

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КУРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПОГРАНИЧНОЙ ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ
(БИОПСИХОСОЦИАЛЬНЫЙ ПОДХОД): МАТЕРИАЛЫ II
ВСЕРОССИЙСКОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ, ПОСВЯЩЕННОЙ 20-ЛЕТИЮ КАФЕДРЫ
ПСИХИАТРИИ И ПСИХОСОМАТИКИ**

18-19 мая 2023 г.

Курск 2023

УДК 616.89
ББК 56.14
А 43

Печатается по решению
редакционно-издательского
совета ФГБОУ ВО КГМУ
Минздрава России

Актуальные вопросы пограничной психической патологии (биопсихосоциальный подход): материалы II Международной научно-практической конференции. 18-19 мая 2023 г. / Курский государственный медицинский университет; под ред. В. А. Липатова. – Курск: КГМУ, 2023. – 110 с.

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Ответственный редактор – Липатов В.А., проректор по научной работе и инновационному развитию, профессор кафедры общей хирургии и топографической анатомии, доктор медицинских наук, профессор

Члены редакционного совета:

Пастух И.А. – заведующий кафедрой психиатрии и психосоматики Курского государственного медицинского университета, доктор медицинских наук, доцент

Богушевская Ю.В. – доцент кафедры психиатрии и психосоматики Курского государственного медицинского университета, кандидат медицинских наук

Николаевская А.О. – доцент кафедры психиатрии и психосоматики Курского государственного медицинского университета, кандидат медицинских наук

ISBN 978-5-7487-3047-1

©ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России, 2023

Содержание

РАЗДЕЛ I. КАФЕДРЕ ПСИХИАТРИИ И ПСИХОСОМАТИКИ 20 ЛЕТ	6
КАФЕДРЕ ПСИХИАТРИИ И ПСИХОСОМАТИКИ КУРСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА 20 ЛЕТ <i>Лазаренко В.А.</i>	6
К ТРАДИЦИЯМ КОЛЛЕГИАЛЬНОГО ОБУЧЕНИЯ В ПРАКТИЧЕСКОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ (К 20-ЛЕТИЮ КАФЕДРЫ ПСИХИАТРИИ И ПСИХОСОМАТИКИ) <i>Пастух И.А., Роцин Ю.В., Богушевская Ю.В.</i>	9
УЧАСТИЕ СТУДЕНТОВ В РАБОТЕ ВОЛОНТЕРСКОГО ОТРЯДА «ИСКОРКИ НАДЕЖДЫ» <i>Пастух И.А., Протопопова М.А., Проколова Е.Ю.</i>	12
ТРАДИЦИИ ВОЛОНТЕРСТВА: ЛЕЧЕБНО-ДРАМАТИЧЕСКАЯ СТУДИЯ «ИНСАЙТ» <i>Богушевская Ю.В.</i>	13
ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ВОЛОНТЕРСКОГО ОТРЯДА КАФЕДРЫ ПСИХИАТРИИ И ПСИХОСОМАТИКИ «ГОЛОС НАДЕЖДЫ» <i>Пастух И.А., Протопопова М.А.</i>	15
Раздел II. ПОГРАНИЧНЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА В ОБЩЕЙ МЕДИЦИНЕ, В ПРАКТИКЕ ВРАЧА ПСИХИАТРА-НАРКОЛОГА	17
ОСНОВЫ ПОГРАНИЧНОЙ ГЕРОНТОПСИХИАТРИИ <i>Цыганков Б.Д.</i>	17
ВЛИЯНИЕ ДЛИТЕЛЬНОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ НА КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ КОМОРБИДНЫМИ ПАНИЧЕСКИМИ И ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ <i>Пастух И.А., Голозубова К.Н.</i>	19
ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИЙ СТРЕСС ВСЛЕДСТВИЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО АБОРТА У ЖЕНЩИН СО ВТОРИЧНЫМ БЕСПЛОДИЕМ <i>Николаевская А.О., Тювина Н.А.</i>	24
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СОМАТИЗИРОВАННЫХ РАССТРОЙСТВ В ОБЩЕМЕДИЦИНСКОЙ И ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ <i>Богушевская Ю.В., Масленникова Т.А.</i>	27
НОВЫЕ ВЫЗОВЫ: ОПЫТ РАБОТЫ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ В СТРУКТУРЕ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ <i>Евдокимова Е.М., Шумаков И.И., Максимчук Н.А.</i>	29
АНАЛИЗ ДИНАМИКИ ОТНОШЕНИЯ МОЛОДЕЖИ КУРСКОЙ ОБЛАСТИ К ПРОБЛЕМЕ НЕЗАКОННОГО УПОТРЕБЛЕНИЯ НАРКОТИЧЕСКИХ ВЕЩЕСТВ В ПЕРИОД С 2021 ПО 2022 ГОДЫ <i>Денисов А.А., Кондакова П.Д.</i>	32
ВЛИЯНИЕ БЕСПЛОДИЯ НА СЕКСУАЛЬНУЮ ФУНКЦИЮ ЖЕНЩИН <i>Николаевская А.О., Дралова А.Г.</i>	36

ПОСТКОВИДНЫЙ СИНДРОМ У БОЛЬНЫХ НЕВРОТИЧЕСКИМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ	
<i>Николаевская А.О., Трефилова Д.С., Калинина И.В.</i>	38
КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ДЕПРЕССИЙ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ	
<i>Крылатых В.Ю.</i>	40
НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ОЦЕНКЕ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ ПРИ СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА	
<i>Феоктистова Е.В.</i>	43
ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ СФЕРА ЖЕНЩИН С ОТЯГОЩЕННЫМ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИМ АНАМНЕЗОМ	
<i>Николаевская А.О., Шкодова А.А.</i>	47
ПРОБЛЕМА ПЕРВОГО ПСИХОТИЧЕСКОГО ЭПИЗОДА В ПСИХИАТРИИ И КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ	
<i>Щетинина Е.В.</i>	49
CHANGES OF ACTIVITY OF SPECIFIC ADAPTER PROTEINS IN HUMANIZED RAT'S HIPPOCAMPUS DURING EXPERIMENTAL MODEL OF SCHIZOPHRENIA	
<i>Oganesyan A.A.</i>	51
CHANGES OF ACTIVITY OF DNA REPAIR ENZYMES IN HUMANIZED RATS BRAIN DURING EXPERIMENTAL MODEL OF SCHIZOPHRENIA	
<i>Oganesyan A.A.</i>	53
Раздел III. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ТЕРАПИИ ПОГРАНИЧНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ	55
К ВОПРОСУ О ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ РАССТРОЙСТВ ДЕПРЕССИВНОГО СПЕКТРА	
<i>Станько Э.П.</i>	55
ВОЗМОЖНОСТИ ПСИХОТЕРАПИИ ПОСЛЕДСТВИЙ БОЕВОГО СТРЕССА	
<i>Джангильдин Ю.Т., Баранов М.Л., Гаджиева У.Х.</i>	61
ВОЗМОЖНОСТИ ПАЦИЕНТООРИЕНТИРОВАННОГО ПОДХОДА К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В ГЕРОНТОПСИХИАТРИИ	
<i>Ломакина Г.В., Косенко В.Г., Косенко Н.А.</i>	64
ВЗАИМОСВЯЗЬ КОГНИТИВНОГО ДЕФИЦИТА И УРОВНЯ СОЦИАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ РЕКУРРЕНТНЫМ ДЕПРЕССИВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ	
<i>Пастух И.А., Шурьгина В.С., Коломиец И.В.</i>	70
КОГНИТИВНЫЕ И ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ ПРИ СОМАТИЗИРОВАННЫХ РАССТРОЙСТВАХ	
<i>Богушевская Ю.В.</i>	73
ОСОБЕННОСТИ ПСИХОТРАВМИРУЮЩИХ СИТУАЦИЙ (ОСТРОТА, ОЖИДАЕМОСТЬ) ПРИ РАЗЛИЧНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ФОРМАХ НЕВРОТИЧЕСКИХ И СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВ	
<i>Тимуца Д.Р.</i>	76

НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НАРУШЕНИЙ ВОСПРИЯТИЯ ПРИ РАССТРОЙСТВАХ АФФЕКТИВНОГО СПЕКТРА <i>Феоктисова Е.В., Можчерова В.В.</i>	78
ВЛИЯНИЕ ТИПА ПРИВЯЗАННОСТИ РЕБЕНКА К МАТЕРИ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОЦЕССА РАННЕЙ СОЦИАЛИЗАЦИИ ДЕТЕЙ 2-3 ЛЕТ <i>Василенко М.А.</i>	80
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОГРАММЫ СУБЪЕКТИВНО-ЛИЧНОСТНОГО ВОССТАНОВЛЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПСИХОТИЧЕСКОЙ ЛИЧНОСТНОЙ ДЕЗОРГАНИЗАЦИЕЙ <i>Мельниченко В.В.</i>	83
Раздел IV. ВОПРОСЫ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ И ПРЕВЕНЦИИ ПОГРАНИЧНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ	86
ФОРМИРОВАНИЕ МЫСЛИТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ <i>Алехин А.Н., Протопопова М.А.</i>	86
РОЛЬ СЕМЕЙНЫХ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ У ПОДРОСТКОВ, СКЛОННЫХ К СУИЦИДАЛЬНЫМ ТЕНДЕНЦИЯМ <i>Николаевская А.О., Павлова А.А., Коваленко А.Ю.</i>	88
СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТЬ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ В СЛОЖНОЙ ЖИЗНЕННОЙ СИТУАЦИИ В КОНТЕКСТЕ РАЗВИТИЯ ЛИЧНОСТНОГО ПОТЕНЦИАЛА <i>Колобова С.В.</i>	90
ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ У ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ АНТЕНАТАЛЬНУЮ ГИБЕЛЬ ПЛОДА НА ПОЗДНЕМ СРОКЕ БЕРЕМЕННОСТИ <i>Глушкова В.П.</i>	93
ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ СФЕРА ЖЕНЩИН С УГРОЗОЙ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ <i>Глушкова В.П., Лозина О.Н.</i>	95
ВЛИЯНИЕ МЕДИЦИНСКОГО АБОРТА НА ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ЖЕНЩИН <i>Глушкова В.П., Гололобова К.В.</i>	96
РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОСЛЕ ПТСР <i>Колобова С.В.</i>	98
ГОТОВНОСТЬ К МАТЕРИНСТВУ В СИТУАЦИИ ПСИХОГЕННОГО БЕСПЛОДИЯ <i>Горелова И.С., Земзюлина И.Н.</i>	101
К ВОПРОСУ ИЗУЧЕНИЯ ОСОЗНАННЫХ СНОВИДЕНИЙ <i>Морозова О.Н., Богушевская А.А.</i>	104
ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ И КОРРЕКЦИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНО-ВОЛЕВОЙ СФЕРЫ МЕДИЦИНСКИХ СОТРУДНИКОВ. <i>Антюхина М.Н., Глушкова В.П., Пастух И.А.</i>	108

РАЗДЕЛ I. КАФЕДРЕ ПСИХИАТРИИ И ПСИХОСОМАТИКИ 20 ЛЕТ

КАФЕДРЕ ПСИХИАТРИИ И ПСИХОСОМАТИКИ КУРСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА 20 ЛЕТ

Ректор Курского государственного медицинского университета,
доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач РФ, заслуженный деятель
науки РФ, отличник здравоохранения РФ

Лазаренко В.А.

Курский государственный медицинский университет, Курск, Российская Федерация

Кафедра психиатрии и психосоматики была организована в январе 2003 года. Кафедра является многодисциплинарной, клинического профиля. Преподавание ведется по 36 дисциплинам на 5 факультетах, за ней закреплен статус выпускающей кафедры на факультете клинической психологии.

На кафедре проводятся занятия с клиническими ординаторами, слушателями института непрерывного образования, врачами, медицинскими психологами, функционирует аспирантура по психиатрии и наркологии.

По результатам рейтингового контроля деятельности кафедр Курского государственного медицинского университета кафедра психиатрии и психосоматики неоднократно входила в тройку лучших кафедр [1,2].

