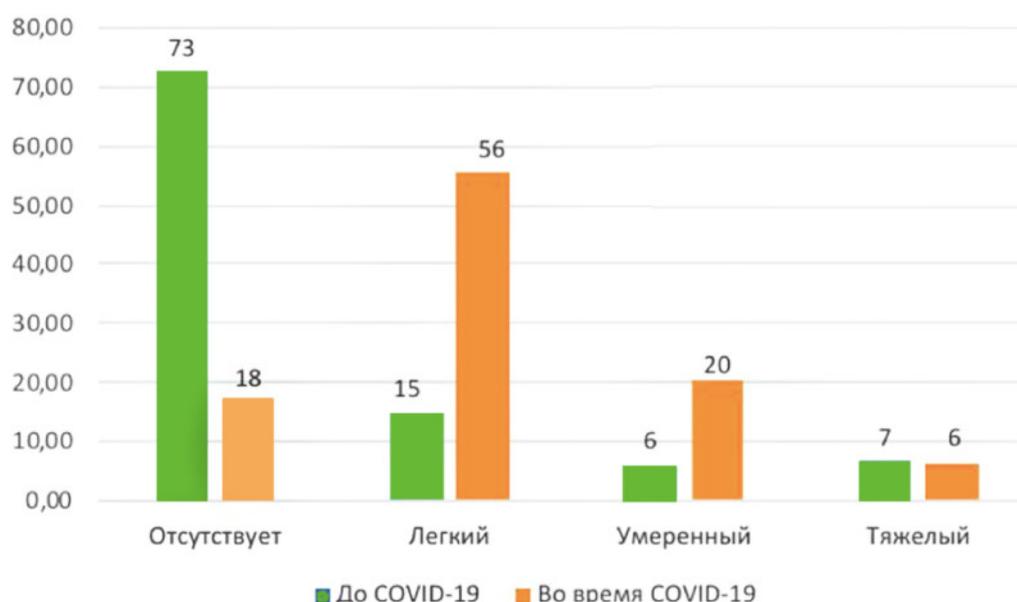


Рис. 1. Психологический дистресс до и во время COVID-19, %.

Расстройства восприятия при COVID-19 могут происходить потому, что коронавирус взаимодействует с рецепторами АПФ-2 (белок, присутствующий во многих тканях организма), которые есть не только в легких, но и в ЦНС.

Одной из основных причин психических нарушений при коронавирусе является интоксикация. Так бывает не только при пандемии, но и при любом другом тяжелом инфекционном заболевании. Неслучайно, например, говорят, что «он ходит, как чумной». Сильная интоксикация часто сопровождается инфекционным психозом - угнетением сознания, бредовыми переживаниями и галлюцинациями. В данном случае, на наш взгляд, действует тот же механизм, что и во время алкогольного отравления, когда у человека развивается «белая горячка». Воспалительные процессы, геморрагические очаги и их последствия нарушают деятельность корковых отделов и/или подкорковых структур. В зависимости от интенсивности поражения, степени изменения корково-подкорковых взаимодействий инфекционный психоз проявляется острым психомоторным возбуждением или заторможенностью, дезориентацией, помрачением сознания, продуктивной психопатологией (галлюцинациями, бредом и др.).

Кроме того, у пациентов с коронавирусом не редко фиксировалась легочная недостаточность, которая в свою очередь приводила к развитию кислородного голодания. На этом фоне так же могут возникать различные психические расстройства. На наш взгляд, в настоящее время этот феномен изучен недостаточно.

Известен и тот факт, что на фоне утраты социальных и культурных ориентиров люди, для которых свойственны высокая ответственность, перфекционизм, могут достигнуть порога т.н. «перегрева системы». Установлено, если современного человека, спешащего, компульсивного, занятого идеями успеха и гиперпотребления, поставить в обстоятельства, например, вынужденного карантина и самоизоляции от общества, в условиях которых он не сможет сбрасывать энергию, то возникает опасность включения

организмом «экстренного торможения». Такое состояние характеризуется максимальной степенью проявления тревоги - генерализованным тревожным расстройством, которое проявляется в потере способности здраво мыслить. непродуктивном истощении и неконтролируемых компульсивных действиях.

Эксперты отмечают, что больше всех от «коронавирусного кризиса» пострадают те, кто потерял близких людей, еще ранее имел проблемы с психическим здоровьем или был склонен к зависимостям: алкогольной, наркотической и др. Помимо стрессовых реакций и расстройств адаптации могут появляться симптомы и более тяжелых психических нарушений, включая депрессию, тревожные расстройства, декомпенсации характерологических особенностей личности, появление сверхценных и индуцированных бредовых идей и даже острой психотической симптоматики и суицидов. Так как коронавирус действует на психику опосредованно, то в первую очередь страдают и люди с тревожно-мнительными расстройствами, так как их психика лабильна, и, как следствие, им тяжело адаптироваться к новым обстоятельствам болезни. Из-за психосоматики у таких людей может повышаться артериальное давления, а также появляться и усугубляться расстройство психики. Отечественные исследователи неоднократно указывали на высокую вероятность возникновения подобной симптоматики при социальном стрессе и в чрезвычайных ситуациях [1].

В рамках проведенных исследований экспертами установлено, что коронавирус способен напрямую атаковать нервные клетки. Негативное воздействие на ЦНС может оказать и вызванный инфекцией «иммунный шторм» (провокация реакций иммунной гиперчувствительности организма). Иными словами, главную опасность для таких пациентов представляет не вирус, а чрезмерная реакция их организма, и закончиться все это может смертью. «Цитокиновый шторм» настигает людей любого возраста, однако некоторые ученые считают, что именно этот феномен может объяснить, почему среди жертв эпидемий «испанки», атипичной пневмонии и COVID-19 так много

молодых и здоровых людей. А поражение лёгких может привести к нехватке кислорода в крови, что, в свою очередь, так же имеет пагубные последствия для психики человека. В условиях эпидемии, люди с психическими расстройствами, как правило, более подвержены инфекциям, так как их болезнь может повышать риск развития инфекционных заболеваний, в том числе пневмонии [4]. Образуется «замкнутый круг». Зафиксировано, что люди с психическими отклонениями чаще проявляли эмоциональные отклики на эпидемию COVID-19, проявляющиеся в рецидивах уже имеющихся психических расстройств или в ухудшении соматического состояния, в силу более высокой в сравнении с другими людьми чувствительности к стрессу.

В числе наиболее частых поражений ЦНС вирусами, которые описаны в работах китайских и британских учёных, - менингит, энцефалит, острое нарушение мозгового кровообращения. Если говорить о симптомах то, это нарушение сознания, эпилептические припадки, головная боль, головокружение и другие выраженные нарушения сознания. В этом направлении срабатывают и чисто психологические эффекты. Например, известно, что любое заболевание с потенциально смертельным недугом нередко провоцирует панические атаки.

Что касается долгосрочных эффектов COVID-19, то они по понятным причинам еще не известны. Однако ущерб для психического здоровья на фоне пандемии COVID-19 может стать серьезнее, чем последствия самой болезни. Такое предположение высказали исследователи из Пекинского университета [7].

В рамках исследований, проведенных в XXI в., медиков интересовали психические симптомы, как во время заболевания, так и после него. Средний период наблюдения составлял почти три года. Установлено, что почти у каждого третьего человека, госпитализированного с SARS-Cov или MERS-CoV, развился посттравматический синдром, Показатели депрессии и тревоги также были высокими: примерно 17% человек страдали от депрессии через год после

выписки или дольше, еще более 15% испытывали некоторые симптомы депрессии и тревоги без клинического диагноза. Около 25% также испытывали хроническую усталость, перепады настроения, нарушения сна, концентрации и памяти [3].

Больше всего кризис, вызванный коронавирусом, ударил по здоровью «миллениалов». Согласно данным американской компании NRC Health, аккумулирующей статистику в сфере здравоохранения, от депрессии и тревожности во времена пандемии больше всего страдают «миллениалы» (люди, родившиеся между 1981 и 1996 годами) и «поколение Z» (представители которого родились в 1997 году или позже). И те, и другие чаще утверждают, что их психическое здоровье «значительно ухудшилось». Драматизм ситуации заключается в том, что у «миллениалов» с душевным здоровьем и так существуют проблемы: с 2013 года именно им все чаще ставят диагноз большого депрессивного расстройства. За последние шесть лет рост на 47 процентов [4]. «Миллениалы» считаются и самым одиноким поколением. Поэтому на этом фоне вынужденное социальное дистанцирование для них оказалось особенно тяжелым.

В двенадцати исследованиях, посвящённых COVID-19, сообщается о психических нарушениях в острой фазе течения болезни. У 65% пациентов отделения интенсивной терапии возникала спутанность сознания, у 69% - лихорадочное возбуждение и у 21% - изменённые состояния сознания. Но эти симптомы отступали, как только больным становилось лучше [4]. Вместе с тем, в период от шести до 39 месяцев после выписки из больницы 11% обследованных жаловались на подавленность, 12% - на тревожность, 13% - на раздражительность, 19% - на ухудшение памяти, 30% - на навязчивые травмирующие воспоминания и 12% - на бессонницу. В целом, посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) было зафиксировано у 33% пациентов, а депрессия и тревожные расстройства - у 15%. [1]. Однако, британские учёные предупреждают, что эти пугающие цифры могут быть

завышены так как не все проанализированные ими исследования были выполнены достаточно тщательно. Вероятно, люди, страдающие от мучительных симптомов, имели больше шансов попасть в поле зрения учёных, чем сохранившие душевную гармонию. И, если заражение SARS-CoV-2 происходит аналогично SARS-CoV или MERS-CoV, то большинство пациентов должны выздоравливать без серьезных психических расстройств, требующих госпитализации.

Однако, если коронавирус является чем-то вроде атипичной пневмонии, этот процент может быть значительно выше среди инфицированных вирусом. У ряда людей, которые были госпитализированы с ОРВИ в 2003 году, позже развился ПТСР. Четырехлетнее последующее исследование 70 выживших после ОРВИ показало, что у 44% людей развилось расстройство психики. Даже после выздоровления от атипичной пневмонии 82% этих людей спустя годы перенесли ПТСР. Симптомы ПТСР, как правило, были более тяжелыми у людей с высоким риском смертности, низкой социальной поддержкой и близкими родственниками, страдавшими или умершими от ОРВИ [8].

Вместе с тем, SARS-CoV-2 могут вызвать бред у значительной части больных в острой стадии. Кроме того, клиницисты должны знать о риске депрессии, беспокойства, усталости, посттравматического стрессового расстройства и более редких нервно-психических синдромов в долгосрочной перспективе. Думается, что психическое состояние выздоровевших от COVID-19 пациентов необходимо отслеживать, чтобы при необходимости оказать им помощь.

В ходе исследования был также определен ряд факторов риска развития ПТСР, вероятность которого зависит от тяжести и длительности травматической ситуации, а также от того, каким образом она переживается. Если говорить о медицинских работниках, то результаты недавнего исследования китайских психиатров говорят том, что в конце января – начале февраля 2020 года врачи и медсестры, работавшие с пациентами с COVID-19,

сообщали о симптоматике депрессии (50,4%), тревоги (44,6%), нарушениях сна (34%) и дистрессе (71,5%) [2]. Большая интенсивность симптоматики была обнаружена: у женщин по сравнению с мужчинами. у медсестер по сравнению с другими категориями медицинских работников. у лиц, находящихся в непосредственном контакте с пациентами, по сравнению с другими медицинскими работниками. у лиц, работающих в Ухани, по сравнению с медицинскими работниками, занятыми в других районах.