С момента образования кафедры на протяжении 17 лет кафедрой возглавлял доктор медицинских наук, профессор, академик РАЕН Погосов Альберт Вазгенович – автор более 400 научных работ, в том числе 14 монографий.

Кафедра плодотворно сотрудничает с известными в России научными школами в области психиатрии, наркологии и медицинской психологии. Под руководством Альберта Вазгеновича Погосова подготовлены и защищены в диссертационных советах Москвы, Томска и Санкт-Петербурга 17 диссертаций на соискание ученой степени кандидата медицинских наук.

Клинической базой кафедры является дневной стационар «Курской клинической психиатрической больницы им. святого великомученика и целителя Пантелеимона», преподавание дисциплин ведут в том числе врачи и клинические психологи из практического здравоохранения.

К основным направлениям научных исследований на кафедре относятся: изучение этиопатогенетических, клинко-психопатологических, клинко-психологических и терапевтических аспектов психических и поведенческих расстройств, в том числе вызванных употреблением психоактивных веществ; психосоматических расстройств; механизмов коморбидности психических и наркологических заболеваний; факторов риска, клиники, диагностики и лечения невротических, связанных со стрессом, и соматоформных расстройств; механизмов коморбидности психических и наркологических заболеваний; психических расстройств у женщин с нарушением репродуктивного здоровья.

В штате кафедры состоит один доктор медицинских наук и пять кандидатов медицинских и психологических наук. Ведется активная работа по подготовке к защите двух докторских и одной кандидатской диссертаций.

Пастух Инна Альбертовна – заведующий кафедрой, доктор медицинских наук, доцент. Сотрудник кафедры с момента ее образования. В 2000 году в НИИ

психического здоровья Томского научного центра СО РАМН защитила кандидатскую диссертацию на тему: «Клинико-динамическая характеристика и факторы риска панических расстройств». В 2022 году в Московском государственном медико-стоматологическом университете имени А.И. Евдокимова Минздрава России защитила докторскую диссертацию на тему: «Коморбидное течение рекуррентного аффективного и панического расстройств (клинико-психологические и терапевтические аспекты)».

Богушевская Юлия Владимировна – доцент кафедры, кандидат медицинских наук, ученица профессора А.В. Погосова. Сотрудник кафедры с момента ее образования. В 2007 году в ГНЦ социальной и судебной психиатрии им.

В.П. Сербского защитила кандидатскую диссертацию на тему: «Клинико-динамические и терапевтические аспекты соматизированных расстройств». Выполняет докторскую диссертацию, посвященную соматизированным психическим расстройствам.

Николаевская Ангелина Олеговна – доцент кафедры, кандидат медицинских наук. Сотрудник кафедры с 2012 года. В декабре 2015 года под руководством профессора А.В. Погосова защитила кандидатскую диссертацию на тему: «Соматизированные психические расстройства с сердечно-сосудистыми проявлениями у больных городской поликлиники». Выполняет докторскую диссертацию, посвященную психическим расстройствам у женщин с нарушениями репродуктивного здоровья.

Глушкова Валентина Павловна – доцент кафедры, кандидат психологических наук. В 2010 году защитила кандидатскую диссертацию на тему: «Внешние и внутренние детерминанты процесса социализации подростков с проявлениями синдрома дефицита внимания с гиперактивностью». Сотрудник кафедры с 2014 года.

Шибяев Павел Владимирович – ассистент кафедры, кандидат медицинских наук. В 2019 году под руководством профессора А.В. Погосова защитил кандидатскую диссертацию на тему: «Расстройства адаптации у сотрудников УМВД России по Курской области, вернувшихся из командировки в Северо-Кавказский регион (клинико-психопатологический, реабилитационный и профилактический аспекты)». Сотрудник кафедры с 2022 года.

Феоктистова Елена Викторовна – ассистент кафедры, клинический психолог, выпускница КГМУ, сотрудник кафедры с 2008 года.

Протопопова Мария Александровна – ассистент кафедры, клинический психолог, выпускница КГМУ, аспирант РГПУ им. А.И. Герцена, сотрудник кафедры с 2021 года.

Василенко Маргарита Анатольевна – ассистент кафедры, кандидат психологических наук. В 2011 году защитила кандидатскую диссертацию на тему: «Привязанность ребенка к матери, как фактор ранней социализации», сотрудник кафедры с 2022 года.

Головина Юлия Владимировна – старший лаборант кафедры, клинический психолог, выпускница КГМУ, сотрудник кафедры с 2022 года.

В разные годы на кафедре работали ученики профессора А.В. Погосова – кандидаты медицинских наук С.Б. Останков, А.Ю. Коваленко, Е.В. Аносова, Т.А. Севрюкова, А.В. Козырева, Е.М. Евдокимова, Л.В. Смирнова, Л.Б. Харитонов и др., которые в настоящее время успешно трудятся в практическом здравоохранении.

За 20 лет сотрудниками кафедры опубликовано по учебно-методической, научной и воспитательной работе более тысячи трудов. Из них: 15 монографий, 90 публикаций в журналах из перечня ВАК, 50 учебно-методических пособий.

Сотрудниками кафедры активно проводится воспитательная работа среди студентов. На кафедре функционируют три волонтерских отряда, работа которых направлена на социально-психологическую адаптацию пациентов и их родственников с психическими и поведенческими расстройствами; превенцию, диагностику и коррекцию нарушений развития в детском возрасте; решение проблем лиц, попавших в трудные жизненные ситуации с помощью службы «Телефон доверия».

С момента организации на кафедре функционирует студенческий научный кружок. На его заседаниях обсуждаются актуальные теоретические и практические вопросы психиатрии и наркологии и клинической психологии. Студенты кружка неоднократно становились победителями и призерами студенческих олимпиад.

Лечебная работа и сотрудничество с органами практического здравоохранения реализуется на кафедре посредством клинических разборов больных, их лечебном сопровождении, проведением пато- и нейропсихологических исследований, психообразования и ряда других эффективных способов работы, позволяющих совершенствовать не только навыки преподавания клинических и психологических дисциплин студентам, но и повышать качество подготовки врачей и медицинских психологов, обучающихся на кафедре в рамках Института непрерывного образования [3]. Сотрудники кафедры выступают с докладами на заседаниях врачебных обществ, освещая актуальные вопросы психиатрии, психосоматики и наркологии, активно внедряют новые методы лечения, диагностики и коррекции психических и поведенческих расстройств в работу лечебно-профилактических учреждений Курской и других областей России.

В настоящее время кафедра психиатрии и психосоматики обладает хорошим потенциалом для реализации задач, стоящих перед ней, в том числе направленных на переход к новым образовательным стандартам и повышение качества образовательного процесса КГМУ.

Список литературы

1. Лазаренко В.А. Применение современных образовательных технологий в учебном процессе медицинского университета / В.А. Лазаренко, В.П. Гаврилюк, Н.С. Мещерина, Н.Б. Дрёмова, Т.А. Олейникова, А.И. Овод // В сборнике: Университетская наука: взгляд в будущее. сборник научных трудов по материалам Международной научной конференции, посвященной 87-летию Курского государственного медицинского университета : в 2 т.. Курск, 2022. С. 446-449.
2. Пастух И.А. Интерактивные методы обучения и их роль в формировании профессиональных компетенций студентов факультета клинической психологии / И.А. Пастух, М.А. Протопопова // В сборнике: Современные вызовы для медицинского образования и их решения. Сборник трудов по материалам Всероссийской учебно-методической конференции, посвященной 100-летию со дня рождения профессора Н.Ф. Крутько и Году педагога и наставника. В 2-х томах. Курск, 2023. С. 104-106.
3. Погосов А.В. Непрерывное образование в психиатрии: современные технологии / А.В. Погосов, Ю.В. Богушевская // В сборнике: Непрерывное медицинское и фармацевтическое образование в 21 веке: возможности, проблемы и перспективы. Сборник трудов научно-практической конференции с международным участием. 2017. С. 20-22.

К ТРАДИЦИЯМ КОЛЛЕГИАЛЬНОГО ОБУЧЕНИЯ В ПРАКТИЧЕСКОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ (К 20-ЛЕТИЮ КАФЕДРЫ ПСИХИАТРИИ И ПСИХОСОМАТИКИ)

Пастух И.А.¹, Рощин Ю.В.², Богушевская Ю.В.¹

¹Курский государственный медицинский университет, Курск, Российская Федерация

²ОБУЗ «Курская клиническая психиатрическая больница имени святого великомученика и целителя Пантелеимона», Курск, Российская Федерация

Многолетний опыт продуктивного взаимодействия кафедры психиатрии и психосоматики Курского государственного медицинского университета и основной клинической базы – дневного стационара Курской клинической психиатрической больницы имени святого великомученика и целителя Пантелеимона стал примером традиций продуктивного сотрудничества. С момента основания кафедры они были заложены доктором медицинских наук, профессором Альбертом Вазгеновичем Погосовым. Весь свой клинический опыт, организаторские качества Альберт Вазгенович применил к организации коллегиального взаимодействия сотрудников и обучающихся на кафедре со специалистами практического здравоохранения – мультидисциплинарного подхода в образовательном процессе [1, 2, 3, 4]. Традиции коллегиального обучения продолжают сегодня под руководством доктора медицинских наук, доцента Пастух Инны Альбертовны. Командное обучение, Team-Based Learning, является разновидностью активных форм работы, образовательной технологией, которая использует метод малых групп. Обучающимся создаются условия для применения теоретических знаний в индивидуальной и командной работе. Такой подход позволяет получить обратную связь сразу в процессе обсуждения. Обязательным условием указанного обучения является высокая степень самостоятельной работы обучающегося. Большая часть аудиторного времени посвящена выполнению коллективных практических заданий, основанных на принятии коллегиальных решений. Формирование навыков взаимодействия специалистов различного профиля в образовательном процессе происходит в несколько этапов. Первые из них начинаются задолго до осуществления практической работы. Такой подход согласуется с фундаментальными принципами, заложенными представителями отечественной педагогической и социальной психологии. Это труды Леонтьева А.Н. о деятельностном подходе к пониманию психики и ее развитию, Андреева Г.М., о приоритете групповой над индивидуальной деятельностью. Еще Лев Семенович Выготский утверждал, что развитие высших психических функций и личности происходит в процессе совместной групповой деятельности. Давыдов В.В. и Рубцов В.В. заложили принципы психологического построения развивающей индивидуальной и групповой деятельности.

Особенностью организации учебного процесса на кафедре психиатрии и психосоматики является ее multidисциплинарность, включающая преподавание на нескольких факультетах КГМУ и Института непрерывного образования. Статус выпускающей кафедры на факультете клинической психологии позволяет создать клиническим психологам условия для приобретения навыков командной работы еще в статусе студентов. Организация профессионального взаимодействия выпускников педиатрического факультета, факультета клинической психологии, клинических ординаторов кафедры стала примером коллективной работы будущих специалистов в здравоохранении.

Одна из форм коллегиального обучения на кафедре – это клинический разбор больного. Практическое значение этапов подготовки, преимущества организованного коллективного принятия решений, роль в формировании практических навыков обучающихся сложно переоценить.

С точки зрения практикующих врачей-психиатров, это очень эффективная форма обучения, позволяющая применить теоретическую подготовку и сформировать практические умения клинически мыслить у студентов, клинических ординаторов. Для дипломированных специалистов открывается возможность усовершенствовать свои профессиональные компетенции. Приведенный метод учитывает принципы и специфику психиатрии как медицинской специальности. Процесс подготовки тематического больного к клиническому разбору происходит в несколько этапов, участники получают индивидуальные задания, на каждого ложится груз ответственности за свой участок работы перед профессиональным сообществом. В обязанности клинических ординаторов входит сбор анамнестических сведений о больном, подготовка к докладу результатов дополнительных методов диагностики, данных объективного анамнеза (характеристики с места работы или учебы), особой кропотливости требует получение диагностически значимых сведений о пациенте от его родных или близких. На этом этапе информацию необходимо обобщить и систематизировать перед докладом. Студенты педиатрического факультета при прохождении дисциплины «Психиатрия, медицинская психология» должны подготовить теоретический материал по теме занятия (презентация, реферативный доклад, эссе), чтобы активно аргументированно участвовать в дискуссии, обосновании диагноза и разработке плана лечебно-реабилитационных мероприятий для больного. Обучающимся факультета клинической психологии отведена профессиональная роль, в их задачи входят проведение экспериментально-психологического исследования, составление заключения по результатам проведения патопсихологических методик и умение отстаивать диагностическую точку зрения. Проведение клинического разбора требует соблюдения определенного регламента. Процессом руководит заведующий кафедрой, который проводит клиническую беседу с пациентом, предоставляет участникам возможность делать доклады, задавать вопросы. Наивысшей точкой профессионального мастерства при проведении клинической конференции является умение каждого участника аргументированно отстаивать свою точку зрения, обосновать диагностическую версию. Курсанты Института непрерывного образования имеют возможность оценить эффективность проводимого лечения, высказать свое профессиональное мнение в отношении назначений, обменяться опытом применения лекарственных препаратов. В такой профессиональной дискуссии реализуются традиционные принципы педагогики и инновационные технологии. Так называемое командно-ориентированное обучение, обучение на примере случаев, позволяет осуществить новую модель подготовки врача – научно ориентированное обучение. Процесс формирования профессиональных навыков у обучающихся в медицинском университете должен сочетать непосредственный опыт общения с больным, инновационные технологии и традиционные подходы, эффективность которых проверена временем.

Список литературы

4. Погосов, А.В. Обучение мультидисциплинарному подходу оказания медицинской помощи как инновационная образовательная технология / А.В. Погосов, Ю.В. Богушевская, И.А. Пастух // Материалы Российской научно-методической конференции с международным участием «От качества преподавания к качеству образования: современные тенденции и новации в подготовке преподавателей высшей школы» (Курск, 14-16 мая 2012 года) / Под ред. В.А. Лазаренко, О.И. Охотникова, Н.Б. Дремовой, Н.С. Степашова. – Курск: Изд-во КГМУ, 2012. – С. 146-147.
5. Погосов, А.В. К вопросу актуальности проблемного обучения дисциплинам клинической психологии / А.В. Погосов, Ю.В. Богушевская // Сборник материалов юбилейной учебно-методической конференции, посвященной 70-летию КГМУ (1-2 февраля 2005 г.). – Курск: КГМУ, 2005. – С. 186.

6. Погосов, А.В. Роль интегративной модели обучения в повышении качества образовательного процесса / А.В. Погосов, Ю.В. Богушевская // Традиционные и инновационные подходы к модернизации медицинского образования / Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, посвященной 75-летию КГМУ (2-8 февраля 2010 года) / Под ред. В.А. Лазаренко, А.И. Конопки, О.О. Куриловой, Н.С. Степашова. В 3-х томах. – Том I. – Курск: ГОУ ВПО КГМУ Росздрава, 2010. – С. 277-279.

7. Погосов, А.В. Современные технологии для ФПО в условиях перехода к системе непрерывного образования / А.В. Погосов, Ю.В. Богушевская / В сборнике: Образовательный процесс: поиск эффективных форм и механизмов. Сборник трудов Всероссийской научно-учебной конференции с международным участием, посвященной 82-й годовщине КГМУ. Под редакцией В.А. Лазаренко, П.В. Калущкого, П.В. Ткаченко, А.И. Овод, Н.Б. Дрёмовой, Н.С. Степашова. – 2017. – С. 466-469.

8. Погосов, А.В. Непрерывное образование в психиатрии: современные технологии / А.В. Погосов, Ю.В. Богушевская / В сборнике: Непрерывное медицинское и фармацевтическое образование в 21 веке: возможности, проблемы и перспективы. Сборник трудов научно-практической конференции с международным участием. – 2017. – С. 20-22.

9. Погосов, А.В. Использование мультидисциплинарного подхода в учебном процессе кафедры психиатрии и психосоматики курского государственного медицинского университета / А.В. Погосов, Ю.В. Богушевская, И.А. Погосова / В сборнике: Актуальные вопросы пограничной психической патологии (био психосоциальный подход). Материалы Всероссийской научно-практической конф. с международным участием, посвященной 10-летию кафедры психиатрии и психосоматики Курского государственного медицинского университета. – 2013. – С. 7-12.

УЧАСТИЕ СТУДЕНТОВ В РАБОТЕ ВОЛОНТЕРСКОГО ОТРЯДА «ИСКОРКИ НАДЕЖДЫ»

Пастух И.А.¹, Протопопова М.А.¹, Прокопова Е.Ю.²

¹Курский государственный медицинский университет, Курск, Российская Федерация

²Отдел детской психиатрии с дневным стационаром диспансерного отделения ОБУЗ «Курская клиническая психиатрическая больница имени святого великомученика и целителя Пантелеимона», Курск, Российская Федерация

*Все начинается с детства, потому что душа ребенка
распахнута навстречу добру и любви, и так важно
посеять в ней семена любви к ближнему, великодушия,
милосердия.*

С.В. Михалков

Волонтерский отряд «Искорки надежды» имеет многолетнюю историю. Целью создания данного отряда являлось оказание психологической помощи детям, посещающим дошкольные учреждения. Дошкольный возраст в данном случае выбран неслучайно. Это наиболее благоприятный, сенситивный этап для развития психических функций ребенка, а также важный период для формирования его личности. Именно в дошкольном возрасте закладывается основа системы духовно-нравственных ценностей, которая будет определять отношение взрослого человека к миру в целом. Реализация наставнической цели осуществляется благодаря совместному взаимодействию студентов факультета клинической психологии с воспитанниками детского развивающего центра «Искорка-kids». Задачи волонтерского отряда: формирование профессионально важных качеств и

личностный рост студентов-психологов; развитие навыков общения со сверстниками у детей дошкольного возраста; формирование благоприятного психологического климата в группе у дошкольников; диагностика и коррекция агрессивных проявлений у детей старшего дошкольного возраста, снижение психоэмоционального напряжения; превенция психосоматических, психических и поведенческих расстройств, в том числе расстройств личности в детском возрасте.

Базой для волонтерского отряда является детский развивающий центр «Искорка-kids». Под руководством сотрудников кафедры волонтеры, а также активные участники студенческого научного общества принимают активное участие в организации тематических праздников, театрализованных представлений, конкурсов, игр для воспитанников дошкольного учреждения.

Нельзя не отметить практическую значимость участия студентов в волонтерской деятельности отряда «Искорки надежды». Для клинических психологов работа в отряде является первым этапом их профессионального становления и в дальнейшем способствует их профессиональному росту. Будущие специалисты накапливают опыт работы с детьми, знакомятся с их поведенческими особенностями на различных возрастных этапах развития, учатся определять и при необходимости корректировать сложившийся психологический климат в группе, давать практические рекомендации родителям и воспитателям с целью превенции нарушений развития у детей. Реализован также воспитательный аспект участия студентов в добровольчестве, который позволяет студентам-волонтерам транслировать полученный жизненный опыт как в будущей профессии, так и в личной жизни.

Бесценный практический опыт, приобретенный студентами-волонтерами в рамках волонтерского отряда «Искорки надежды», дает возможность активно использовать полученные ими навыки взаимодействия с детьми различных возрастных групп в будущей профессии.

Работа волонтеров, несомненно, очень важна и необходима для детей. Именно в дошкольный период социализация ребенка происходит наиболее интенсивно. Высокая занятость родителей, изолированность ребенка в семье, разные воспитательные позиции родителей оказывают негативное влияние на процесс его социализации [1]. Участие волонтеров в жизни детей посредством сюжетно-ролевых игр, тренингов, арт-терапии позволяет устранить влияние неблагоприятных жизненных факторов на социализацию дошкольников, формирует у них самостоятельность, инициативу. Благодаря этому дети получают огромную поддержку и помощь в своем развитии, становятся более уверенными в себе, развивают свои таланты и способности, учатся работать в команде [2].

Волонтерский отряд «Искорки надежды» – это команда единомышленников, увлеченных общим делом. Это комфортная, уютная и одновременно продуктивная атмосфера, которая вдохновляет, заряжает энергией, позитивом, что в целом дает каждому волонтеру возможность почувствовать себя частью команды, важным звеном в общем деле.

Следует признать тот факт, что для молодых специалистов данный профессиональный опыт – это хорошая возможность закрепить теоретические знания, а также сформировать профессиональные компетенции, практические умения и владения в общении с детьми указанной возрастной категории и быть полезными для процесса формирования психологического и психического здоровья подрастающего поколения [3].

Список литературы

1. Маркидонова А.С., Гордеева В.В. Использование волонтерской деятельности в работе по социализации детей дошкольного возраста // Вестник Пензенского государственного университета. – 2021. – № 4. – С. 33-39.

2. Пастух, И.А. Добровольческая деятельность и ее влияние на формирование уровня саморегуляции и мотивации у студентов / И.А. Пастух, Л.Н. Пивоварова // Подготовка медицинских кадров и цифровая образовательная среда. – 2019. – С. 451-455.

3. Пастух И.А., Пивоварова Л.Н. Добровольческая деятельность и ее влияние на формирование уровня саморегуляции и мотивации у студентов / И.А. Пастух, Л.Н. Пивоварова // Подготовка медицинских кадров и цифровая образовательная среда: материалы Междунар. науч.-практ. конф., посвящ. 84-й годовщине КГМУ (Курск, 1 февраля 2019 г.) / под ред. В.А. Лазаренко, П.В. Калущкого, Н.Б. Дрёмовой, А.И. Овод, Н.С. Степашова. – Курск: КГМУ, 2019. – 661 с. – С.451-455.

ТРАДИЦИИ ВОЛОНТЕРСТВА: ЛЕЧЕБНО-ДРАМАТИЧЕСКАЯ СТУДИЯ «ИНСАЙТ» *Богушевская Ю.В.*

Курский государственный медицинский университет, Курск, Российская Федерация

Среди воспитательных мероприятий кафедры психиатрии и психосоматики особое место занимает волонтерский отряд «Инсайт», который в 2003 году начал свою деятельность как лечебно-драматическая арт-студия. Организация обучающихся в ее работе удачно сочетает применение практических навыков, формирование общекультурных и профессиональных компетенций и возможность личностного роста будущих специалистов – клинических психологов [1, 2, 3].

В основу совместной работы кафедры и сотрудников основной клинической базы – дневного стационара – положен арт-терапевтический подход (arttherapy, терапия искусством) к лечению и реабилитации больных психическими и поведенческими расстройствами. Под руководством сотрудников кафедры студенты реализуют творческий потенциал: занимаются постановкой спектаклей, театрализованных представлений, организацией тематических мероприятий. Традиционными стали концерты, посвященные государственным (День Победы, День защитника отечества) и профессиональным (День психического здоровья) и общественным праздникам (Новогодняя сказка, Рождественские вечера), памятным датам, другим торжественным событиям. Участие в творческой деятельности имеет целый ряд важных аспектов как для обучающихся, так и для пациентов. Для психически больного занятость творческой работой не только отвлекает от погружения в болезненные переживания, но и позволяет реализовать потребности в общении, способствует активации эмоциональных и интеллектуальных ресурсов, раскрытию сохранных сторон психики, формированию доверительных отношений между участниками. Арт-терапия как один из методов психотерапевтического лечения очень эффективен в контексте выздоровления психически больных. Положительная роль, хорошая терапевтическая эффективность для восстановления социально-психологической адаптации, достижения более стойкой и качественной ремиссии обоснованы научно. Результаты проведенных нами исследований в отношении эффективности арт-терапии для психически больных опубликованы в сборниках научных конференций, внедрены в практику работы психиатрических учреждений [4, 5].

Для контингента обучающихся участие в лечебно-драматической студии является возможностью приобрести опыт профессионального общения с больными, их родственниками, медицинским персоналом уже со студенческой скамьи. Неформальные отношения (общение «без халатов») создают условия видеть эмоциональные проявления у пациентов, оценить их личностные особенности, понять, что больные чувствуют, каковы их интересы и социальные потребности в ситуации болезни. Многолетний опыт наших наблюдений показывает, что в ходе арт-терапии у студентов формируется чувство эмпатии,

без которого невозможно гуманное отношение к больному, осознание необходимости к укреплению терапевтических отношений между пациентами и медицинскими работниками.