Исследования других эпидемий в Китае свидетельствуют о том, что основными переживаниями при дистрессе были: чувство уязвимости, утраты контроля, беспокойство о собственном здоровье, страх заразить других, беспокойство о здоровье близких, изменения привычного рабочего уклада и изоляция. Таким образом, в условиях пандемии люди, как и в случае физической угрозы, в первую очередь, переживают тревогу, страх, ужас, панику т.е. разные варианты эмоции «страха».

Опыт разных стран показывает, что в ситуации с COVID-19 имеет место и моральная травматизация медицинских работников, которая главным образом связана с неспособностью оказать помощь пациентам в условиях ограниченных ресурсов и беспомощностью от попыток лечить болезнь, про которую почти ничего не известно. С другой стороны, сами медицинские работники во многих странах ощущают себя преданными системой здравоохранения и государством из-за недостатка заботы об их безопасности.

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

Наиболее эффективными в процессе совладания со стрессом у людей во время эпидемии, могут быть психологическое самообразование или

информирование, неформальная социальная поддержка, а также полная доступность психологической/психиатрической помощи.

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

Литература / References

1. Островский. Д.И., Иванова Т.И. Влияние новой коронавирусной инфекции COVID-19 на психическое здоровье человека (Обзор литературы). //Омский психиатрический журнал. 2020. 2-1S (24): 4-10. doi:10.24411/2412-8805-2020-10201. [Электронный ресурс]. – URL: <https://www.mediasphera.ru/system>. (дата обращения: 1.08.2022).

2. Падун, М.А. COVID-19: риски психической травматизации среди медицинских работников [Электронный ресурс]. – URL: http://www.ipras.ru/cntnt/rus/institut_p/covid-19/kommentarii-eksp/m-a-padun-covid-19-riski-psihich.html (дата обращения: 1.08.2022).

3. Пациенты и дистресс во время пандемии COVID–19 [Электронный ресурс]. – URL: <https://psy-practice.com/publications/psikhicheskoe-zdorove/patsienty-i-distress-vo-vremya-pandemii-covid-19/> (дата обращения: 1.08.2022).

4. COVID-19 – международный дайджест. [Электронный ресурс]. – URL: <https://medvestnik.ru/content/medarticles/COVID-19-mejdunarodnyi-daidjest.html>. (дата обращения: 1.08.2022).

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

6. Li J., Zhang M., Zhao L., Li W., Mu J., Zhang Z. Evaluation of attitudes and knowledge toward mental disorders in a sample of the Chinese population using a web-based approach. *BMC Psychiatry*. 2018. 18: 367.

7. Seminog O.O., Goldacre M.J. Risk of pneumonia and pneumococcal disease in people with severe mental illness: English record linkage studies. *Thorax*. 2013. 68: 171–176.

8. Taylor, St. For the generation shaped by coronavirus, life may never fully return to 'normal'. [Электронный ресурс]. – URL: <https://www.theguardian.com> (дата обращения: 2.08.2022).

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ КОМБАТАНТОВ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМ СТРЕССОВЫМ РАССТРОЙСТВОМ

Соловьева С.Л., Литвинцев С.В.

*Кафедра социальной психиатрии и психологии
ФГБУ ДПО «Санкт-Петербургский институт усовершенствования
врачей-экспертов» Минтруда России, Россия, г. Санкт-Петербург*

Аннотация. Раскрывается понятие посттравматического стрессового расстройства, факторы его возникновения у комбатантов. Дается понятие реабилитации, направленной на реконструкцию нарушенной идентичности. Показана роль ценностей в формировании идентичности. Сформулирована основная задача психологической реабилитации комбатантов.

Ключевые слова. Посттравматическое стрессовое расстройство, комбатант, реабилитация, идентичность, ценности личности.

PSYCHOLOGICAL REHABILITATION OF THE COMBATANTS THAT SUFFER FROM POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER

Solovieva S.L., Litvintsev S.V.

*Department of Social Psychiatry and Psychology
St. Petersburg Institute for Advanced Studies of Doctors-Experts»,
Russia, St. Petersburg*

Abstract. The article contains a definition of the concept of post-traumatic stress disorder including factors of its appearance among the combatants. The authors present the concept of the rehabilitation aimed at reconstruction of disturbed identity. The role of values in identity development was shown. The main objective for psychological rehabilitation of the combatants was defined.

Keywords: Post-traumatic stress disorder, combatant, rehabilitation, identity, individual values.

Наблюдающаяся на сегодняшний день общая тенденция к росту исследований в области посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), выделенного в отдельную нозологическую единицу американским психиатрическим классификатором психических расстройств 1980 года, связана с ростом насилия, террористических угроз, военных конфликтов в современном мире. Боевая психотравмирующая ситуация включает разные стрессоры: угрозу гибели или ранения, физическую травму; отсутствие сплоченности; жестокое насилие в бою, сцены гибели товарищей, участие в их похоронах; эмоциональное напряжение, возрастающее в часы затишья; недосыпание, переутомление, физические нагрузки; сознание бессмысленности, несправедливости войны; потери из-за бездарности командиров, а то и предательства и др. [15, с.93].

Для ветеранов боевых действий специфическим триггером и фактором риска формирования ПТСР выступает также социокультурный фактор: известно, что его вероятность и частота ниже в тех армиях, где солдаты абсолютно убеждены в правоте своего государства и отстаиваемых принципов. Очень серьезным фактором риска является чувство вины перед погибшими в катастрофе или на войне («синдром выжившего»), особенно если это были ближайшие родственники или боевые друзья. В ряде отечественных публикаций выделены стрессовые факторы формирования ПТСР у комбатантов: ненужность обществу человека с боевым опытом,

непопулярность войны и ее участников, взаимное непонимание между теми, кто был на войне, и теми, кто не был; комплекс вины, формируемый обществом [8, 9,17, с.39].

Клиника ПТСР весьма разнообразна, симптомы многочисленны. Практически всегда в клинической картине ПТСР имеет место феномен повторного переживания, нередко в обсессивной форме. К характерным симптомам относятся также **снижение социальной и общей активности, мотивации, энергичности, продуктивности, эмпатии**. Многие больные стремятся к одиночеству и отшельничеству из-за страха вновь столкнуться с напоминанием о пережитом. Типичными являются трудности **с концентрацией внимания, эксплозивность, диссомния, сниженная самооценка, суицидальные мысли, завышенный уровень тревоги, постоянное ожидание опасности или угрозы** [10, с.43]. Психологические характеристики травматического стресса затрагивают наиболее глубокие и значимые внутриличностные структуры, что приводит к драматичным последствиям в жизни комбатантов. Как отмечает Н.В.Тарабрина, при ПТСР нарушается сама структура «самости» личности человека, рушится когнитивная модель мира, поражается аффективная сфера, система памяти, механизмы процессов научения [17, с.26]. Травматические события коренным образом нарушают чувство безопасности и доверия, разрушая психологическую иллюзию надежности и стабильности окружающего мира как договороспособного партнера, с которым можно заключать долгосрочные контракты [16]. Мир становится небезопасным местом, несущим в себе потенциальную угрозу. С этим, в частности, связаны трудности последующей адаптации комбатантов к условиям мирной жизни. Ключевым симптомом в структуре множественных нарушений у лиц с ПТСР, по мнению Ц.П.Короленко и соавт., является нарушение идентичности. Травма, пишут авторы, «оказывается настолько тяжелой и несовместимой с прежними установками, идеалами и системой ценностей, что личность не может интегрировать ее в своей структуре» [11,С.

77]. В результате формируется новая идентичность, которую авторы называют «посттравматическая стрессовая личность».

В этой связи среди задач реабилитации особую значимость приобретают психологические воздействия, адресованные нарушенным глубинным структурам личности комбатанта. Тенденция к избеганию столкновения с травмой должна быть нейтрализована: пациенты не могут переработать травматический опыт, и этот опыт продолжает оставаться болезненным. Кроме того, избегание само по себе является проблемой, которая может привести к нарушению общения [6, с.50].

Возникновение реабилитации является социальным заказом и отвечает требованиям, предъявляемым в настоящее время обществом к медицине и здравоохранению. Реабилитация – это восстановление здоровья, функционального состояния и трудоспособности, нарушенных болезнями, травмами или физическими, химическими факторами [3, 13, с.9]. Реабилитация в своих разнообразных методах опирается, прежде всего, на личность больного, активно пытаясь восстановить нарушенные болезнью функции человека и его социальные связи. Не существует подлинной реабилитации без обращения к личности [14, с.184].

В структуре самосознания современного человека отмечается более или менее осознаваемое переживание уникальности собственной личности и ценности ограниченного периода времени для ее реализации. В России произошел достоверный рост показателей, свидетельствующих об укреплении устойчивых индивидуалистических ориентаций [5, 7, с.61]. Ключевым направлением психологических интервенций в этой связи становится реконструкция идентичности комбатанта. Понятие идентичности концептуально было сформулировано Э. Эриксеном, определившим ее как внутреннюю «непрерывность самопереживания индивида», «длящееся внутренне равенство с собой», процесс «организации жизненного опыта в индивидуальное «Я», как важнейшую характеристику целостности личности,

«четко осознаваемый и личностно принятый образ себя, чувство адекватности и стабильного владения личностью собственным «Я», независимо от изменений «Я» и ситуации, а также способность личности успешно решать те задачи, которые возникают перед ней на каждом этапе ее развития» [19, с.12]. При отсутствии ясного чувства идентичности, как показывают клинические исследования, люди переживают пессимизм, апатию, тоску, злобу, отчуждение, тревогу, чувства беспомощности и безнадежности [2, с.131]. Всякий раз, когда возникают какие-либо изменения – биологические или социальные, – необходимы интегрирующая работа эго и реструктурирование элементов идентичности [4, с.200], так как разрушение структуры ведет к потере идентичности и связанным с этим негативным состояниям, вплоть до депрессии и самоубийства [1, с.107]. Наиболее значимыми элементами идентичности выступают цели, ценности и убеждения, которыми человек руководствуется в жизни и которые связаны с наличием у него четкого самоопределения. Коррекция ПТСР, отмечают Ц.П.Короленко и соавт., эффективна, если ориентирована на систему ценностей комбатанта [11, с.82]. Формирование новой идентичности, хотя и в новых, измененных условиях, реализуется в осуществлении собственного жизненного пути, в достижении индивидуально-значимых целей на основе значимых ценностей.

Понятие ценности является ключевым для описания индивидуальности человека. Перечень ценностей разнообразен. Так, к ценностям материальной жизни относятся природные ресурсы, орудия труда. К социальным ценностям относятся общественные институты. Ценности духовной жизни - это знания, нормы, идеалы, вера и т.п. Высшие (абсолютные) ценности непреходящи, вечны, значимы во все времена, абсолютны. К высшим ценностям относятся общечеловеческие - мир, человечество; социальные - справедливость, свобода, права человека; ценности общения - дружба, любовь, доверие; деятельностные - творчество, истина; ценности самосохранения - жизнь, здоровье, дети; личностные качества - честность, патриотизм, верность, доброта и др. Для

менталитета русского народа характерны ценности коллективизма, корнями уходящего в общину; патриотизма, выработанного многовековой борьбой за независимость; взаимопомощи, открытости, доверчивости, терпимости, духовности. Одновременно не приемлется насилие, подавление свободы, чужеземное владычество, тирания. Особой ценностью является социальная свобода [7, 12, с.61]. Социализирующая роль ценностей заключается в том, что в них задается идеал, перспектива развития, они формируют потребности и мотивы деятельности, духовный мир личности.