Список литературы

1. Богушевская, Ю.В. Традиции коллегиального обучения, формирование командных навыков для практического здравоохранения (к 20-летию кафедры психиатрии и психосоматики) В сборнике: Современные вызовы для медицинского образования и их решения. Сборник трудов по материалам Всероссийской учебно-методической конференции, посвященной 100-летию со дня рождения профессора Н.Ф. Крутько и Году педагога и наставника. В 2-х томах. Под редакцией В.А. Лазаренко. – Курск, 2023. – С. 78-80.

2. Погосов, А.В. Изучение мотивов учебной деятельности и волевой саморегуляции у студентов-медиков / А.В. Погосов, Ю.В. Богушевская, Я.С. Заплата // В сборнике: Университетская наука: взгляд в будущее. Материалы международной научно-практической конференции, посвященной 81-летию Курского государственного медицинского университета и 50-летию фармацевтического факультета. В 3-х томах. Под ред. В.А. Лазаренко, П.В. Ткаченко, П.В. Калущкого, О.О. Куриловой. – 2016. – С. 387-389.

3. Погосов, А.В. Опыт участия студентов в работе лечебно-драматической арт-студии «Инсайт» кафедры психиатрии и психосоматики КГМУ / А.В. Погосов, Ю.В. Богушевская // В сборнике: Современные проблемы высшего образования. материалы VII Международной научно-методической конференции. С.Г. Емельянов (отв. редактор). – 2015. – С. 243-245.

4. Погосов, А.В. К вопросу воспитания в учебном процессе профессиональной культуры делового общения / А.В. Погосов, Ю.В. Богушевская // В книге: Ценностно-мотивационные ориентации студентов и преподавателей в обеспечении качества образовательного процесса. Сборник материалов ежегодной учебно-методической конференции. Курский государственный медицинский университет. – 2006. – С. 384-386.

5. Севостьянов, В.Г. Использование арт-терапии в социальной реабилитации психически больных / В.Г. Севостьянов, А.В. Погосов, А.А. Голодова, Е.В. Гуреева // В сборнике: Сборник работ 69-й итоговой научной сессии КГМУ и отделения медико-биологических наук Центрально-Черноземного научного центра РАМН. Курский государственный медицинский университет, Отделение медико-биологических наук Центрально-Черноземного научного центра РАМН. – 2004. – С. 56-57.

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ВОЛОНТЕРСКОГО ОТРЯДА КАФЕДРЫ ПСИХИАТРИИ И ПСИХОСОМАТИКИ «ГОЛОС НАДЕЖДЫ»

Пастух И.А., Протопопова М.А.

Курский государственный медицинский университет, Курск, Российская Федерация

На сегодняшний день высшее образование в Российской Федерации требует значительного количества времени для профессиональной адаптации студента в период его обучения. В связи с этим одна из главных целей образования – за счет различных форм обучения и воспитания подготовить студента к предстоящей профессиональной деятельности в условиях стремительных социально-экономических перемен [1]. Приспособление студента к профессиональной деятельности во время обучения в вузе подразумевает изучение базовых и альтернативных дисциплин, участие в добровольческой работе, прохождение профессионально ориентированных практик. Становление будущего клинического психолога предполагает не только овладение определенной совокупностью знаний, умений и навыков, но и формирование активной жизненной позиции, воспитание значимых гражданских, личностных и профессиональных качеств.

Деятельность студентов в воспитательных структурах кафедры психиатрии и психосоматики организована в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования - по специальности 37.05.01 Клиническая психология с квалификацией (степенью) «специалист», утвержденному приказом Министерства науки и высшего образования Российской Федерации от 26.05.2020 г. № 683. Согласно образовательному стандарту, студент факультета клинической психологии в процессе обучения должен овладеть способностью использовать научно-обоснованные программы психологического вмешательства и психологической помощи консультационного, психотерапевтического и профилактического характера для решения конкретной проблемы отдельных лиц и групп населения [2]. Функционирование волонтерского отряда «Голос надежды» на кафедре психиатрии и психосоматики способствует реализации компетентностного подхода, расширяя сферы практического приложения полученных знаний, стимулируя контакты будущих клинических психологов с более опытными коллегами, потенциальными работодателями, обеспечивая практическое взаимодействие с различными лицами, нуждающимися в психологической помощи [4].

Студенческий волонтерский отряд кафедры психиатрии и психосоматики «Голос надежды» осуществляет свою работу на базе ОБУЗ «Курская клиническая психиатрическая больница имени святого великомученика и целителя Пантелеимона» с 1 марта 2010 года. Его целью является обеспечение психологической помощи граждан независимо от их социального статуса, укрепление психологического здоровья и атмосферы психологической защищенности населения. Основными направлениями его деятельности являются: обеспечение доступности и своевременности психологической помощи по телефону для граждан независимо от их социального статуса и места жительства; совершенствование профессиональных навыков в соответствии с деонтологическими принципами работы клинического психолога.

Работа отряда организуется в тесном сотрудничестве с психологами и психотерапевтами ОБУЗ «Курская клиническая психиатрическая больница имени святого великомученика и целителя Пантелеимона». Перед тем как приступить к деятельности участники волонтерского отряда проходят информационную подготовку, которая осуществляется специалистами, оказывающими профессиональную помощь на «Телефоне доверия», а также сотрудниками кафедры психиатрии и психосоматики, в процессе дальнейшей самостоятельной работы волонтеры имеют возможность получать их консультации, обращаться к ним за профессиональной супервизией [4]. Данная форма организации деятельности отряда позволяет реализовывать самостоятельную активность студентов, способствуя при этом их профессиональному росту и накоплению опыта практической деятельности [3].

Таким образом, можно сделать вывод о необходимости привлечения студентов в волонтерские структуры кафедры психиатрии и психосоматики. Данный вид деятельности оказывает благоприятное влияние на развитие высокоморальных личностных качеств студентов, формирует их активную гражданскую позицию, способствует становлению общекультурных и профессиональных компетенций обучающихся. Деятельность обучающихся в психологической службе «Телефона доверия» требует определенного развития теоретических знаний, дисциплинированности, ответственности, высокого уровня эмпатии, альтруизма, готовности помогать людям, независимо от их социального статуса. Совместная работа студентов клинических психологов с практическими психологами-консультантами дает возможность обучающимся продемонстрировать свою работу в условиях работы «Телефона доверия», получить супервизию и обратную связь от опытного наставника, проанализировать причины собственных трудностей, расширить свои теоретические представления, наметить альтернативные пути решений «трудных» практических случаев.

Список литературы

1. Адольф В.А. Адаптация студентов вуза к будущей профессиональной деятельности / В.А. Адольф, А.К. Дашкова // Сибирский педагогический журнал. – 2017. – № 1. – С. 61-67.
2. Приказ Министерства науки и высшего образования РФ от 26 мая 2020 г. № 683 "Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования – специалитет по специальности 37.05.01 Клиническая психология" (с изменениями и дополнениями). Редакция с изменениями № 1456 от 26.11.2020.
3. Погосов, А.В. Участие студентов факультета клинической психологии в работе службы экстренной психологической помощи «Телефон доверия» / А.В. Погосов, И.А. Пастух // Образовательный процесс: поиск эффективных форм и механизмов: Сборник трудов Всероссийской научно-учебной конференции с международным участием, посвященной 82-й годовщине КГМУ, Курск, 03 февраля 2017 года / Под редакцией В.А. Лазаренко, П.В. Калущкого, П.В. Ткаченко, А.И. Овод, Н.Б. Дрёмовой, Н.С. Степашова. – Курск: Курский государственный медицинский университет, 2017. – С. 469-472.
4. Погосов, А.В. Использование мультидисциплинарного подхода в учебном процессе кафедры психиатрии и психосоматики Курского государственного медицинского университета / А.В. Погосов, Ю.В. Богушевская, И.А. Погосова // Актуальные вопросы пограничной психической патологии (биопсихосоциальный подход): Материалы Всероссийской научно-практической конф. с международным участием, посвященной 10-летию кафедры психиатрии и психосоматики Курского государственного медицинского университета, Курск, 14-15 мая 2013 года. – Курск: Издательство КГМУ, 2013. – С. 7-12.

РАЗДЕЛ II. ПОГРАНИЧНЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА В ОБЩЕЙ МЕДИЦИНЕ, В ПРАКТИКЕ ВРАЧА ПСИХИАТРА-НАРКОЛОГА

ОСНОВЫ ПОГРАНИЧНОЙ GERONТОПСИХИАТРИИ

Цыганков Б.Д.

Московский государственный медико-стоматологический университет
имени А.И. Евдокимова, Москва, Российская Федерация

Согласно результатам эпидемиологических изысканий, в мире на долю людей пожилого возраста (65+ лет) приходится 6% населения. Их доля существенно различается в разных странах: в Европе она составляет 14%, в США 13%, в России 6,2%, в Африке 2%, в Южной Америке и в Азиатском регионе на их долю приходится 5%.

Одной из проблем геронтопсихиатрии является высокая доля самоубийств среди пожилых людей. В США при том, что на долю людей старше 65 лет приходится 13% населения среди тех, кто совершает суициды, их доля равна 20%.

Практические задачи геронтопсихиатрии включают определение специфики поведения и психической деятельности пожилых людей. Социальная геронтология изучает взаимосвязь внешних причин и длительности и качества жизни. Область клинической геронтопсихиатрии посвящена клиническим проявлениям психических расстройств у людей пожилого возраста, их изменениям, лечению и профилактике. При этом клинические проявления включают как пограничную геронтопсихиатрию, так и психозы пожилого возраста и старческие деменции [1].

Среди людей в возрасте 60+ лет 2/3 страдают психическими расстройствами. Наблюдается увеличение распространенности церебрососудистых расстройств, включая церебрально-сосудистые и соматизированные расстройства, психогенные депрессии (Ястребов В.С., 2000). Более 40% пожилых людей требуется помощь специальных служб, при этом она доступна лишь 25% нуждающимся в ней. Необходимо отметить, что у существенной доли пожилых людей психические расстройства характеризуются стертыми проявлениями, что затрудняет их диагностику.

Возникли новые клинические направления, наиболее востребованные из которых – пограничная геронтопсихиатрия. Она включает экспериментальное направление, клиническое и социальное.

Анализ клинко-психопатологических проявлений у людей пожилого возраста является условием выявления динамики психического здоровья, проведения коррекционных мероприятий, методов реабилитации и профилактики.

В рамках социальной гериатрии затрагиваются этические и социально-экономические аспекты процесса старения. При этом особое значение имеет продление качественной жизни.

Клиническая динамика психических расстройств невротического уровня может носить как временный характер, так и быть проявлением устойчивой тенденции. Согласно В.Н. Мясищеву (1971), невротическое или патохарактерологическое развитие носит этапный характер – «каждый последующий вытекает из предыдущего и отличается от него не только количественно, но и качественно». При этом фиксация перехода к патологии затруднена из-за взаимодействия сочетающихся у пожилых людей последствий воздействия психогенных, конституционально-биологических и экзогенно-органических и соматогенных факторов в виде невротических, патохарактерологических, неврозоподобных и психопатоподобных расстройств со своими особенностями динамики и стадийности [2].

Признаками развития психических расстройств является краткость периода появления симптоматики, ее абортивность и временность, психологическая объяснимость и нестойкость. Постепенно исчезает адаптивность поведения и появляется эмоциональная фиксация на значимых идеях.

Невротические реакции характеризуются отсутствием существенной соматовегетативной динамики, появлением симптоматики в связи со стрессовой ситуацией, исчезновением симптоматики при разрешении стресса. Важен учет типа характера, способствующего формированию реакции.

При оценке черт личности необходимо учитывать возрастную динамику расстройств личности с возможностью их утяжеления, трансформации или смягчения.

Развитие психопатоподобных расстройств экзогенно-органического генеза имеет этапность: реакция-состояние-развитие-психопатия.

Экзогенно-органические расстройства начинаются астеноцефалгической и астеногриппической симптоматикой в среднем спустя 2 года после органического поражения. Затем возникают дисфорические, депрессивно-ипохондрические, астеноипохондрические нарушения. Превалируют психическая утомляемость, пониженная работоспособность, снижение памяти. Затем усугубляется астеническая, дисфорическая и ипохондрическая симптоматика, появляется вязкость психики, исчезает восприятие деталей взаимоотношений между людьми. На конечном этапе превалируют церебрально-органические расстройства, сглаживаются различия между разными вариантами патологического развития характера.

Неврозоподобные нарушения экзогенно-органического генеза имеют стадийность развития: реакция – структурирование аномального типа личности – органическое снижение.

В пожилом возрасте проявления депрессии сочетают психические расстройства и вегетативную дисфункцию с широким разнообразием симптомов. Так, при соматизированной депрессии вегетативные нарушения выходят на первый план. Тогда как в структуре классической депрессии с ментальной и двигательной заторможенностью и снижением аффекта выраженность вегетативного компонента минимальна. При тревожной депрессии особенностью являются болевой синдром, что важно с учетом того, что дифференциальная диагностика невротических тревожных расстройств и тревожной депрессии затруднена.

В структуре психических проявлений невроза у пожилых людей превалирует тревога и поиск защиты.

Алкоголизация – ключевая причина суцидов среди людей пожилого возраста. Социальными факторами ее возникновения являются нестабильность экономической ситуации, недоступность законных способов решения социальных проблем. Алкоголизации пожилых людей также способствуют возбудимые черты характера. Помимо суцидальных попыток последствиями алкоголизации у пожилых людей являются недержание кала и мочи и ускорение развития старческого слабоумия, алкогольное поражение головного мозга, монистические расстройства, паркинсонизм. В случае возникновения алкогольного делирия у пожилых людей исход в большинстве случаев летальный.

Список литературы

1. Семке, В. Я. Основы пограничной геронтопсихиатрии / В. Я. Семке, Б. Д. Цыганков, С. С. Одарченко. – Москва : Издательство "Медицина", 2006. – 526 с.
2. Мясичев, В. Н. Персонология, психология и медицина / В. Н. Мясичев // Матер. симп. «Клинико-психологические исследования личности». - Ленинград, 1971. - С. 5-9.

ВЛИЯНИЕ ДЛИТЕЛЬНОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ НА КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ КОМОРБИДНЫМИ ПАНИЧЕСКИМИ И ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Пастух И.А.¹, Голозубова К.Н.²

¹Курский государственный медицинский университет» Минздрава России,
Курск, Российская Федерация

² Пристенская центральная районная больница, Курская область, Российская Федерация

Актуальность. Условия нестабильной современной действительности, растущее психоэмоциональное напряжение повышают требования к ресурсному потенциалу человека и становятся одним из основополагающих факторов в развитии тревожных, панических, депрессивных расстройств. Распространенность тревожных, панических расстройств превалирует над депрессивными и составляет примерно 7,3% среди популяции. Зачастую паническое расстройство осложняется сопутствующей коморбидностью и фиксируется более чем в 3,5% случаев. Коморбидные состояния являются одной из основных причин формирования психосоциальной дезадаптации, осложняющей течение, лечение заболевания и влияющей на динамику состояния [4, 6, 10-11, 14]. Многими авторами поднимается вопрос рассмотрения клинических и психологических особенностей больных тревожными расстройствами, осложненными коморбидностью, однако остается недостаточная изученность взаимосвязи эмоциональных нарушений с уровнем качества жизни больных коморбидными паническими и депрессивными расстройствами в зависимости от фактора длительности заболевания, что делает актуальным вопрос их изучения [1-9, 12-13, 15-17]. Подробное рассмотрение клинико-психологических особенностей в динамике состояния больных с коморбидной депрессией позволит более качественно выстраивать стратегию лечения, программу клинико-психологической коррекции и терапии пациентов на каждом этапе течения болезни.

Целью нашего исследования явилось изучение клинико-психологических особенностей, показателей качества жизни больных коморбидными паническими и депрессивными расстройствами в зависимости от фактора длительности заболевания.

Материалы и методы. На базе психосоматического отделения ОБУЗ «Областная наркологическая больница», нами было проведено обследование 61-го пациента с паническими расстройствами и коморбидными паническими и депрессивными расстройствами. Клиническая диагностика осуществлялась с использованием указаний МКБ-10. Распределение больных в основной группе (ОГ) и контрольной группе (КГ) происходило с учетом наличия коморбидной патологии и длительности заболевания. ОГ была представлена 31 (50,0%) респондентом с паническими расстройствами в сочетании с депрессией легкой степени тяжести. В контрольную группу вошел 31 (50,0%) больной паническими расстройствами без коморбидности. Возраст больных – 35,27±6 лет. Для уточнения факта влияния длительности на клинико-психологические аспекты заболевания мы разделили КГ и ОГ на три подгруппы: больные до года (n=12), больные с длительностью от года до 5 лет (n=11), пациенты, болеющие более 5 лет (n=8). Исследование проводилось индивидуально в первой половине дня. Для изучения клинико-психологических особенностей пациентов и показателей качества жизни использовался следующий диагностический инструментарий: «Методика и диагностика самочувствия, активности и настроения» (САН), «Шкала оценки тревоги Шихана», «Шкала оценки тревоги Гамильтона» (HARS), «Шкала депрессии Бека», «Методика субъективной оценки личностной и ситуативной тревожности Спилбергера-Ханина», «Методика оценки качества жизни больных и инвалидов» (NAIF), «Анкета качества жизни SF-36»; специально разработанная анкета, для получения сведений о течении заболевания и социально-демографическом положении пациентов. Все расчеты проводились с использованием статистического пакета фирмы StatSoft STATISTICA 6.0.

Результаты. Для уточнения факта влияния длительности заболевания на клинико-психологические особенности мы разделили КГ и ОГ на три подгруппы: больные до года, от года до 5 лет, болеющие более 5 лет, предварительно сравнив показатели в каждой группе. Изучение особенностей эмоциональной сферы и качества жизни пациентов КГ в зависимости от длительности заболевания позволило выявить различия на достоверном уровне статистической значимости ($0,01 \leq p \leq 0,05$) по шкалам: «самочувствие» (САН) ($p=0,0477$), «социальное функционирование» (MOS-SF-36) ($p=0,0371$). На высоком уровне статистической значимости ($p \leq 0,01$) по шкале «общее здоровье» (MOS-SF-36) ($p=0,0014$). Параметры «самочувствие» в группе больных до года ($33,17 \pm 7,42$) и больных от года до 5 лет ($29,45 \pm 12,74$) находятся в средних и низких пределах, у пациентов, болеющих более 5 лет ($31,38 \pm 10,41$), показатели повышаются, что может объясняться возможной адаптацией больных к своему заболеванию. В оценке состояния общего здоровья отмечается обратная тенденция, показатели в зависимости от длительности заболевания снижаются, фиксируются низкие значения ($44,38 \pm 10,43$). Сравнительный анализ показателей ОГ выявил различия на достоверном уровне статистической значимости ($0,01 \leq p \leq 0,05$) по уровню «психологическое здоровье» (MOS-SF-36) ($p=0,0376$), значимых различий в показателях эмоциональной сферы не выявлено. По оценке общего самочувствия, психологического благополучия наблюдается тенденция преобладания средних и низких показателей у пациентов с длительностью до года ($31,92 \pm 13,17$) и от года до 5 лет ($32,45 \pm 16,76$), у пациентов, болеющих более 5 лет ($46,75 \pm 8,96$), показатели незначительно повышаются, что связано, возможно, с выработкой жизненных установок в отношении своего заболевания.

Анализ распределения средних показателей у больных с длительностью заболевания до года и от года до 5 лет, от года и болеющих более 5 лет в КГ показал различия на высоких уровнях статистической значимости ($p \leq 0,01$) по шкале «общее здоровье» (MOS-SF-36): до года и от года до 5 лет ($p=0,001039$); до года и болеющих более 5 лет ($p=0,005391$). Средние значения у больных с длительностью заболевания до года ($64,00 \pm 13,17$) выше, чем у пациентов с длительностью от года до 5 лет ($43,09 \pm 10,05$), что может объясняться возможным снижением самооценки в отношении себя и дальнейших перспектив на лечение и выздоровление с увеличением длительности заболевания. У пациентов с длительностью заболевания более 5 лет показатели оценки общего здоровья ($44,38 \pm 10,43$) ниже, чем у пациентов с длительностью заболевания болеющих до года, то есть, возможно, пациенты принимают свое расстройство как постоянно проявляющееся, неизлечимое, следовательно, снижается общая оценка своего состояния и возможностей на полное выздоровление. Оценка распределения средних значений пациентов КГ с длительностью заболевания от года до 5 лет и более 5 лет в КГ выявила различия на высоком уровне статистической значимости ($p \leq 0,01$) по шкале «социальное функционирование» (MOS-SF-36) ($p=0,007817$), на достоверном уровне статистической значимости ($0,01 \leq p \leq 0,05$) по шкалам: «самочувствие» (САН) ($p=0,014161$), «физическое» ($p=0,034201$) и «ролевое» функционирование ($p=0,036944$) (MOS-SF-36). По шкалам: «ситуативная тревожность» ($52,25 \pm 9,84$), «самочувствие» ($38,25 \pm 2,71$), «ролевое» ($52,88 \pm 22,79$) и «социальное» ($62,63 \pm 10,16$) функционирование средние показатели выше в группе с длительностью более 5 лет, по параметру «физического» ($80,55 \pm 10,28$) функционирования средний показатель выше в группе с меньшей длительностью заболевания. При сравнении распределения средних значений в ОГ группе первичных больных и пациентов, болеющих от года до 5 лет, статистически значимых показателей не выявлено. У пациентов ОГ оценка распределения средних показателей с длительностью до года и более 5 лет выявила различия на достоверном уровне статистической значимости ($0,01 \leq p \leq 0,05$) по шкале «психологическое здоровье» ($p=0,011807$). С увеличением длительности заболевания данные параметры повышаются ($46,75 \pm 8,96$). У больных ОГ с длительностью заболевания от года до 5 лет и более 5 лет получены различия на уровне статистической тенденции ($0,05 \leq p \leq 0,1$) по шкалам качества жизни (MOS-SF-36): «жизнеспособность» ($p=0,061454$), «социальное функционирование» ($p=0,092724$),

«психологическое здоровье» ($p=0,051707$). Средние показатели по шкалам выше в группе болеющих более 5 лет.

Для уточнения достоверности предположения о влиянии длительности заболевания по сравнению с фактором наличия коморбидности мы попарно сравнили подгруппы КГ с ОГ. Анализ показателей эмоциональной сферы и качества жизни первичных пациентов ОГ и КГ выявил различия на высоком ($p \leq 0,01$) и достоверном ($0,01 \leq p \leq 0,05$) уровнях статистической значимости по ряду шкал: «общее здоровье» ($p=0,001073$), в ОГ преобладание низких показателей на 33,3%, которые отсутствуют в КГ; «эмоциональное функционирование» ($p=0,008356$), в ОГ зафиксированы низкие показатели – 50,0%; в КГ преобладающими являются усредненные значения данных – 83,3%; «психологическое здоровье» ($p=0,007122$) (MOS-SF-36), преобладание низких показателей по сравнению с КГ на 33,3%, «эмоциональное состояние» ($p=0,005532$) (NAIF) – преобладание на 16,1% в КГ. На достоверном уровне статистической значимости были получены результаты по шкалам: уровень тревоги (Шихан) ($p=0,032513$), «социальное функционирование» (MOS-SF-36) ($p=0,042446$); «физическая» ($p=0,018746$) и «социальная» мобильность» ($p=0,014829$), «интегральный показатель качества жизни» (NAIF) ($p=0,034694$). У больных ОГ с присоединением депрессивной симптоматики снижается общий эмоциональный фон, что приводит к снижению самооценки, пессимистическому выстраиванию картины будущего, что отражается на оценке пациентом своего состояния и выстраивания перспектив на лечение и выздоровление. Можно предположить, что некоторые параметры качества жизни больных с коморбидной депрессией являются первостепенно нарушающимися, так как они могут быть связаны с жизненными травмирующими ситуациями, послужившими причиной развития депрессивной симптоматики.