Поскольку ценности - ключевой фактор осознания и реализации идентичности, именно они выступают в качестве отправной точки при конструировании субъективной реальности пациента. В.Франкл, создавая свою систему психологической помощи лицам с ПТСР, в частности, пережившим пребывание в концлагере, акцентировал роль ценностей, отдавая предпочтение «вечным» ценностям в противоположность ценностям «ситуативным» [18, с.85]. По мнению автора, «задача врача – помочь пациенту обрести мировоззрение и систему ценностей, собственное мировоззрение и собственную систему ценностей!», имея в виду ценности, лежащие в основе утраченной идентичности комбатанта [18, с.26]. Наибольшее внимание В.Франкл предлагает уделять «ценностям позиции», под которыми понимается то, «как человек позиционирует себя по отношению к судьбе, которую он не в силах изменить» [18, с.77].

Литература / References:

1. Амбрумова А.Г. Анализ состояний психологического кризиса и их динамика // Психологический журнал. – 1985. – № 6. – С. 107–115.
2. Антонова Н.В. Проблема личностной идентичность в интерпретации современного психоанализа, интеракционизма и когнитивной // Вопросы психологии 1996 № 1. – С. 131-143.

3. Быковская Т. Ю. Основы реабилитации: ПМ 02. Участие в лечебнодиагностическом и реабилитационном процессе / Т. Ю. Быковская [и др.] ; под ред. Б. В. Кабарухина – Ростов н/Д : Феникс, 2015. – 430 с.
4. Василюк Ф.Е. Психология переживания (анализ преодоления критических ситуаций).- М.: Изд-во Моск.ун-та, 1984.- 200 с.
5. Горшков М.К., Тихонова Н.Е. Готово ли российское общество к модернизации? Аналитический доклад. М. 2010.
6. Ениколопов С.Н Психотерапия при психотравматических стрессовых расстройствах// Российский психиатрический журнал.1998, №3 С.50-56.
7. Зарубина Н.Н. Повседневность в контексте социокультурных трансформаций российского общества // Общественные науки и современность. №4, 2011, С.61.
8. Знаков В.В. Психологическое исследование стереотипов понимания личности участников войны в Афганистане// Вопросы психологии, 1990, №4. С.108-116.
9. Знаков В.В. Понимание воинами-интернационалистами ситуаций насилия и унижения человеческого достоинства// Психологический журнал. 1989. №4. С.113-120.
10. Иванов А., Жуматий Н. Реабилитация личности военнослужащих, пострадавших в боевых действиях // Развитие личности. 2003. № 4. С. 143-152
11. Идентичность в норме и патологии. Ц.П.Короленко, Н.В.Дмитриева, Е.Н.Загоруйко. Новосибирск, НГПУ, 2000.- 256 с.
12. Ильин А.Н. Массовая культура и субкультура современного общества: специфика соотношения// Общественные науки и современность. №4, 2011, С. 172.
13. Кабанов М.М. Реабилитация в контексте психиатрии// Медицинские исследования. - 2001. - Т. 1, вып. 1. - С. 9–10.

14. (Королев А.А., Соболевская Ю.А., Рудакова С.М., Кукелев Ю.В., Камаева А.В., Шипулина Г.В., Мартынюк М.Д. Медицинская реабилитация: учебное пособие / под ред. С.С. Алексанина; Всерос. центр экстрен. и радиац. медицины им. А.М. Никифорова МЧС России. – СПб.: Политехника-сервис., 2014 – 184 с.

15. Погосов, А. В. Особенности клиники посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) в зависимости от характера психотравмы / А. В. Погосов, А. В. Умрихин // Проблемы психиатрии, психосоматики и наркологии. Курск, 1998. - С. 93-95

16. Соловьева С.Л. Основы психотерапии для «практически здоровых» // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2016. – N 3(38) [Электронный ресурс]. – URL: <http://mprj.ru>

17. Тарабрина Н.В. Психология посттравматического стресса: Теория и практика.- М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2009.- 304 с.

18. Франкл В. Доктор и душа: Логотерапия и экзистенциальный анализ/ Виктор Франкл; пер.с нем.- 2-е изд.-М.: Альпина нон-фикшн, 2021.- 338с.

19. Эриксон Э. Идентичность: юность и кризис/ Пер. с англ. – М.: Прогресс, 1996. – С. 12.

СЕЛФИ: ОТ УПРАВЛЯЕМОЙ САМОПРЕЗЕНТАЦИИ ДО ПРОБЛЕМНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Хилькевич С.О.

*Гомельский государственный медицинский университет
Республика Беларусь, г. Гомель*

Аннотация. Прогрессирующее распространение феномена селфи привело к формированию новых проблемных форм поведения с определенными негативными последствиями для индивида и его окружения. Это стало новым концептуальным вызовом для психопатологии. В статье, на основании анализа современных мировых исследований, суммируются

причины широкого распространения феномена селфи, его ведущие мотивы, варианты проявления, а также эволюция научных взглядов на проблемный вариант его реализации.

Ключевые слова: селфи, селфит, самопрезентация, поведенческая зависимость, навязчивое состояние.

SELFIE: FROM GUIDED SELF-PRESENTATION TO PROBLEM BEHAVIOR

Khilkevich S.O.

*Gomel State Medical University
Republic of Belarus, Gomel*

Abstract. The progressive spread of the selfie phenomenon has led to the formation of new problematic forms of behavior with certain negative consequences for the individual and his environment. This posed a new conceptual challenge for psychopathology. The article, based on the analysis of modern world research, summarizes the reasons for the widespread occurrence of the selfie phenomenon, its leading motives, variants of manifestation, as well as the evolution of scientific views on the problematic version of its implementation.

Keywords: selfie, selfitis, self-presentation, behavioral addiction, obsessive state.

Введение. Бурная технологическая эволюция последних десятилетий, проявляющаяся, прежде всего, в развитии цифровых технологий и росте сетевых коммуникаций, выразилась в существенной трансформации социальной реальности. Последнее подразумевает под собой появление новых форм интерперсональной коммуникации, вариантов самопрезентации и самореализации. Вместе с этим фотографирование, имевшее ранее больший уклон в функции фиксации и сохранении определённой информации, превратилось в значимый визуально-коммуникативный акт, реализуемый в

виртуальном (интернет) пространстве. Совершенствование и доступность техники наряду с высокой популярностью социальных сетей способствовали появлению и быстрому распространению внутри них целого ряда новых феноменов и явлений, одним из которых является селфи. Несмотря на многочисленные исследования данного феномена, до сих пор нет единой концепции в его осмыслении. Диапазон мнений распространяется от концептуализации его как новой формы патологии, до простых и логичных форм самопрезентации и коммуникации, появление которых ожидаемо и продиктовано технологическим состоянием общества.

Объекты и методы исследования. Теоретический анализ и обобщение современных научных исследований в области феномена селфи.

Результаты и их обсуждение. На сегодняшний день трудно представить себе человека, который никогда не пробовал бы делать селфи. Под термином «селфи» (от английского «self» — сам, себя) понимают разновидность автопортрета, заключающуюся в запечатлении самого себя на фотокамеру. Этот процесс может быть осуществлён как фиксируемой в вытянутой руке фотокамере, так и при помощи зеркала (или иной отражающей поверхности) или специальных аксессуаров (например, телескопической палки с пультом для выполнения дистанционного селфи). Чаще всего получившаяся фотография демонстрируется другим посредством социальных сетей или программ для обмена сообщениями. В последние годы различные приложения на мобильных устройствах позволяют добавлять непосредственно к выполняемому селфи различные эффекты и фильтры (например, использование масок животных, накладных аксессуаров, различных визуальных эффектов, ретуширования и т.д.), что осуществляет расширение мотивов и целей выполняемого селфи.

Популярность селфи можно объяснить, прежде всего, тем, что это является наиболее удобным способом фотографирования. Селфист выступает в роли субъекта и объекта одновременно, может подобрать выгодный ракурс, подготовиться к съемке заранее и делать снимки неопределённое количество

раз, до достижения желаемого и сразу получаемого результата, так как никто и ничто его в этом не ограничивает [2, С.48].

Для верного понимания такого сложного социокоммуникативного феномена, коим является селфи, требуется всестороннее рассмотрение всех его составляющих. Речь идёт не только о мотивах и целях данного действия, но также и о среде, в которой оно осуществляется, ожиданий, которые в него вкладываются и личностно-социальных предпосылок, которые способствуют его реализации и распространению.

При анализе современных научных исследований феномена селфи не удалось найти единой полной классификации мотивов этого акта. Обобщив исследования в этой области в качестве теории можно предложить условное разделение их на четыре группы: экзистенциальные, социальные, коммуникативные и личностные.

Первые характеризуются стремлением к фактологическому подтверждению существования и обладания определённым моментом реальности, сохранением мира («это было» [1, С.134]) и возможностью возвращения в ту временную точку с её очередным переживанием и, тем самым, способую «кризису смерти» [1, С.163].

Социальные мотивы продиктованы как использованием селфи в роли метода социализации и коммуникации в интернет-пространстве, являясь не только желательным, но в отдельных случаях – обязательным элементом [3, С.164], так и участия в социальной активности и конкуренции (в том числе и в объективной реальности) в целом [5, С.1573].

Относительно коммуникативных мотивов селфи можно выделить следующие варианты, определяющие их целевую направленность:

1. Интраперсональная (внутриличностная) коммуникация, как способ самопознания и конструирования своей личности.
2. Интерперсональная (межличностная) коммуникация как способ социального взаимодействия с другими, самопрезентация и самореализация.

Личностные особенности характеризуются профилирующей концепцией нарциссизма [9, С.333] (по некоторым мнениям - эксгибиционизма [8, С.193] или макиавеллизма [14]), попыткой преодоления социальной тревоги, связанной с внешним видом [11, С.42], чувством одиночества, низкой самооценкой [12, С.285] и личностными особенностями индивида [4]. Другими словами, посредством селфи решаются внутриличностные мотивы или конфликты.

Американские исследователи выделяют следующие формы селфи-деятельности, демонстрирующие степень вовлеченности человека в данный процесс [16, С.58]:

1. Пограничная - фотографирование себя не менее трех раз в день, без выкладывания фотографий в интернет.

2. Острая - фотографирование себя 3–5 раз в день с обязательным размещением снимков на общее обозрение в интернете.

3. Хроническая - выполнение минимум шести автопортретов в день и активное размещение их в интернете, сопровождающееся возникающим неконтролируемым желанием делать селфи.

Вопросы, касающиеся поведенческих зависимостей, были и остаются предметом дискуссии в научных кругах, всё больше сводясь к пониманию, что не всякое повторяющееся и проблемное поведение нужно трактовать как зависимое [15, С.723]. На текущий момент нет и единого мнения относительно концептуализации «проблемного» (деятельность, приносящая индивиду определённые негативные последствия и сопровождающаяся рядом психопатологических феноменов) варианта селфи-активности. Изначально подобный вариант деятельности рассматривался исключительно как вариант зависимого поведения с соответствием основных клинических проявлений симптоматики синдрома зависимости, описанного в критериях для диагностики всех нехимических зависимостей [10, С.1391]. Однако, в последнее время, рядом исследователей всё чаще разделяется идея о том, что чрезмерный

вариант селфи-активности носит характер скорее навязчивого поведения, нежели зависимого. Для обозначения был введен термин «селфит» («selfitis») обозначающий «обсессивно-компульсивное желание сфотографировать себя и опубликовать снимок в социальных сетях» [7, С.4].