При сравнении показателей эмоциональной сферы и качества жизни больных ОГ и КГ с длительностью заболевания от года до 5 лет получены данные на высоком уровне статистической значимости ($p \leq 0,01$) по шкалам: «ситуативная тревожность» (Спилбергер-Ханин) ($p=0,001578$), преобладание высоких показателей «ситуативной тревожности» в ОГ на 14,5%; «физическое функционирование» (MOS SF-36) ($p=0,000957$) – на 72,7% преобладание высоких показателей в КГ, «социальная мобильность» (NAIF) ($p=0,003251$) – преобладание показателей умеренного снижения в ОГ по сравнению с данными КГ на 45,4%. На достоверном уровне статистической значимости ($0,01 \leq p \leq 0,05$) получены результаты по параметрам: «самочувствие» ($p=0,014661$) – значительное снижение в ОГ на 45,4%, «настроение» ($p=0,041156$) – на 27,3% (САН), «психологическое здоровье» ($p=0,044716$) – на 27,3% (MOS SF-36). Больные с коморбидным депрессивным состоянием в большей степени фиксируются на волнующих их ситуациях, следовательно, возрастает тревожность, связанная с ситуациями происходящего. Как в КГ, так и в ОГ у больных с длительностью от года до 5 лет обнаруживается снижение показателей по шкалам, что возможно связано с процессом развития клинической картины заболевания, усложнением симптоматики, недостаточно правильной интерпретацией состояния своего здоровья. В ОГ показатели ниже, что объясняется сопутствующей депрессивной симптоматикой, утяжеляющей клиническую картину основного заболевания.

Сравнение данных пациентов, болеющих более 5 лет, ОГ и КГ выявило различия на высоком уровне статистической значимости ($p \leq 0,01$) по шкалам: «боль» ($p=0,008603$) – в КГ преобладание низких показателей на 87,5%, в ОГ лиц с низкими показателями не наблюдается; «эмоциональное функционирование» ($p=0,003096$) – отмечено преобладание низких показателей в ОГ на 75,0% по сравнению с данными КГ (MOS SF-36). На достоверном уровне статистической значимости ($0,01 \leq p \leq 0,05$) по шкале анкеты качества жизни NAIF «интегральный показатель качества жизни» ($p=0,023126$). При сравнении больных с длительностью более 5 лет было выявлено преобладание интенсивности болевых ощущений в КГ, что может объясняться возможным учащением приступов панических атак, что оказывает влияние на физиологические составляющие и общую оценку

состояния своего здоровья, и формированием ипохондрических установок в отношении своего заболевания.

Результаты исследования могут свидетельствовать о негативном влиянии наличия аспекта коморбидности как более значимого фактора, наряду с фактором длительности заболевания, но также оказывающего влияние на клинико-психологические аспекты основного заболевания. У больных с длительностью заболевания до года выявлено незначительное снижение показателей указанных сфер, что объясняется недостаточной осознанностью и погруженностью в болезненное состояние. У лиц с длительностью заболевания от года до 5 лет обнаруживаются значительные нарушения в эмоциональной сфере и параметрах качества жизни, что связано с формированием осознания факта болезни, изменением привычного уклада жизни, отсутствием достаточной адаптации к своему состоянию. У пациентов с периодом болезни более 5 лет была отмечена стабилизация некоторых показателей эмоциональной сферы и качества жизни, что, возможно, связано с выработкой адаптивных механизмов к своему заболеванию, осознанием и принятием своего положения и выстраиванием образа жизни с учетом особенностей имеющегося заболевания. Выявлена тенденция формирования адаптационных ресурсов к своему заболеванию, у болеющих с длительностью более 5 лет как КГ, так и ОГ, что способствует повышению общей психологической устойчивости, уровня жизненной и социальной активности больных. Но в ОГ данная динамика незначительна, больные КГ с увеличением длительности заболевания более устойчивы к изменениям своего состояния, самостоятельно могут справляться с ухудшениями самочувствия, более точно дифференцировать свое состояние. Больные ОГ в большей степени ориентированы на помощь близких, менее самостоятельны в выстраивании своего поведения в отношении проблемной ситуации, плохо дифференцируют личные и болезненные переживания. Следует отметить, что показатели качества жизни у больных КГ с длительностью заболевания до года снижены незначительно, так как первоначально происходит нарушение физиологического состояния, снижение эмоционального фона, следствием чего является перестройка привычного уклада жизнедеятельности. В ОГ с увеличением длительности заболевания данные по качеству жизни значительно снижаются по сравнению с КГ. С течением длительности заболевания показатель ситуативной тревожности увеличивается у пациентов с паническими расстройствами с длительностью более 5 лет, а у больных с коморбидной депрессией с длительностью от года до 5 лет, которая в свою очередь выступает дезадаптивным фактором, оказывающим влияние на эмоциональное, ролевое, социальное взаимодействие больных.

Выводы. Таким образом, помимо аспекта коморбидности как более значимого первичного фактора, влияющего на течение, прогноз, клинико-психологические аспекты основного заболевания следует учитывать фактор длительности заболевания, который оказывает влияние на изменение динамики состояния пациента, выработку стратегий и механизмов поведения в отношении ситуации своего заболевания, а также является значимым критерием при разработке психотерапевтических мероприятий на каждом этапе заболевания.

Список литературы

1. Бобров, А.Е. Дифференцированная клинико-психологическая оценка больных с различными вариантами тревожных расстройств / А.Е. Бобров, Е.В. Файзрахманова, А.К. Гомозова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2011. – № 3. – С. 43-48.
2. Васильева, С.Н. Клинико-динамические особенности депрессивных расстройств при коморбидности с тревожными расстройствами: Автореф. дис.... к.м.н. (14.00.18) / С.Н. Васильева; – Томск, 2007. – 56 с.
3. Вознесенская, Т.Г. Генерализованное тревожное расстройство: дифференциальный диагноз и лечение / Т.Г. Вознесенская // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2013. – № 2. – С. 18-22.

4. Краснов, В.Н. Расстройства аффективного спектра / В.Н. Краснов // – М.: Практическая медицина, 2011. – 432 с.
5. Левин, О.С. Тревога и коморбидные состояния / О.С. Левин, Е.А. Ляшенко // Нервные болезни. – 2016. – № 1. – С. 28-34.
6. Немых, Л.С. Особенности диагностики панического расстройства / Л.С. Немых // Прикладные информационные аспекты медицины. – 2015 – Т.18. – № 5. – С. 63-67.
7. Павличенко, А.В. Стадии развития панического расстройства и дифференцированная терапия / А.В. Павличенко // Бюллетень медицинских Интернет-конференций. – 2015. – Том 5. – № 2. – С. 73.
8. Пастух, И.А. Психологические особенности больных коморбидными паническим расстройством и агорафобией / И.А. Пастух // Университетская наука: взгляд в будущее: материалы международной научно-практической конференции, посвященной 81-летию Курского государственного медицинского университета и 50-летию фармацевтического факультета. В 3-х томах. – 2016. – С. 242-245.
9. Пастух, И.А., Голозубова, К.Н. Качество жизни больных коморбидными паническими и депрессивными расстройствами в процессе терапии// И.А. Погосова, К.Н. Голозубова / Журнал «Медицинская психология в России». – 2019 – Т. 11, № 1 (54).
10. Погосов, А.В., Погосова, И.А., Коваленко, А.Ю., Борисов, А.Ю. Развитие взглядов на проблему коморбидных расстройств в психиатрии и наркологии (обзор литературы)// Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2006. – № 3 (42). – С. 103-109.
11. Погосова, И.А. Клинические особенности панических расстройств при их сочетании с коморбидной психической и наркологической патологией / И.А. Погосова // Неврологический вестник. Журнал им. В.М. Бехтерева. – Казань, 2012. – № 3. – С. 42-47.
12. Погосова, И.А. Психологические особенности больных коморбидными генерализованным тревожным и депрессивным расстройствами / И.А. Погосова // Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». – 2012. – № 4. – С. 74-79.
13. Федотова, А.В. Тревожно-депрессивные расстройства в общеклинической практике / А. В. Федотова // РФК. – 2008. – №3. – С. 83-90.
14. Шмунк, Е.В. Факторы, оказывающие влияние на клинику и течение депрессивных расстройств / Е.В. Шмунк // Социальная и клиническая психиатрия. – 2009. – № 2. – С. 87-92.
15. Beesdo, K. Incidence and risk patterns of anxiety and depressive disorders and categorization of generalized anxiety disorder / K. Beesdo [et al.] //Arch Gen Psychiatry. – 2010. – Vol. 67, № 1. – P. 47-57.
16. Belzer, K. Comorbidity of anxiety and depressive disorders: issues in conceptualization, assessment, and treatment / K. Belzer, F.R. Schneier // J Psychiatr Pract. – 2004. – Vol. 10, № 5. – P. 296-306.
17. Ozkan, M. Comorbid personality disorders in subjects with panic disorder: do personality disorders increase clinical severity? / M. Ozkan, A. Altindag // Compr Psychiatry. – 2005. – Vol. 46, № 1. – P. 20-26.

ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИЙ СТРЕСС ВСЛЕДСТВИЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО АБОРТА У ЖЕНЩИН СО ВТОРИЧНЫМ БЕСПЛОДИЕМ

Николаевская А.О.¹, Тювина Н.А.²

¹Курский государственный медицинский университет Минздрава России,
Курск, Российская Федерация

²Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова
Минздрава России, Москва, Российская Федерация

В последние годы в Российской Федерации обострился комплекс медико-социальных проблем, основными из которых являются ухудшение показателей общественного, в том числе репродуктивного здоровья, повышение числа патологических беременностей и родов, увеличивающаяся частота бесплодия (Тюрина Е.П., Сайфетдинова Ю.Ф., 2014; Сакевич В.И., Денисов Б.П., 2019;).

Всемирная организация здравоохранения описывает 22 фактора женского бесплодия и 16 факторов мужского бесплодия (Леваков С.А. с соавт., 2010). В соответствии с МКБ-10 выделяют трубно-перитонеальное, ановуляторное (эндокринное), маточное, цервикальное, связанное с мужскими факторами, неуточненное бесплодие, другие его формы.

До 75% женского бесплодия является трубным. В.И. Кулаков (2017), К.В. Краснопольская (2003) приводят следующие цифры, отражающие показатели распространенности трубного бесплодия: 42,5-80,5% у женщин с первичным и у 48,2-73,1% со вторичным бесплодием. Основная причина трубного бесплодия это постабортные воспалительные заболевания женских половых органов, у 17% женщин бесплодие наступает вследствие гормональных нарушений после абортов (Григорян Э.С. с соавт., 2019).

Проблема абортов в настоящее время остается нерешенной, искусственный аборт выступает ведущей причиной материнской смертности, воспалительных заболеваний репродуктивной системы, невынашивания беременности, перинатальной патологии и бесплодия (Ремизова Л.В. с соавт., 2017; Богатова И.К., Сотникова Н.Ю., 2007).

В последние годы возросло число систематических исследований о роли искусственного аборта, как травмы, ассоциированной с посттравматическим стрессовым расстройством (American Psychological Association, 2008; Bradshaw Slade, 2003; Kubany, Hill, Owens, 2003; Mufel, Speckhard, Sivuha, 2002; Rue, Coleman, Rue, Reardon, 2004; Steinberg, Russo, 2008; Suliman et al., 2007).

В классических работах Rue et al. (2004), Suliman et al. (2007) указывается, что 12-18% женщин после аборта соответствуют полному набору диагностических критериев посттравматического стрессового расстройства (ПТСР).

Целью настоящего исследования стала оценка посттравматического стресса вследствие перенесенного аборта у женщин со вторичным бесплодием.

В основу данной работы легли результаты исследования на добровольной основе 54 женщин-пациенток отделения оперативной гинекологии ОБУЗ «Городской клинический родильный дом» г. Курска с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом (искусственный аборт в анамнезе на сроке 4-8 недель беременности, совершенный добровольно по желанию женщины), которые находились на стационарном лечении по поводу вторичного бесплодия. Методы искусственного прерывания беременности у пациенток были такими: медикаментозный аборт – 29 (53,7%) случаев, аборт методом вакуум аспирации – 19 (35,18%), хирургический аборт (дилатация шейки матки и кюретаж) в стационарных условиях – 6 (11,12%) случаев. Давность совершения аборта в среднем составила 14,69±0,7 месяца.

Основными методами исследования выступили: клиничко-психопатологический (клиническая беседа, сбор жалоб и данных анамнеза, наблюдение за пациентками), статистический метод (Н-критерий Краскелла-Уоллиса – непараметрический метод, предназначен для проверки равенства медиан нескольких выборок, ф-критерий Фишера –

предназначен для сопоставления двух выборок по частоте встречаемости интересующего исследователя эффекта).

В монографии Н.В. Тарабриной (2001), занимавшейся проблемой посттравматического стрессового расстройства, указано, что в рамках специфики обследования пациентов с его симптомами в первую очередь необходимо устанавливать в анамнезе испытуемого сам факт переживания им травматического события. Для оценки влияния травматического события нами была выбрана шкала Impact of Event Scale-R-IES-R. Данная методика в специальной литературе характеризуется целесообразным, валидным, надежным и универсальным инструментом для оценки психопатологических проявлений вследствие травматических событий. Опросник состоит из 22 пунктов, он основан на самоотчете и выявляет преобладание тенденции избегания, вторжения (навязчивого воспроизведения) и физиологической возбудимости вследствие травматического события.

Таблица 1

Распределение пациенток основной группы по показателям шкалы IES-R в зависимости от метода искусственного прерывания беременности

Метод аборта \ Показатели шкалы	Медикаментозный аборт (n=29)	Аборт методом вакуум аспирации (n=19)	Хирургический аборт (n=6)	H-критерий Краскелла-Уоллиса
IN – субшкала «вторжение»	22,44 ± 1,33	24,33±0,81	28,5±0,7	p = 0.00671
AV – субшкала «избегание»	24,44±1,33	24,33±0,51	25±2,82	p = 0.96279
AR – субшкала «возбудимость»	1,56±3,51	2,67±1,5	2±1,41	p = 0.31698
IES-R – общий балл	16,14 ±10,6	17,11±10,58	18,5±12,95	p = 0.28779

После искусственного прерывания беременности испытуемые отмечали у себя все симптомы ПТСР. Полученные данные соотносятся со специальной литературой, подчеркивающей о значении аборта, как травматического опыта.

Специфичность эмоциональных особенностей женщин после перенесенного аборта отличалась в зависимости от его метода, что заключалось в тяжести, частоте и интенсивности клинической выраженности репереживаний (флешбэков) ситуации искусственного аборта (субшкала «вторжение»).

В ходе клинического метода исследования, являющегося ведущим в клинической психиатрии, удалось установить, что подобная ситуация может объясняться лучшей психологической переносимостью женщинами медикаментозного аборта. Со слов испытуемых, подобный метод прерывания беременности представляется для них менее «инвазивным, травматичным» как в психологическом, так и в медицинском понимании. Совершаемый в амбулаторных условиях, медикаментозный аборт воспринимался как обильное менструальное кровотечение, риск постабортных осложнений был минимальным.

Хирургический аборт выступал в представлении исследуемых женщин серьезным оперативным вмешательством, сопряженным с общей анестезией, возможным риском перфорации матки и кровотечения, послеоперационным восстановительным периодом, более длительным половым покоем. Особую важность представляют следующие переживания женщин: их тревожило, «как именно врач удаляет эмбрион», нарушается ли

его целостность, «страдает ли он». Данные вопросы женщины никогда не задавали своим врачам и озвучили свои мысли только в клинической беседе при прямом вопросе.

Часто встречаемым симптомом в структуре переживаний выступала инсомния с поверхностным сном, трудностями засыпания, отсутствием чувства отдыха после сна, кошмарными сновидениями, в которых фигурировали переживания, сопряженные с перенесенным в анамнезе абортom. Приводим высказывания испытуемых: «Поджарила на сковороде и съела своего нерожденного ребенка, во сне ощущала вкус и запах мяса, после чего не могла в течение нескольких месяцев употреблять мясные продукты в любом виде», «Помимо своей воли представляла части тела плода в банке, как в анатомическом музее», «Думала, куда отправляют эмбрионы после аборта», «Ощущала маленькие ручки и ножки, чувствовала, как из нее удалили жизнь».

Описания переживаний были яркими, образными, пациентки отличались неустойчивостью эмоциональных реакций при изложении анамнестических данных, несмотря на давность совершения аборта, которая составляла в среднем $14,69 \pm 0,7$ месяца. Женщины подчеркивали, подобные «непрощенные мысли» могли возникать в рабочей ситуации, тогда нарушалась работоспособность, концентрация внимания.

Статистически значимых различий по субшкале «избегание» обнаружено не было. Из полученных нами данных можно утверждать, что испытуемые основной группы отмечали у себя достаточно интенсивные проявления избегания травматической ситуации аборта, возможно обусловленные включением механизмов психологической защиты.

Субшкала «возбудимость» не обнаружила статистически значимых различий между группами сравнения. Симптомы данной шкалы, такие как гнев, постоянное раздражение, пугливость, неприятные физические ощущения, настороженность были у женщин достаточно малочисленными.

Список литературы

1. Богатова И.К., Сотникова Н.Ю. Проблема нежеланной беременности и аборта в молодежной среде // М.: Мать и дитя. – 2007. – С. 334-335.
2. ВОЗ. Осложнения при аборте: руководство по техническим и управленческим аспектам предупреждения и лечения. ВОЗ. – 1995. – С. 183.
3. Волгина В.Ф. Медико-социальные аспекты характеристики аборта в современных условиях: Автореф. дис.. канд. мед. наук. М. – 2003. – С. 26.
4. Краснопольская К.В. Экстракорпоральное оплодотворение в комплексном лечении женского бесплодия // Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2003
5. Кулаков В.И. Репродуктивное здоровье населения России // Гинекология. 2017. – Т. 9. – № 1. – С. 7.
6. Тюрина Е.П., Сайфетдинова Ю.Ф. Причины женского бесплодия // Огарев-Online. – 2014. – № 12(26).
7. Бундало Наталья Леонидовна. Посттравматическое стрессовое расстройство (клиника, динамика, факторы риска, психотерапия) : диссертация ... доктора медицинских наук : 14.00.18 / Бундало Наталья Леонидовна; [Место защиты: ГУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт»]. – Санкт-Петербург, 2009. – 347 с.: ил.
8. Anne Speckhard & Vincent Rue ABORTION TRAUMA in book: Encyclopedia of Trauma, Chapter: Abortion Trauma, Editors: Charles, Kathleen Figley. 2011. 286 p.
9. Сакевич В.И., Денисов Б.П. Репродуктивное здоровье населения и проблема абортов в России: новейшие тенденции / В.И. Сакевич, Б.П. Денисов // Социологические исследования. – 2019. – № 11. – С. 140-151.
10. Григорян Э.С., Цхай В.Б., Гребенникова Э.К., Брехова И.С., Костарева О.В., Домрачева М.Я. Трубно-перитонеальная форма бесплодия: этиология, факторы риска, современные методы лечения / Э.С. Григорян с соавт. // Мать и дитя в Кузбассе – 2019 – № 2 (77) – С. 10-14.

11. Ремизова Л.В., Куташова Л.А., Хабарова Т.Ю. Постабортный синдром как вариант посттравматического стрессового расстройства / Л.В. Ремизова с соавт. // Центральный научный вестник. – 2017. – Т. 2. – № 8 (25). – С. 45-46.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СОМАТИЗИРОВАННЫХ РАССТРОЙСТВ В ОБЩЕМЕДИЦИНСКОЙ И ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Богушевская Ю.В., Масленникова Т.А.

Курский государственный медицинский университет, Курск, Российская Федерация

Распространенность соматизированных психических расстройств на сегодняшний день, остается высокой. По различным данным, от 20% до 84% пациентов медицинских учреждений предъявляют жалобы соматического характера, которые не имеют под собой органической основы [4, 12].

Исследования последних десятилетий показывают, что частота клинически очерченных психических расстройств среди больных учреждений первичной медицинской сети составляет не менее 30%, таким образом, их распространенность достигает уровня эпидемии [6]. Использование адекватных моделей и системного подхода к организации соответствующей психосоматической службы позволит улучшить выявляемость психических расстройств среди больных общей медицинской сети [11].

При изучении пограничных психических расстройств, в рамках которого выделяют соматоформное расстройство, показало наличие разнообразных проявлений соматизации, которые представляют особый интерес для исследователей [1, 7].

По данным зарубежной литературы, от 15% до 40% пациентов первичной медицинской сети страдают соматоформным расстройством [13, 14], что соответствует данным отечественных авторов [2, 11].

Еще одна проблема соматизированных расстройств связана с трудностью своевременной диагностики, поскольку такие больные предъявляют множество различных жалоб, которые не укладываются в четкую картину определенного заболевания. Такие пациенты подолгу лечатся у врачей-интернистов, которые только на основании жалоб больных ставят клинические диагнозы, затем не подтверждающиеся инструментально. Несмотря на красочную клиническую картину заболевания, данные лабораторно-инструментальных исследований не показывают каких-либо патологических изменений. Это приводит к тому, что больные не доверяют врачам, требуют консультаций новых специалистов, дополнительных методов диагностики [9].

В обзоре зарубежной литературы Дороженко И.Ю. рассматривает исследования Н. Карфхаммер, который считает, что у многих пациентов с соматической симптоматикой, наблюдающихся в различных учреждениях медицинской сети, причина болезни не несет под собой органической основы и не может быть объяснена известными патофизиологическими механизмами. Автор делает акцент на том, что данная патология не вписывается в картину как общемедицинских диагнозов, так и первичных психических расстройств. Психосоциальный стресс является одним из главных факторов, которые влияют на клиническую картину и динамику соматоформных расстройств. Также остается нерешенным вопрос неразвитости диагностических подходов, которые основываются на простом подсчете соматических симптомов [3].

Трудности в диагностике соматоформных расстройств и организации помощи больным с данной патологией способствуют весоному социально-экономическому обременению общества, так как большинство таких пациентов составляет группу «трудных больных», которые потребляют значительный объем ресурсов здравоохранения [12].

Для своевременного выявления и при необходимости терапии непсихотических психических расстройств необходимо формирование в учреждениях первичного звена здравоохранения специализированных кабинетов, отделений психиатрической помощи. Это в свою очередь может помочь решить проблему по дестигматизации психических расстройств, это осуществляется по средствам передачи функций оказания психиатрической помощи не профильным учреждениям. Затрудняет взаимодействие психиатров и врачей-интернистов тот факт, что руководители лечебно-профилактических учреждений недостаточно понимают, что клиницисты могут ставить предварительный диагноз психического расстройства и применять соответствующее лечение. Из-за этого может создаться ошибочное мнение, что врачам непсихиатрического профиля нельзя оказывать терапевтическую помощь больным с непсихотическими психическими расстройствами. Необходимо также учитывать связь аффективных расстройств с соматической патологией, поэтому необходимо проводить профилактические меры в форме психотерапевтической и психологической помощи [5].

По мнению А.Б. Смулевича, благодаря внедрению в практическое здравоохранение образовательных программ для специалистов первичного звена здравоохранения врачи-интернисты стали лучше диагностировать соматизированные расстройства у больных, а также аргументировать необходимость получения специализированной психиатрической помощи и вовремя направлять их к профильным специалистам [11]. Несвоевременное обращение за психиатрической помощью больных соматизированным расстройством становится медико-социальной и экономической проблемой как для учреждений здравоохранения, так и для больного [12]. На практике мы можем наблюдать другую картину, несмотря на отсутствие результатов многочисленных обследований, больные соматизированными расстройствами отказываются соблюдать назначения врачей первичной медицинской сети и на длительное время затягивают обращение за психиатрической помощью. Это приводит к хронизации процесса, формированию необратимых изменений личности, происходит нарушение социальной адаптации данных пациентов [8]. Особую актуальность приобретает проблема своевременной диагностики данной патологии, непрофильного обращения за психиатрической помощью.