Исследование данного феномена продолжается, а однозначных аргументов в чью-либо пользу пока нет, равно как и единогласного признания «проблемного» варианта селфи-деятельности патологией. Разработанная специализированная диагностическая шкала «Selfitis Behavior Scale» (SBS) [4], исследование которой проходит в ряде стран [13] [6, С.222], направлена на выявления проблемного варианта селфи-деятельности и вполне возможно позволит расширить знания относительно феномена селфи, а также механизма и динамики его проблемного варианта.

Заключение. Селфи является не просто особой формой современного автопортрета, но и выполняет роль самопрезентации и коммуникации в виртуальном пространстве. Развитие техники для фотографирования позволяет выполнять селфи при первой же потребности. Распространение и доступность интернета, а также наличие специальных приложений позволяет моментально делиться получившимися фотоснимками в виртуальном пространстве с последующим отслеживанием отзывов или оценок. Личностные особенности вносят существенную роль в ориентировании индивида на селфи-активность.

На текущий момент большинство исследователей данного феномена в публикациях сходятся во мнениях, что чаще всего селфи-деятельность является беспроблемной и не связана с какими-либо негативными последствиями (например, социальными, личностными или психологическими). Вместе с этим чрезмерная вовлечённость может соответствовать «проблемному» уровню, концептуальной принадлежности которого к какому-то единому психопатологическому варианту (зависимость, навязчивость и т.п.) нет.

Исследования данного феномена чрезвычайно важно не только с целью понимания особенностей и механизмов развития «проблемного» варианта, но и выработки адекватных лечебных тактик и превентивных стратегий.

Литература / References

1. Барт, Р. Camera lucida. Комментарий к фотографии. М.: ООО Ад Маргинем Пресс, 2011. 272 с.
2. Малышева, Е.В., Романова, А.А. Дискурсивные практики селфи в современном социальном обществе // Мир лингвистики и коммуникации: электронный научный журнал.-2016.-№3.-С.46–51.-URL: http://tverlingua.ru/archive/045/08_045.pdf (дата обращения: 06.09.2022).
3. Орех, Е.А., Богомякова. Е.С.К пониманию «мимолетных» селфи: эволюция стратегий самопрезентации в социальных сетях //Социология науки и технологий.- 2019. - Т. 10. - №. 4. -С.161-175.
4. Balakrishnan J., Griffiths M.D. An exploratory study of «selfitis» and the development of the Selfitis Behavior Scale // International journal of mental health and addiction.-2018. Vol. 16(3). P. 722–736. URL: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11469-017-9844-x> (accessed: 06.09.2022).
5. Begum F. Selfitis: A Newer Behavioral Addiction – A Review // International Journal of Trend in Scientific Research and Development. 2019. Vol. 3(5). P. 1572-1574.
6. Evaluation of the Selfitis Behavior Scale across two Persian-speaking countries, Iran and Afghanistan: advanced psychometric testing in a large-scale sample / Lin C. Y. et al. // International Journal of Mental Health and Addiction. 2020. Vol. 18(1). P. 222-235.
7. Griffiths M.D., Balakrishnan J. The psychosocial impact of excessive selfie-taking in youth: A brief overview // Education and Health. 2018. Vol. 36(1). P. 3-5.
8. Maddox J. «Guns Don't Kill People... Selfies Do»: rethinking narcissism as exhibitionism in selfie-related deaths // Critical Studies in Media Communication. 2017. Vol. 34(3). P. 193–205.

9. Malik N.I., Zafar J., Saleemi A. Narcissism and self-esteem as predictors of Selfitis among Youth // Rawal Medical Journal. 2020. Vol. 45(2). P. 331–333.
10. Marks I. Behavioural (non-chemical) addictions // British journal of addiction. 1990. Vol. 85(11). P. 1389–1394.
11. Me, my selfie, and I: The relationship between editing and posting selfies and body dissatisfaction in men and women / Lonergan A. R. et al. // Body Image. 2019. Vol. 28. P. 39–43.
12. Nagaraju R., Chikkegowda L.K. Selfie: A Rising Culture. Assessment of Selfitis And Its Relation with Self-Esteem Among Medical and Nursing Students: A Cross-Sectional Study // National J Community Med. 2019. Vol. 10(5). P. 285–289.
13. Selfitis behavior: assessing the Italian version of the Selfitis Behavior Scale and its mediating role in the relationship of dark traits with social media addiction / Monacis L. et al. // International journal of environmental research and public health. 2020. Vol. 17(16). URL: <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/16/5738/htm> (accessed: 06.09.2022).
14. Singh D., Lippmann S. Selfie addiction // Internet and Psychiatry. 2017. URL: <https://www.internetandpsychiatry.com/wp/editorials/selfie-addiction/> (accessed: 06.09.2022).
15. Starcevic V. Behavioural addictions: A challenge for psychopathology and psychiatric nosology // Australian & New Zealand Journal of Psychiatry. 2016. Vol. 50(8). P. 721–725.
16. Varma D.R., Sarada K., Rani S.R. A Study on «Selfitis», Selfie Addiction Among Medical Students // Journal of Dental and Medical Sciences. 2020. Vol. 19(3-3). P. 58–61.

**ТЕНДЕНЦИИ НАРКОПОТРЕБЛЕНИЯ В МИНСКЕ:
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ**

Шилова М. А.¹, Абрамович А. В.²

¹ *ГУ «Республиканский центр организации медицинского реагирования»,
Республика Беларусь, г. Минск*

² *УЗ «Минский городской клинический наркологический центр»,
Республика Беларусь, г. Минск*

Аннотация. Данное исследование посвящено анализу динамики распространенности наркомании на территории г. Минска, Республика Беларусь, за 2010-2019 гг. Установлено, что распространенность наркомании колебалась в пределах 149,46 (2019 г.) – 266,76 (2012 г.) случаев на 100 тыс. населения, среднемноголетнее значение показателя составило 207,44‰; многолетняя эпидемическая тенденция наркопотребления была достоверной, выраженной к снижению со средним темпом убыли 7,48% ($p < 0,05$). Большинство наркопотребителей были холостыми/незамужними мужчинами 26-30 лет; в социальной структуре отмечается увеличение доли работающего населения (до 48,65% в 2019 г.). От потребления опиоидных наркотиков страдают более половины состоящих на учете наркопотребителей в г. Минске (до 64,96% в 2015 г.), характерно постепенное нарастание удельного веса лиц, употребляющих психостимуляторы.

Ключевые слова: ПИН, ЛУИН, распространенность, динамика, структура.

**TRENDS IN DRUG USE IN MINSK: MEDICAL
AND SOCIAL ASPECTS**

Shylava M.A.¹, Abramovich A.V.²

¹ *Republican Center for Organization of Medical Response,
Republic of Belarus, Minsk*

² *Clinical Narcological Center, Republic of Belarus, Minsk*

Abstract. This study analyzes the dynamics of the drug use prevalence in Minsk, Republic of Belarus, in 2010-2019. It was found, that the prevalence of drug

use fluctuated between 149.26 (2019) – 266.76 (2012) cases per 100,000 population, the average long-term incidence was 207.44 ‰; the long-term epidemic trend of drug use was significant to decrease with an average rate of decrease 7.48% ($p < 0.05$). Most drug users were single/unmarried men aged 26-30; in the social structure, there is an increase in the share of the working population (up to 48.65% in 2019). More than half of registered drug users in Minsk suffer from the opioid drugs use (up to 64.96% in 2015), a gradual increase in the proportion of people who use psychostimulants is typical.

Keyword: drug users, IDUs, PWID, prevalence, dynamics, structure.

Ведение. В Республике Беларусь в 2015 г. на наркологическом учете состояло 16975 потребителей психоактивных веществ (ПАВ), что составило 179 чел. на 100 тыс. населения республики, однако оценочное число наркопотребителей может достигать 75-88,4 тыс. человек [4,8,9]. Данные дозорного эпиднадзора 2018 г. свидетельствуют о том, что удельный вес лиц, употребляющих инъекционные наркотики (ЛУИН), указавших, что они состоят на наркологическом учете, составил 53,2% в г. Минске и 45,3% по республике в целом [6].

При существующем росте числа наркопотребителей по всему миру (271 млн. наркопотребителей в 2017 г.) важную роль приобретают анализ их численности на различных территориях, возрастно-половых и социальных характеристик для возможности планирования эффективной профилактической работы и предотвращения парентеральных инфекционных заболеваний (ВИЧ-инфекция, парентеральные вирусные гепатиты).

По оценкам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), глобальное бремя болезней, обусловленное употреблением алкоголя и запрещенных наркотических средств, достигает 5,4% общего бремени болезней. На наркозависимость приходится 0,9% глобального бремени болезней от всех

причин (с поправкой на инвалидность), а его наибольшую долю составляет опиоидная зависимость [0,3,5].

Объекты и методы исследования. Для анализа данных был применен метод ретроспективного эпидемиологического анализа, описательно-оценочные, статистические методы исследования. Материалом исследования послужили данные о наркопотребителях, состоящих на учете в УЗ «Минский городской клинический наркологический центр» (УЗ «МГКНЦ») с 2010 г. по 2019 г., демографические показатели. Составление баз данных и их статистическая обработка производилась с помощью статистических программ Microsoft Excel 10, STATISTICA 10, RStudio [2]. Расчет доверительных интервалов (уровень доверия – 95%) к экстенсивным показателям проводился с применением метода Клоппера-Пирсона [7].

Результаты и их обсуждение. При анализе многолетней динамики распространенности наркомании среди населения г. Минска в 2010-2019 гг. установлено, что в указанном временном интервале показатели распределялись неравномерно по годам и колебались от 149,26 (2019 г.) до 266,76 (2012 г.) случая на 100 тыс. населения. Максимальный и минимальный показатели различались в 1,79 раза. Среднемноголетний показатель распространенности составил 207,44 ‰. Динамика распространенности наркомании характеризовалась достоверной выраженной тенденцией к снижению со средним темпом убыли 7,48% ($p < 0,05$) (рис. 1).

Таким образом, на протяжении 2010-2014 гг. на территории г. Минска происходили процессы нарастания числа наркопотребителей и накопления их в популяции [10].

В возрастной структуре наркопотребителей, состоящих на учете в г. Минске, в 2010 году преобладали лица 26-30 лет – их удельный вес составил 34,19% (CI95% 33,07-35,32). В последующие годы доля данной возрастной группы остается стабильно высокой и в 2019 г. составляла 33,27% (CI95% 32,01-34,54) (рис. 2).

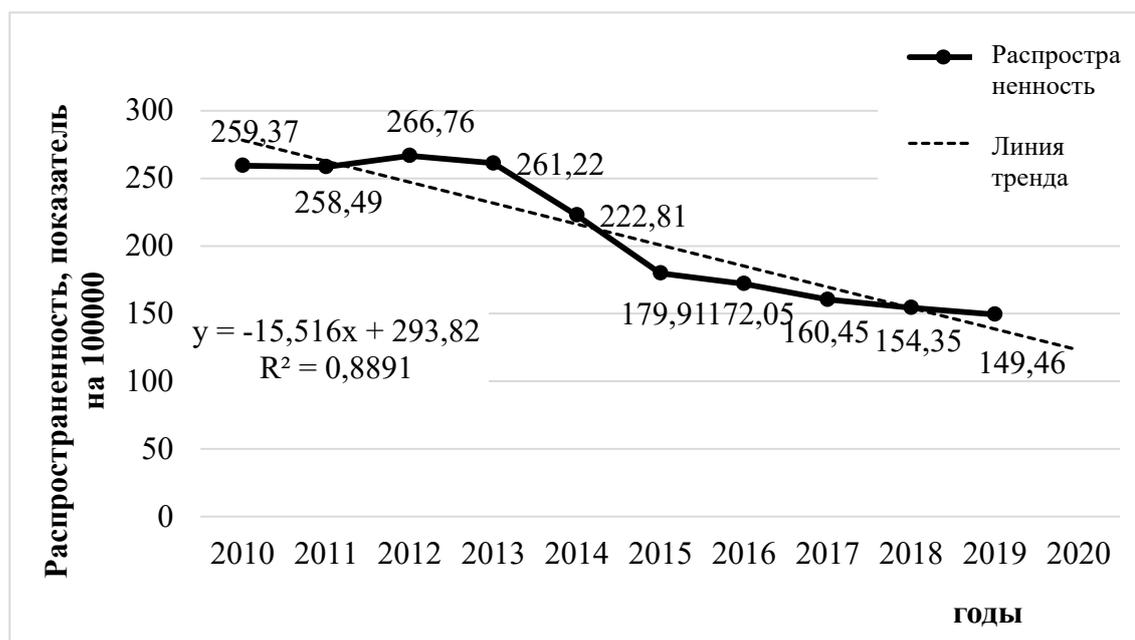


Рис. 1 . Динамика распространенности наркомании в 2010-2019 гг.

Удельный вес лиц 31-35 лет на протяжении анализируемого промежутка времени колебался в пределах 17,71% (СИ95% 16,81-18,65) (2014 г.)-26,39% (СИ95% 25,36-27,44) (2011 г.). Доля лиц данного возраста остается стабильной, что объясняется пополнением данной возрастной группы лиц за счет естественного старения наркопотребителей младших возрастных групп. Аналогичные процессы характерны и для большинства стран Западной и Центральной Европы, где наблюдается «старение» большинства активных потребителей опиоидных наркотиков [8].

Доля детей до 15 лет в анализируемом временном интервале колебалась от 0,06% (СИ95% 0,01-0,16) в 2019 г. до 0,48% (СИ95% 0,33-0,67) в 2014 г. Удельный вес лиц подросткового возраста (16-20 лет) варьировал в пределах 3,54% (СИ95% 3,12-4,01) (2011 г.) – 7,83% (СИ95% 7,20-8,50) (2014 г.), увеличивался до 2014 г., после чего стал снижаться и в 2019 г. достиг 5,43% (СИ95% 4,84-6,07).

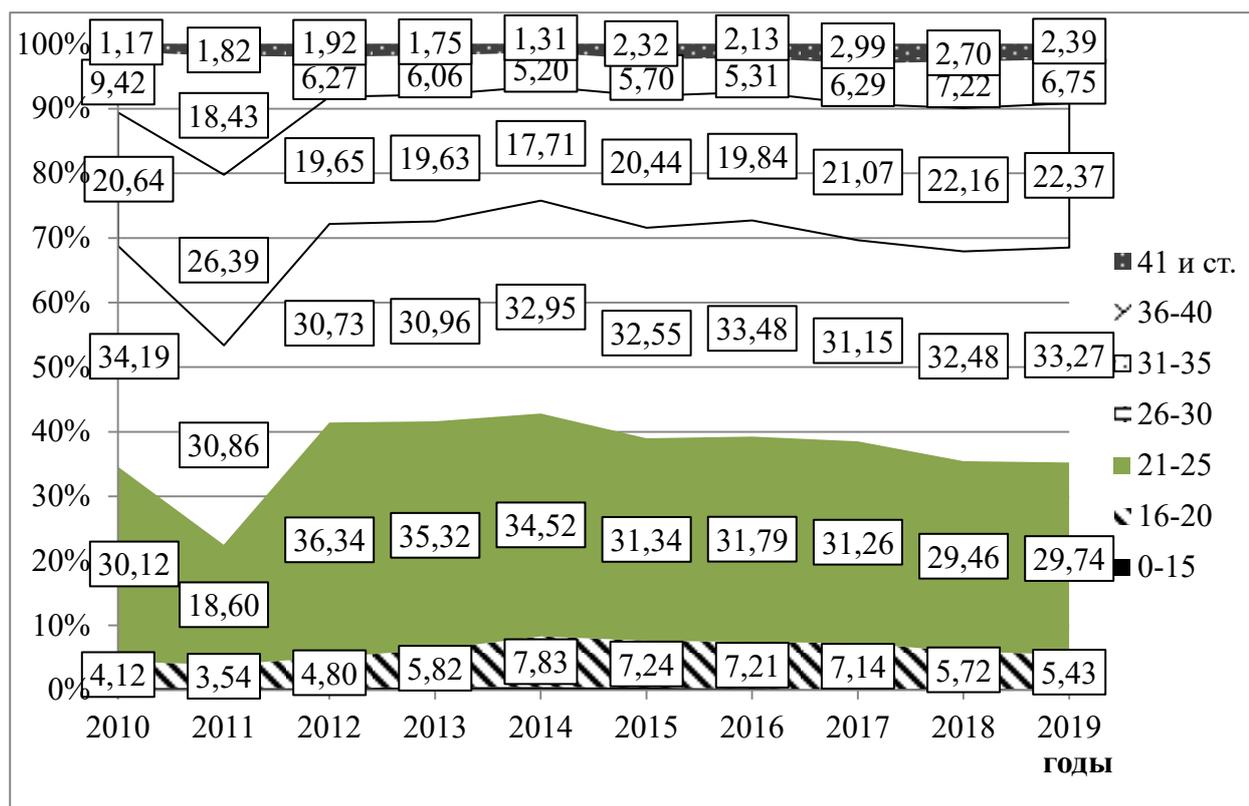


Рис. 2. Динамика возрастной структуры лиц, состоящих на учете в УЗ «МГКНЦ» в г. Минске в 2010-2019 гг.

Доля молодых людей 21-25 лет в возрастной структуре наркопотребителей, состоящих на учете в г. Минске, остается стабильной: в 2010 г. она составляла 30,12% (СИ95% 28,04-31,22), в 2015 г. – 31,34% (СИ95% 30,16-32,54), а в 2019 г. – 29,74% (СИ95% 28,53-30,98), что объясняется пополнением ее численности из групп младшего возраста, в т. ч. состоящих на учете наркопотребителей подростков, что подтверждается и данными литературных источников [8].

Доля лиц 36-40 лет в начале периода наблюдения (2010 г.) составляла 9,42% (СИ95% 8,75-10,14), однако в дальнейшем она достоверно постепенно снижалась и в 2015 г. не превышала 5,70% (СИ95% 5,12-6,32), а в 2019 г. снова увеличилась до 6,75% (СИ95% 6,09-7,45). Обратная ситуация наблюдается с удельным весом возрастной группы пациентов старше 41 года: в 2010 г. их доля составляла 1,17% (СИ95% 0,93-1,45), а в 2015 г. – 2,32% (СИ95% 1,95-2,73),

оставаясь на этом уровне в последующие годы. Это объясняется естественным старением наркопотребителей, состоящих на учете в г. Минске, доступностью эффективной терапии парентеральных инфекций (ВИЧ-инфекция, вирусный гепатит С), что вносит существенный вклад в продолжительность жизни мотивированных на лечение ЛУИН [6].

При анализе полового состава наркопотребителей установлено, что доля женщин колебалась от 16,42% (СИ95% 15,56-17,31) в 2011 г. до 19,86% (СИ95% 18,79-20,96) в 2018 г.

В анализируемом временном интервале удельный вес наркозависимых, употребляющих опиоиды, колебался от 38,26% (СИ95% 37,12-39,42) в 2010 г. до 64,96% (СИ95% 63,73-66,17) в 2015 г. В 2019 г. их доля достоверно снизилась – до 51,98% (СИ95% 50,64-53,32) (рис. 3).

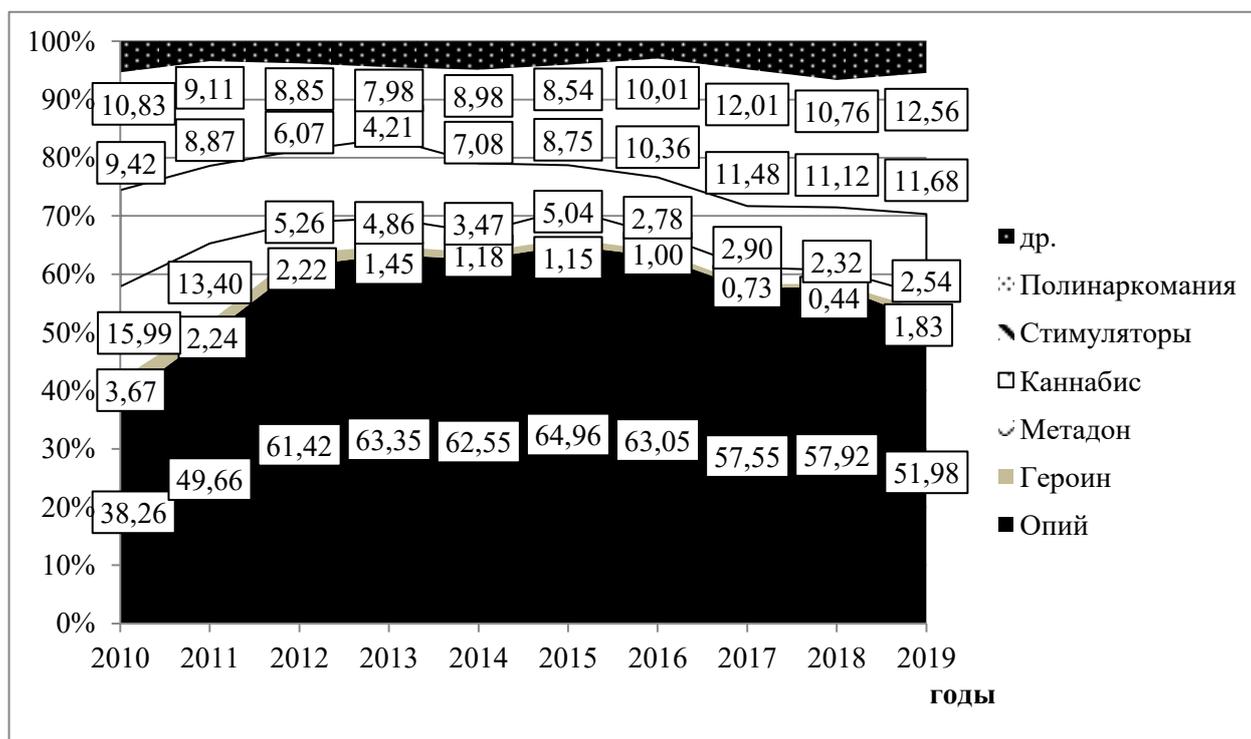


Рис. 3. Динамика структуры потребителей наркотических средств по видам употребляемых наркотиков в 2010-2019 гг.

Удельный вес лиц, употребляющих героин и метадон, был максимальным в 2010 г. и составил 3,67% (CI95% 3,24-4,14) и 15,99% (CI95% 15,13-16,87) соответственно. В дальнейшем их доля достоверно снижалась и в 2019 г. не превышала 1,83% (CI95% 1,49-2,23) и 2,54% (CI95% 2,14-2,99) соответственно. Аналогичные данные имеются в литературных источниках [6,8].

Доля потребителей психостимуляторов колеблется в пределах 4,21% (CI95% 3,77-4,70) в 2013 г. – 11,68% (CI95% 10,83-12,56) в 2019 г., причем показатель 2019 г. достоверно выше значений, регистрируемых в 2010 г. и 2015 г. Снижение удельного веса данной категории лиц в 2015 г. является относительным из-за высокой доли лиц, потребляющих наркотики опийной группы.

Удельный вес лиц, страдающих полинаркоманией, достоверно возрос с 10,83% (CI95% 10,10-11,58) в 2010 г. до 12,56% (CI95% 11,69-13,48) в 2019 г. Указанные тенденции подтверждаются данными других авторов [6].

Постепенное нарастание доли лиц, употребляющих психостимуляторы, в т. ч. на фоне опиоидов, объясняется их более легкой доступностью и возможностью употреблять их различными путями [10].

В структуре наркопотребителей по социальному признаку преобладали неработающие лица старше 20 лет – на их долю приходилось 42,18% (CI95% 40,86-43,51) в 2019 г. – 59,39% (CI95% 58,26-60,51) в 2013 г. С 2013 г. начинается достоверное снижение удельного веса данной группы в социальной структуре наркопотребителей г. Минска. С 2011 г. наблюдается увеличение доли работающего населения с 20,09% (CI95% 19,16-21,05) до 48,65% (CI95% 47,31-49,99) в 2019 г., что свидетельствует об эффективности разъяснительной и профилактической работы среди данной категории лиц. В то же время, наркопотребители, не занятые на работе и учебе, не охвачены профилактической работой, поэтому наблюдается нарастание удельного веса данной группы в социальной структуре наркопотребителей в 9,17 раза (с 0,82% (CI95% 0,62-1,07) в 2010 г. до 7,52% (CI95% 6,83-8,26) в 2019 г.

В структуре наркопотребителей по семейному статусу преобладают холостые (незамужние) лица ($p < 0,05$) – их удельный вес колебался от 43,61% (CI95% 42,44-44,79) в 2010 г. до 65,15% (CI95% 64,05-66,25) в 2012 г. В целом, около $\frac{1}{3}$ состоящих на учете в г. Минске наркопотребителей были женаты (замужем) – в 2019 г. их удельный вес составил 30,63% (CI95% 29,41-31,88) и достоверно не отличался от показателей предыдущих лет ($p > 0,05$).

Заключение. Среднемноголетний показатель распространенности наркомании составил 207,44 ‰. Эпидемическая тенденция наркопотребления была достоверной, выраженной к снижению со средним темпом убыли 7,48% ($p < 0,05$). В возрастной структуре наркопотребителей г. Минска преобладают лица 26-30 лет. Их удельный вес варьировал в пределах 30,73-34,19%. В половой структуре наркопотребителей доминировали лица мужского пола. От потребления опиоидов страдают более половины состоящих на учете в г. Минске наркопотребителей. Отмечается нарастание удельного веса лиц, употребляющих психостимуляторы, в т. ч. на фоне приема опиоидных наркотических средств.

Литература / References:

1. Degenhardt L., Whiteford H.A., Ferrari A.J. Global burden of disease attributable to illicit drug use and dependence: findings from the Global Burden of Disease Study 2010 // The Lancet. Vol. 382. № 9904. P. 1564-1574.
2. Pearson, R. K. Exploratory data analysis using R. Chapman & Hall. CRC Data Mining and Knowledge Series, 2018. 563 p.
3. WHO, Global Health Observatory (GHO) data, Resources for the prevention and treatment of substance use disorders. URL: www.who.int/gho/substance_abuse/en/ (дата обращения: 22.04.2022).
4. Виноцкая А.Г., Разводовский Ю.Е., Лелевич В.В. Вопросы наркологии. Гродно: ГрГМУ, 2011. С. 46-50.
5. Доклад о работе шестьдесят первой сессии (8 декабря 2017 года и 12–16 марта 2018 года). Организация Объединенных Наций: Международный

комитет по контролю над наркотиками. URL:
<https://undocs.org/pdf?symbol=ru/E/2018/28> (дата обращения: 22.04.2022).

6. Кечина, Е.А. Результаты дозорного эпидемиологического надзора по оценке ситуации по ВИЧ-инфекции среди групп населения с высоким риском инфицирования ВИЧ. Минск, 2018. 209 с.

7. Ланг, Т.А. Как описывать статистику в медицине. Аннотированное руководство для авторов, редакторов и рецензентов / Т. А. Ланг, М. Сесик; пер. с англ. под ред. В. П. Леонова. М.: Практическая медицина, 2011. 480 с.

8. Лелевич В.В., Веницкая А.Г., Лелевич С.В. Наркологическая ситуация в Республике Беларусь (1995-2015 годы): монография. Гродно: ГрГМУ, 2018. 232 с.

9. Снижение вреда: аргументы в пользу стратегических инвестиций: Национальный отчет Республики Беларусь. Минск, 2015. 61 с.

10. Эпидемический процесс ВИЧ-инфекции в г. Минске / Т.Н. Светогор [и др.] // Здоровоохранение. 2016. № 2. С. 17–25.

ПРОБЛЕМА АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ В КОНТЕКСТЕ НАРУШЕНИЯ КИШЕЧНОЙ МИКРОФЛОРЫ

Яковлев А. С., Яковлева А.А.

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

Аннотация. В данной статье проанализированы данные о влиянии состава микрофлоры кишечника на психическое здоровье человека, а в частности на развитие аффективной патологии. Множество наблюдаемых случаев депрессии создают проблему для исследователей с точки зрения получения более глубокого понимания этиологии и механизмов депрессии. Поскольку это заболевание, связанное с нервной системой, большинство исследований было сосредоточено на поиске биохимических и молекулярных основ заболевания, в первую очередь в структурах мозга, связанных с

появлением симптомов. В свою очередь, кишечная микробиота оказывает значительное влияние на функционирование нервной системы, включая участие в процессах синтеза нейромедиаторов, миелинизации нейронов в префронтальной коре, развитии миндалина и гиппокампа.

Ключевые слова: аффективные расстройства, депрессия, нарушение кишечной микрофлоры, психобиотики, хронический стресс С.

THE PROBLEM OF AFFECTIVE DISORDERS IN THE CONTEXT OF INTESTINAL MICROFLORA DISORDERS

Yakovlev A.S., Yakovlev A.A.

*Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology
Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo*

Abstract. This article analyzes data on the effect of the composition of the intestinal microflora on human mental health, and in particular on the development of affective pathology. The many observed cases of depression pose a challenge for researchers in terms of gaining a deeper understanding of the etiology and mechanisms of depression. Since this is a disease associated with the nervous system, most research has focused on finding the biochemical and molecular basis of the disease, primarily in the brain structures associated with the appearance of symptoms. In turn, the intestinal microbiota has a significant impact on the functioning of the nervous system, including participation in the synthesis of neurotransmitters, myelination of neurons in the prefrontal cortex and participation in the development of the amygdala and hippocampus.

Keywords: affective disorders, depression, intestinal microflora disorder, psychobiotics, chronic stress.

Депрессия (от лат. depressio - подавление, угнетение) - это серьезное психическое заболевание, проявляющееся торможением всех психических процессов, субъективно переживаемое как нечто болезненное. Симптомами

депрессии являются: снижение настроения (гипотимия), нарушение мыслительной функции, изменение поведения, чувств, мотивации и чувства благополучия. В настоящее время депрессия считается болезнью цивилизации из-за ее широкого спектра и частоты встречаемости, особенно в высокоразвитых странах. Во всем мире около 300 миллионов человек, то есть 4,4% населения земного шара, страдают от депрессии (Исследование глобального бремени болезней 2015 года).

Систематика и классификация аффективных расстройств в настоящее время составляет не вполне решенную проблему. Согласно Руководству по диагностике и статистике психических расстройства (пятое издание; DSM-5), диагноз глубокой депрессии требует наличия пяти или более симптомов в течение двухнедельного периода [2, С. 544]. Одним из этих симптомов должно быть либо подавленное настроение, либо ангедония (потеря интереса или удовольствия), в то время как другие включают изменения аппетита или веса, трудности со сном, снижение способности думать или концентрироваться, усталость или потерю энергии, чувство никчемности или чрезмерной вины и склонность к самоубийству, что в свою очередь является важной проблемой не только медицины, но и всего человечества [5, С. 73].

Многие исследования *in vivo* и клинические исследования продемонстрировали значительную роль стресса в развитии депрессии [4, С. 450]. В дополнение к вышесказанному, значительная роль также отводится иммунной системе, которая в периоды чрезмерно активированных стрессовых реакций, среди прочего, негативно влияет на герметичность кишечного барьера и кишечную микробиоту. Кишечный барьер представляет собой структуру, которая включает микробиоту и продуцирующие слизь эпителиальные клетки кишечника, соединенные плотными соединениями. Одним из строительных блоков кишечного барьера является пластинка *zonula occludens*, которая содержит клетки иммунной, лимфатической, нервной и кровеносной систем.

Благодаря ряду исследований о влиянии кишечной микрофлоры на формирование психического здоровья становится ясно, что количественный и качественный состав микробиоценоза кишечника связан с такими расстройствами как: депрессия, тревожные расстройства, анорексия, аутизм, болезнь Альцгеймера и др. Также известно, что между кишечником и мозгом происходит постоянный обмен нервными и биохимическими сигналами [1, С. 205]. В свете вышеизложенного представляется очень важным представить и связать эти аспекты в патомеханизме депрессии. В доступной литературе отсутствуют данные об одновременных нарушениях в функционировании нарушения кишечного барьера, вызванные повышенной активностью иммунной системы в ответ на стрессовые факторы. В литературе также отсутствуют данные о влиянии кишечной микробиоты на нервную систему с учетом разнонаправленных факторов, влияющих на проявление депрессии.

Следствием изучения механизмов, связанных с патофизиологией депрессии, является поиск новых лекарств и терапевтических стратегий в отношении этого заболевания, поскольку современные методы лечения, хотя и медленно дополненные новыми препаратами, в последние годы — все еще неудовлетворительны [7, С.285].

Проблема взаимосвязи между пищеварительной и нервной системами была впервые сформулирована академиком И.П. Павловым. В последние годы микробиом кишечника привлекает все большее внимание исследователей, так как микробиота может иметь специфическую и сложную перекрестную взаимосвязь с человеком, особенно с центральной нервной системой (ЦНС), создавая так называемую «ось кишечник - мозг». Более того, дисбаланс в составе микробиоты кишечника модулирует иммунную систему и функцию тканевых барьеров, таких как гематоэнцефалический барьер (ГЭБ).

Нарушение состава микрофлоры кишечника происходит по множеству причин, основными из которых являются: гормональный дисбаланс в организме, употребление алкоголя, неправильное питание, гиподинамия,

хронические воспалительные заболевания желудочно-кишечного тракта. Все эти факторы резко сокращают количество бифидобактерий и бактерий, продуцирующих бутират, который способен проникать через ГЭБ и оказывать подобный антидепрессантам эффект. Также нарушают микробиоту кишечника длительный прием антибактериальных препаратов, цитостатиков, острый и хронический стресс, нарушение внутренних биоритмов организма.

Кишечная микробиота оказывает значительное влияние на процессы, связанные с синтезом нейромедиаторов, миелинизацией нейронов в префронтальной коре, а также участвует в развитии миндалина и гиппокампа. Кишечные бактерии также являются источником витаминов, дефицит которых, как полагают, связан с реакцией на антидепрессантную терапию и может привести к обострению депрессивных симптомов [6, С.26].

Применение метода полного секвенирования с использованием генетической платформы Illumina позволило обнаружить взаимосвязь между профилем кишечной микрофлоры и тревожно-депрессивными расстройствами: бактерии рода *Alistipes* были избыточно представлены на фоне стресса, депрессии, тревоги, а бактерии рода *Oscillobacter*, продуцирующие валериановую кислоту, преобладали в профиле кишечной микробиоты только у пациентов с депрессией. Примечательно, что валериановая кислота микробного происхождения, конкурентно связываясь с ГАМК-рецепторами, усиливает дисбаланс в ГАМК-ергической системе головного мозга, характерный для пациентов с депрессией [3, С.255].

Сейчас большинство лекарств для лечения депрессии только облегчают симптомы заболевания и часто обременены многочисленными побочными эффектами. В ходе последних исследований пробиотических бактерий (психобиотиков) было выявлено, что их употребление в соответствующих количествах оказывает положительное влияние на психическое здоровье. Несмотря на это пробиотические препараты до сих пор не включены в стандарты лечения психических заболеваний [8, С.239]. Психобиотики,

модулируя микрофлору кишечника, снижают уровень кортизола в крови и увеличивают выработку серотонина.

В настоящее время известны различные виды бактерий, которые обладают психобиотическим действием и содержатся в различных пробиотиках (*Lactobacillus helveticus*; *Bifidobacterium longum*; *Lactobacillus casei*; *Lactobacillus reuteri*; *Lactobacillus rhamnosus*; *Bifidobacterium infantis*.)

Заключение. Исследования микробиоты кишечника развиваются очень быстро и показывают, что существует значительная корреляция между функционированием пищеварительной, нервной и иммунной систем. Таким образом, можно сделать вывод, что кишечная микробиота объединяет все теории, связанные с патогенезом депрессии. Вышеупомянутое обоснование реализуется за счет вовлечения микробиоты в синтез серотонина и его значительного участия в процессе обеспечения непрерывности кишечного барьера. Существуют также доказательства того, что метаболиты кишечной микробиоты потенциально связаны с развитием депрессии.

В практике врача-психиатра довольно часто встречаются аффективные расстройства, поэтому необходимо помнить о разнообразии этиологических факторов и патогенезах развития депрессии. Важнейшими задачами клинической медицины в этой связи является изучение новых феноменов, связанных со здоровьем и благополучием человека, а также разработка новых методов для их изучения, профилактики и лечения.

Литература/ References

1. Carabotti, M.; Scirocco, A.; Maselli, M.A.; Severi, C. The gut-brain axis: Interactions between enteric microbiota, central and enteric nervous systems. *Ann. Gastroenterol.* 2015, 203–209.
2. De Zwart, P.L.; Jeronimus, B.F.; De Jonge, P. Empirical evidence for definitions of episode, remission, recovery, relapse and recurrence in depression: A systematic review". *Epidemiol. Psychiatr. Sci.* 2019, 544–562.

3. Schaub, A.C., Schneider, E., Vazquez-Castellanos, J.F. et al. Clinical, gut microbial and neural effects of a probiotic add-on therapy in depressed patients: a randomized controlled trial. *Transl Psychiatry* 2022.

4. Herbet, M.; Korga, A.; Gawrońska-Grzywacz, M.; Izdebska, M.; Piątkowska-Chmiel, I.; Poleszak, E.; Wróbel, A.; Matysiak, W.; Jodłowska-Jędrych, B.; Dudka, J. Chronic Variable Stress Is Responsible for Lipid and DNA Oxidative Disorders and Activation of Oxidative Stress Response Genes in the Brain of Rats. *Oxid. Med. Cell. Longev.* 2017.

5. Tolentino, J.C.; Schmidt, S.L. DSM-5 Criteria and Depression Severity: Implications for Clinical Practice. *Psychiatr. Front.* 2018.

6. Trzeciak, P.; Herbet, M. Role of the Intestinal Microbiome, Intestinal Barrier and Psychobiotics in Depression. *Nutrients* 2021.

7. Zhang, J.; Huen, J.M.Y.; Lew, B.; Chistopolskaya, K.; Talib, M.A.; Siau, C.S.; Leung, A.N.M. Depression, Anxiety, and Stress as a Function of Psychological Strains: Towards an Etiological Theory of Mood Disorders and Psychopathologies. *J. Affect. Disord.* 2020, 279–285.

8. Олескин А. В., Шендеров Б. А. Пробиотики, психобиотики и метабиотики: проблемы и перспективы // Физическая и реабилитационная медицина, медицинская реабилитация. 2020. №3, 233 – 243.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Абдуллаева Васи́ла Каримбековна, д.м.н., доцент, заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и детской психиатрии, медицинской психологии и психотерапии, Ташкентский педиатрический медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Ташкент

Абрамович Андрей Владимирович, врач-психиатр-нарколог, УЗ «Минский городской клинический наркологический центр», Республика Беларусь, г. Минск

Агибалова Татьяна Васильевна, д.м.н., ГБУЗ «Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения г. Москвы», Россия, г. Москва

Акименко Галина Васильевна, к.и.н., доцент кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Альшевская Вероника Александровна, преподаватель - переводчик ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Алфимова Ксения Андреевна, студент, ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Россия, г. Курск

Антоненко Анастасия Петровна, врач психиатр-нарколог, ГБУЗ «Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения г. Москвы», Россия, г. Москва

Аршинова Елена Владимировна, старший преподаватель кафедры психологических наук социально-психологического института Кемеровского государственного университета, Россия, г. Кемерово

Ахмерова Инесса Юрьевна, к.м.н, заместитель главного врача по лечебной работе Республиканская клиническая психиатрическая больница, ассистент кафедры психиатрии и наркологии с курсом ИДПО ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет», Россия, г. Уфа

Бабарахимова Сайёра Бориевна, ассистент кафедры психиатрии, наркологии и детской психиатрии, медицинской психологии и психотерапии, соискатель степени PhD, Ташкентский педиатрический медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Ташкент

Бабушкина Екатерина Ивановна, к.м.н., доцент кафедры психиатрии, психотерапии и наркологии, ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Екатеринбург

Балакина Ольга Юрьевна, врач психиатр-нарколог, ГБУЗ «Новокузнецкий наркологический диспансер», Россия, г. Новокузнецк

Баранская Людмила Тимофеевна, д.м.н., профессор кафедры психиатрии, психотерапии и наркологии, ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Екатеринбург

Баринова Екатерина Владимировна, врач психиатр-нарколог, ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер», Россия, г. Кемерово

Бобык Ольга Александровна, ассистент кафедры психиатрии и наркологии, ГУ «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки», ЛНР, г. Луганск

Богонис Елена Васильевна, врач психиатр-нарколог, ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер», Россия, г. Кемерово

Бондаренко Анна Андреевна, студент, ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Курск

Борисова Валерия Анатольевна, врач-психиатр, ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер», Россия, г. Кемерово

Бузик Олег Жанович, главный научный сотрудник, ГБУЗ «Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения г. Москвы», Россия, г. Москва

Булкина Наталья Эдуардовна, к.м.н., доцент, доцент кафедры психиатрии и наркологии, ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки», г. Луганск

Васильева Е.В., врач-психиатр подростковый, ОБУЗ «Курская клиническая психиатрическая больница имени святого великомученика и целителя Пантелеимона», Россия, г. Курск

Васюта Анастасия Константиновна, аспирант кафедры психиатрии и наркологии ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова (Сеченовский университет) Минздрава России, Россия, г. Москва

Волкова Олеся Владимировна, профессор, доктор психологических наук, доцент ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства

здравоохранения Российской Федерации, Россия, г. Красноярск

Володина Ксения Андреевна, к. психол.н., доцент кафедры общей и социальной психологии, Тюменский государственный университет, Россия, г. Тюмень

Вострых Данила Владимирович, заместитель главного врача по организационно-методической работе, ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер», Россия, г. Кемерово

Высокова Виктория Олеговна, аспирант кафедры психиатрии и наркологии, ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) Минздрава России, Россия, г. Москва

Гееб Марк Вячеславович, ординатор, кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Георгиевская Ольга Владимировна, заместитель главного врача по медицинской части, ГБУЗ «Новокузнецкий наркологический диспансер», Россия, г. Новокузнецк

Грачева А.М., старший лаборант кафедры клинической психологии ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Минздрава России, Россия, г. Рязань

Говорова Галина Мариановна, медицинский психолог, ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер», Россия, г. Кемерово

Головкина Дарья Андреевна, аспирант кафедры психиатрии и наркологии ИКМ им. Н.В.Склифосовского, ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) Минздрава России, Россия, г. Москва

Гукина Людмила Владимировна, канд. филолог. наук, заведующий кафедрой иностранных языков, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Гуревич Геннадий Львович, ассистент, кафедра психиатрии, наркологии и психотерапии ФНМО Медицинского института РУДН, Россия, г. Москва

Данильчук Виталия Вячеславовна, заведующая психологической лабораторией, ГАУЗ «Оренбургский Областной Клинический Наркологический Диспансер», Россия, г. Оренбург

Дарсалия Ольга Владимировна, врач-психотерапевт, ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер», Россия, г. Кемерово

Дацковский Израэль (Владимир Модестович), Ph.D. Кабинет клинической психологии и патопсихологии, г. Бейт Шемеш, Израиль

Дёмина Марина Вячеславовна, медицинский психолог, руководитель реабилитационных программ, ГАУЗ «Оренбургский Областной Клинический Наркологический Диспансер», Россия, г. Оренбург

Дроздова Ольга Михайловна, д.м.н., профессор кафедры эпидемиологии, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Дубская Юлия Владимировна, заведующая кабинетом профилактики, врач психиатр-нарколог, ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер», г. Кемерово

Дубчак Юлия Владимировна, заведующая отделением реабилитации, врач психиатр-нарколог, ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер», Россия, г. Кемерово

Евстратова Ольга Васильевна, врач психиатр-нарколог, ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер», Россия, г. Кемерово

Ениколопов Сергей Николаевич, заведующий отделом медицинской психологии, кандидат психологических наук, доцент, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья Министерства науки и высшего образования Российской Федерации», Россия, г. Москва

Еремина Кристина Сергеевна, студент, ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Курск

Еремина Светлана Михайловна, врач психиатр-нарколог, ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер», Россия, г. Кемерово

Журавлева Татьяна Владимировна, младший научный сотрудник, ФГБУЗН «Государственный научный центр Российской Федерации – Институт медико-биологических проблем Российской академии наук», Россия, г. Москва

Зарубина Нина Григорьевна, заведующая отделением, врач психиатр-нарколог, ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер», Россия, г. Кемерово

Застрожин Михаил Сергеевич, ведущий научный сотрудник, кандидат медицинских наук, Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения города Москвы», Россия, г. Москва

Захарова Александра Алексеевна, врач психиатр-нарколог, ГБУЗ «Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения г. Москвы», Россия, г. Москва

Зорохович Ирина Ивановна, заместитель главного врача по медицинской части, ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер», Россия, г. Кемерово

Иванец Ирина Витальевна, ассистент кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Иноятов Абдугани Абдуфаттахович, ассистент кафедры психиатрии, наркологии и детской психиатрии, медицинской психологии и психотерапии, соискатель степени PhD, Ташкентский педиатрический медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Ташкент.

Камышанская Арина Игоревна, заведующий отделением психологической лаборатории №1, ГБУЗ «Самарская областная клиническая психиатрическая больница» Минздрава России, Россия, г. Самара

Келябидина Олеся Александровна, медицинский психолог, ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер», Россия, г. Кемерово

Киворкова Александра Юрьевна, ассистент кафедры психиатрии и клинической психологии, кандидат биологических наук, ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Архангельск

Кинкулькина Марина Аркадьевна, заведующий кафедрой психиатрии и наркологии ИКМ им. Н.В.Склифосовского, профессор, д.м.н., член-корреспондент РАН, ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) Минздрава России, Россия, г. Москва

Кирина Юлия Юрьевна, к.м.н., доцент кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, заведующая кабинетом медицинских осмотров ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер», Россия, г. Кемерово

Кириченко Елена Анатольевна, врач психиатр, ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер», Россия, г. Кемерово

Кондуфор Оксана Витальевна, ассистент кафедры психиатрии и наркологии, ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки», г. Луганск

Кочуров Михаил Геннадьевич, доцент кафедры клинической психологии, психологии и педагогики, ФГБОУ ВО «Кировский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Киров

Кратовский Алексей Юрьевич, ординатор, кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Кузнецова Наталия Владимировна, врач психиатр-нарколог, ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер», Россия, г. Кемерово

Купча Николь Вячеславовна, студент, ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава России, Россия, г. Москва

Левченко Елена Вадимовна, доцент кафедры психиатрии, к.м.н., ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Курск

Лизунова Наталья Вячеславовна, заведующая стационарным отделением, врач психиатр-нарколог, ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер», Россия, г. Кемерово

Литвинцев Сергей Викторович, заведующий кафедрой социальной психиатрии и психологии, доктор медицинских наук, профессор, ФГБУ ДПО «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов» Минтруда России, Россия, г. Санкт-Петербург

Лопатин Андрей Анатольевич, главный специалист нарколог СФО, главный врач ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер», д.м.н., профессор кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Люлина Ирина Леонидовна, заведующая областного химико-токсикологического центра, врач психиатр-нарколог, ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер», Россия, г. Кемерово

Матвеева Анастасия Александровна, ассистент кафедры психиатрии, наркологии и детской психиатрии, медицинской психологии и психотерапии, Ташкентский педиатрический медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Ташкент.

Медведева Эльвира Вазировна, врач-психиатр детский дневного стационара для детей и подростков ГБУЗ «Самарская областная клиническая психиатрическая больница» Минздрава России, Россия, г. Самара

Миненок Виктория Андреевна, студент, ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Курск

Михайлова Татьяна Михайловна, старший преподаватель кафедры педагогики и психологии профессионального образования, Кузбасский региональный институт развития профессионального образования, Россия, г. Кемерово

Молодожен Евгения Геннадьевна, студент, ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Курск

Муртузалиев Муртузали Магомедович, профессор, доктор экономических наук, профессор, Дагестанский государственный медицинский университет, Республика Дагестан, г. Махачкала

Назарцева Марина Александровна, медицинский психолог отделения психологической лаборатории №1, ГБУЗ «Самарская областная клиническая психиатрическая больница» Минздрава России, Россия, г. Самара

Никитин Павел Игоревич, заместитель главного врача по экспертизе, врач психиатр - нарколог, ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер», Россия, г. Кемерово

Николаевская Ангелина Олеговна, доцент кафедры психиатрии и психосоматики, к. м. н., ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Курск

Нобатова Виктория Николаевна, заведующая диспансерным отделением филиала №2, ГБУЗ «Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения г. Москвы», Россия, г. Москва

Нурходжаев Сабир Насирходжаевич, PhD, старший научный сотрудник-исследователь кафедры психиатрии, наркологии, детской психиатрии, медицинской психологии и психотерапии, Ташкентский педиатрический медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Ташкент.

Овсянникова Любовь Александровна, студент, ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Курск

Огарков Антон Леонидович, ординатор, кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Орлов Максим Валентинович, врач-психиатр, ГБУЗ «Кузбасская клиническая психиатрическая больница», г. Кемерово

Пазенко Дмитрий Андреевич, студент, ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава России, Россия, г. Москва

Панов Алексей Сергеевич, врач психиатр-нарколог, ГБУЗ «Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения г. Москвы», Россия, г. Москва

Петров Евгений Дмитриевич, студент, ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава России, Россия, г. Москва

Петросян Тигран Робертович, заведующий отделением для лечения пациентов с наркологическим заболеванием и ВИЧ-инфекцией, ГБУЗ «Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения г. Москвы», Россия, г. Москва

Пискарева Ольга Ивановна, заведующая отделением, врач психиатр-нарколог, ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер», Россия, г. Кемерово

Пичугина Ольга Викторовна, врач психиатр-нарколог, ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер», Россия, г. Кемерово

Польская Наталия Анатольевна, д-р. психол.наук, профессор кафедры клинической психологии и психотерапии Московского государственного психолого-педагогического университета, Россия, г. Москва

Поплевченков Константин Николаевич, старший научный сотрудник, кандидат медицинских наук, Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения города Москвы», Россия, г.Москва

Потапов Алексей Валерьевич, профессор, д-р мед. наук, ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Россия, г. Томск

Прокопьев Анатолий Алексеевич, к.м.н., доцент кафедры психиатрии, психотерапии и наркологии, ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Екатеринбург

Радионова Светлана Ивановна, к.м.н., доцент кафедры психиатрии и наркологии, ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки», г. Луганск

Разваляева Анна Юрьевна, соискатель кафедры клинической психологии и психотерапии Московского государственного психолого-педагогического университета, Россия, г. Москва

Райх Виктор Васильевич, Главный врач, ГБУЗ «Новокузнецкий наркологический диспансер», Россия, г. Новокузнецк

Рачкаускас Геннадий Стасисович, заведующий кафедрой, д.м.н., профессор кафедры психиатрии и наркологии, ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет им. Святителя Луки», г. Луганск

Романова Марина Михайловна, к.м.н., доцент, заведующий кафедрой физической и реабилитационной медицины, гериатрии ИДПО ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко» Минздрава России, Россия, г. Воронеж

Ромашова Татьяна Ивановна, доцент кафедры психиатрии и наркологии, к.м.н., доцент, ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки», г. Луганск

Рубцова Ольга Сергеевна, врач психиатр-нарколог, ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер», Россия, г. Кемерово

Рупека Алена Вячеславовна, аспирант, ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого» Минздрава России, Россия, г. Красноярск

Рычагов Юрий Владимирович, врач-методист, ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер», Россия, г. Кемерово

Рычкова Ольга Валентиновна, д.пс.н., профессор, Московский Государственный Психолого-Педагогический Университет, Россия, г. Москва

Самсонова Галина Михайловна, заведующая отделом, врач-статистик, ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер», Россия, г. Кемерово

Сасова Наталья Александровна, студент, ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Курск

Сафарбаев Бобурбек Бахтиёрович, ассистент кафедры неврологии и психиатрии Ташкентской Медицинской Академии, Ургенчский филиал, соискатель степени PhD, Республика Узбекистан, г. Ташкент.

Селедцов Александр Михайлович, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и медицинской психологии ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Селина Галина Александровна, врач психиатр-нарколог, ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер», Россия, г. Кемерово

Сиденкова Алена Петровна, д.м.н., доцент, заведующий кафедрой психиатрии, психотерапии и наркологии, ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Екатеринбург

Середенко Марина Дмитриевна, студент, Тюменский государственный университет, Россия, г. Тюмень

Скипер Алиса Алексеевна, ординатор, кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Смолин Тимофей Евгеньевич, ординатор кафедры анестезиологии и реаниматологии НГИУВ – филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Новокузнецк

Старченко Михаил Валерьевич, ординатор кафедры анестезиологии и реаниматологии НГИУВ – филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Новокузнецк

Соловьев Андрей Горгоньевич, заведующий кафедрой психиатрии и клинической психологии, доктор медицинских наук, профессор, ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Архангельск

Соловьева Светлана Леонидовна, профессор кафедры социальной психиатрии и психологии, доктор психологических наук, профессор, ФГБУ ДПО «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов» Минтруда России, Россия, г. Санкт-Петербург

Солонский Анатолий Владимирович, профессор, д-р мед. наук ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России, старший научный сотрудник НИИ Психического здоровья Томского НИМЦ, Россия, г. Томск

Степанова Лилия Викторовна, врач психиатр-нарколог, ГАУЗ «Оренбургский Областной Клинический Наркологический Диспансер», Россия, Россия, г. Оренбург

Степанова Анастасия Владимировна, студент, ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Курск

Стрелковский Максим Дмитриевич ординатор, кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Сулейманов Шухрат Рахимович, к.м.н., старший преподаватель кафедры психиатрии, наркологии и детской психиатрии, медицинской психологии и психотерапии, Ташкентский педиатрический медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Ташкент.

Тверская Екатерина Анатольевна, заведующая стационарным наркологическим отделением, ГБУЗ «Новокузнецкий наркологический диспансер», Россия, г. Новокузнецк

Тихонова Юлия Гулямовна, профессор кафедры психиатрии и наркологии ИКМ им. Н.В.Склифосовского, д.м.н., ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) Минздрава России, Россия, г. Москва

Туктарова Светлана Узбековна, к.м.н, ассистент кафедры психиатрии и наркологии с курсом ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Уфа

Тучина Ольга Дмитриевна, научный сотрудник ГБУЗ «Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения г. Москвы», Россия, г. Москва

Файнзильберг Владимир Павлович, к.м.н., доцент кафедры психотерапии и психологического консультирования, Московский Институт Психоанализа, Россия, г. Москва

Фаустова Анна Геннадьевна, заведующая кафедрой клинической психологии, кандидат психологических наук, доцент, ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Минздрава России, Россия, г. Рязань

Хилькевич Сергей Олегович, ассистент кафедры неврологии и нейрохирургии с курсами медицинской реабилитации и психиатрии, УО «Гомельский государственный медицинский университет», Республика Беларусь, г. Гомель

Хоменко Кристина Михайловна, студент, ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Курск

Цветкова Ольга Алексеевна, старший преподаватель ФГБОУ ВО «Омский государственный технический университет», Россия, г. Омск

Чернов Алексей Викторович, д.м.н., доцент, заведующий кафедрой кафедра физической и реабилитационной медицины, гериатрии ИДПО ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко» Минздрава России, Россия, г. Воронеж

Шарипова Фарида Камилевна, к.м.н., доцент кафедры психиатрии, наркологии и детской психиатрии, медицинской психологии и психотерапии, Ташкентский педиатрический медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Ташкент

Шевцова Марина Андреевна, заведующая отделением кризисных состояний, врач-психиатр, ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер», Россия, г. Кемерово

Шеметов Александр Владимирович, ассистент кафедры анестезиологии и реаниматологии НГИУВ – филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Россия, г. Новокузнецк

Шейфер Михаил Соломонович, к.м.н., главный врач ГБУЗ «Самарская областная клиническая психиатрическая больница» Минздрава России, Россия, г. Самара

Шилова Маргарита Александровна, заместитель главного врача, ГУ «Республиканский центр организации медицинского реагирования», Республика Белопусь, г. Минск

Шнырева Ирина Николаевна, заведующий диспансерным отделением №3, ГБУЗ «Самарская областная клиническая психиатрическая больница» Минздрава России, Россия, г. Самара

Шумилова Софья Николаевна, студент, ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Томск

Юлдашев Владимир Лабирович, д.м.н., заведующий кафедрой психиатрии и наркологии с курсом ИДПО, ИДПО ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет», Минздрава России, Россия, г. Уфа

Ян Евгений Владимирович, аспирант, Национальный исследовательский Томский государственный университет, Россия, г. Томск

Научное издание

**АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПСИХИАТРИИ,
НАРКОЛОГИИ И КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ:**

Сборник материалов III Международной научно-практической конференции,
к 147 - летию со дня рождения швейцарского психиатра и психоаналитика
Карла Густава Юнга

16+

Редактор А. С. Смирнов

Подписано в печать 24.10.2022. Формат 60x84 1/16.

Печать офсетная. Бумага офсетная № 1. Печ. л. 22,8.

Тираж 500 экз. Заказ № 103223

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