Таким образом, на сегодняшний день складывается парадоксальная для медицинской практики ситуация: повышение уровня диагностики в учреждениях первичной медицинской сети позволяет врачам различных специальностей вовремя направить больных за консультативной помощью к врачу-психиатру. Но многие больные соматизированным расстройством не следуют их рекомендациям, а также могут отказываться от специализированной психиатрической помощи. В течение длительного времени такие пациенты могут посещать различных специалистов, откладывая момент обращения к психиатру, вследствие чего формируется избегающий врача-психиатра тип поведения. Вышеперечисленное обуславливает целесообразность разработки образовательных модулей для больных соматизированными расстройствами и их внедрение в первичное звено здравоохранения.

Список литературы

1. Александровский, Ю.А. Пограничные психические расстройства : руководство для врачей / Ю.А. Александровский; Ю.А. Александровский. – Изд. 4-е, перераб. и доп.. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 707 с. – (Библиотека непрерывного медицинского образования).
2. Белялов, Ф.И. Психические расстройства в практике терапевта : монография / Ф.И. Белялов. – 5-е издание, переработанное и дополненное. – Иркутск: Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования, 2012. – 260 с.
3. Дороженок, И.Ю. Современные проблемы психосоматической медицины на XIX Европейском конгрессе по психиатрии / И.Ю. Дороженок, С.В. Иванов // Психические расстройства в общей медицине. – 2011. – № 3-4. – С. 62-64.

4. Караваева, Т.А. Соматоформные расстройства / Т.А. Караваева, А.В. Васильева / В книге: Психотерапия. Учебник. – Москва, 2022. – С. 516-543.
5. Краснов, В.Н. Психиатрия в первичном звене здравоохранения: новое решение старой проблемы / В.Н. Краснов, Т.В. Довженко, А.Е. Бобров, Е.Г. Старостина // 2013. – Т. 23, № 4. – С. 5-13.
6. Краснов В.Н., Бобров А.Е., Довженко Т.В., Семиглазова М.В., Рыбина Н.А. Распространенность психических расстройств у больных общей медицинской практики и методы их выявления // Актуальные вопросы внебольничной психоневрологической помощи детскому и взрослому населению: Избранные материалы научно-практической конференции с международным участием, Санкт-Петербург 21-22 мая 2009 г. / Под ред. Н.Г. Незнанова. СПб.: Изд. СПб науч.-иссл. психоневрол. ин-та им. В.М. Бехтерева, 2009. С. 157–158.
7. Незнанов, Н.Г. Эволюция подходов к классификации психических расстройств / Н.Г. Незнанов, И.А. Мартынихин // Пограничные психические расстройства: Фундаментальные, клинические и социальные аспекты. – Москва : Федеральный центр общественного здоровья, 2014. – С. 77-98.
8. Погосов А.В., Богушевская Ю.В. Соматизированные расстройства (клиника, диагностика, терапия). – Курск: ГОУ ВПО КГМУ Росздрава, 2008: 268.
9. Приходько, В.Ю. Соматоформные расстройства в практике семейного врача часть 1 / В.Ю. Приходько, И.Р. Микропуло, М.В. Олейник [и др.] // Медичні перспективи. – 2013. – Т. 18, № 3. – С. 15-24.
10. Смулевич А.Б. Психосоматические расстройства (клиника, терапия, организация медицинской помощи) / Психиатрия и психофармакотерапия. – 2016. – Т. 12. – № 2. – С. 35.
11. Смулевич, А.Б. Психические и психосоматические расстройства в общей медицине / А.Б. Смулевич, А.В. Андрющенко // Психическое здоровье человека XXI века : Сборник научных статей по материалам Конгресса, Москва, 07–08 октября 2016 года. – Москва: Издательский дом «Городец», 2016. – С. 305-308.
12. Собенников В.С. Соматизация и соматоформные расстройства / В.С. Собенников. – Иркутск. – 2014. – 304 с.
13. Schröder A., Fink P. Functional somatic syndromes and somatoform disorders in special psychosomatic units: Organizational aspects and evidence-based treatment // Psychiatric Clinics of North America. – 2011. – Vol. 34, N 3. – P. 673-687.
14. Steinbrecher N., Koerber S., Frieser D. et al. The prevalence of medically unexplained symptoms in primary care // Psychosomatics. – 2011. – Vol. 52, N 3. – P. 263-271.

**НОВЫЕ ВЫЗОВЫ: ОПЫТ РАБОТЫ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ
В СТРУКТУРЕ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ**
Евдокимова Е.М., Шумаков И.И., Максимчук Н.А.

ОБУЗ «Областная клиническая наркологическая больница», Курск, Российская Федерация

Актуальность. Состояние психического здоровья населения является одним из самых чувствительных показателей социального и экономического благополучия населения, качества его жизни [5].

На настоящий момент известно, что около 20-25% населения планеты страдают психическими и поведенческими расстройствами. А в течении жизни психическое здоровье нарушается у каждого 3-4 человека [9].

Пессимистические прогнозы увеличения заболеваемости психическими расстройствами обоснованы целым рядом причин. К наиболее известным из них относятся: увеличение продолжительности жизни населения, растущее число вооруженных конфликтов

и стихийных бедствий, усиливающаяся геополитическая напряженность, увеличение количества беженцев и безработных людей.

Значительное влияние на состояние психического здоровья населения оказала пандемия новой коронавирусной инфекции COVID-19, характеризующейся быстрым распространением, тяжелым течением, высокой летальностью, необходимостью соблюдения карантинных мероприятий и социальной изоляции, сложностями в разработке эффективной терапевтической тактики, значительными побочными эффектами проводимого лечения, непосредственным нейротропным действием вируса на нервную систему, утратой близких людей, ощущением собственной беспомощности и неверием в свои силы [8].

Все эти факторы значительно повышают риски злоупотребления алкоголем и наркотиками, формирования реакций по типу дезадаптации, негативных аффективных и тревожных расстройств, когнитивных нарушений различной степени выраженности.

В то же время анализ показателей общей и первичной заболеваемости психическими расстройствами в Российской Федерации, проведенный сотрудниками ФГБОУ ВО КГМУ на основании данных Единой межведомственной информационно-статистической системы (ЕМИИС) и Министерства здравоохранения РФ [3], выявил, что общая заболеваемость психическими расстройствами в РФ за последние 10 лет (2011-2020 гг.) снизилась в среднем на 1,1%. А расчет прогноза возможной заболеваемости психическими расстройствами на 2021-2022 гг. показал дальнейшую тенденцию к снижению первичной заболеваемости во всех федеральных округах.

Целью нашего исследования явилось проведение динамического анализа статистических и клинических характеристик контингента поступивших больных во 2-е (психосоматическое) отделение ОБУЗ «Областная клиническая наркологическая больница» (ОБУЗ «ОКНБ») за 2019-2022 гг. Это позволит не только определить динамику происшедших изменений за указанный период времени, но и учесть эти особенности при разработке необходимых профилактических мероприятий.

Материал и методы. Психосоматическое отделение является структурным подразделением ОБУЗ «Областная клиническая наркологическая больница».

2-е отделение ОБУЗ «Областная клиническая наркологическая больница» рассчитано на 60 коек: 10 наркологических и 50 психиатрических (психосоматических) коек. В отделение госпитализируются больные с непсихотическими психическими расстройствами, такими как соматизированное расстройство (F45.0), смешанное тревожное и депрессивное расстройство (F41.2), паническое расстройство (F41.0), генерализованное тревожное расстройство (F41.2), смешанное тревожное и депрессивное расстройство (F41.2), расстройства адаптации (F 43). В отделении также оказывается плановая наркологическая помощь женскому и мужскому контингентам больных. Начиная с 2020 г., осуществляется стационарное лечение женщин с алкогольной зависимостью, имеющих коморбидную психическую патологию (расстройства адаптации в виде тревожных, депрессивных и смешанных реакций) по направлению врачей психиатров-наркологов совместно с органами социальной опеки и попечительства.

Для динамического анализа характеристик контингента поступивших больных использовались официальные данные статистического учета и отчетности ОБУЗ «ОКНБ», составленные в соответствии с утвержденными требованиями. В ходе исследования использовались клиничко-психопатологический, математический и статистический методы.

Результаты исследования. За период 2019-2022 гг. динамика показателей поступлений в наш стационар была отчасти связана с противоэпидемическими мероприятиями (необходимостью соблюдения карантинных мероприятий с перепрофилированием части коек в обсервационные (25% от общего объема), максимальным сокращением числа внутрибольничных переводов для долечивания наркологических больных, снижением доступности получения первичной специализированной психиатрической помощи в районах области, сокращением числа госпитализаций в связи с опасениями больных в отношении повышенного риска заражения

этим заболеванием в стационаре), а в дальнейшем с постепенным возобновлением коечного фонда и возвращением к плановой госпитализации пациентов.

Общее количество поступлений в 2019 году составило 773 человека, в 2020 г. – 402, в 2021 г. – 561, в 2022 г. – 569 больных. При этом статистика непосредственной обращаемости в отделение (без учета переводов наркологических больных) свидетельствует о росте госпитализаций в сравнении с доковидным периодом: 2019 г. – 438, 2020 г. – 284, 2021 г. – 499, 2022 г. – 506 больных. Несмотря на неустойчивую динамику общего количества поступлений за указанные годы отмечается стабильная тенденция к увеличению удельного веса контингента психосоматических больных при одновременном уменьшении доли наркологических пациентов. Так, если удельный вес психосоматических пациентов в 2019 г. составлял 52,78% (408 больных), то в 2020 г. он увеличился до 67,16% (270 больных), а в дальнейшем устойчиво удерживался на уровне 80,74% (453 человека) в 2021 г. и 79,61% (453 человека) в 2022 году. Удельный вес наркологических больных составил в 2019 г. – 47,22% (365 человек), в 2020 – 32,84% (132 человека), в 2021 г. – 19,26% (108 человек), в 2022 г. – 20,38% (116 человек).

Распределение поступивших в отделение больных различных клинических групп по половому признаку за 2019-2022 гг. показало, что среди психосоматических пациентов традиционно преобладают женщины (их доля в среднем за 4 года составила 79,52%), а соотношение по полу среди больных с алкогольной зависимостью является неустойчивым. Распределение по половому признаку среди психосоматических пациентов было следующим: в 2019 году – 79,66% (325 человек) женщин и 20,34% (83 человека) мужчин, в 2020 г. – 83,7% (226 человек) женщин и 16,3% (44 человека) мужчин, в 2021 г. – 75,50% (342 человека) женщин и 24,50% (111 человек) мужчин, в 2022 г. – 79,25% (359 человек) женщин и 20,75% (94 человека) мужчин. Среди контингента поступивших наркологических больных в 2019-2021 гг. преобладали мужчины (соответственно 93,15% мужчин (340 человек) и 6,85% женщин (25 человек); 86,36% мужчин (114 человек) и 13,64% женщин (18 человек)). В дальнейшем отмечается неустойчивое изменение этого соотношения. Так, в 2021 году среди поступивших больных с наркологической патологией преобладали женщины (52,78% (57 человек), мужчин – 47,22% (51 человек)), а в 2022 году вновь доминировали мужчины 71,55% (83 человек) (женщин соответственно 28,45% (33 человека)). Тенденция к увеличению поступающих женщин с наркологическими заболеваниями может объясняться организационными причинами, связанными с особенностями оказания наркологической помощи. В настоящее время администрацией учреждения продолжается активная работа по совершенствованию оказания медико-социальных услуг женщинам с алкогольной зависимостью, оказавшимся в трудной жизненной ситуации.

В ходе анализа поступивших больных по месту проживания в 2019-2022 гг. было установлено незначительное преобладание городских жителей. В среднем доля городских жителей среди поступающих за 4 года составила 54,78%, сельских жителей – 42,92%, иногородних – 1,41%, лиц без определенного места жительства – 0,89%. В определенной степени это может быть обусловлено тем, что большая часть жителей Курской области являются горожанами. По данным территориального органа Федеральной государственной статистики по Курской области (2022), численность городского населения на 2022 год составила 745,4 тыс. человек, а сельского – 338,2 тыс. человек [2]. Кроме того, для городских жителей стационарная наркологическая и психосоматическая помощь являются более доступными вследствие более развитой медицинской инфраструктуры. Также этот факт может указывать на необходимость усиления взаимодействия между областными и районными медицинскими учреждениями.

При анализе возрастных характеристик поступивших пациентов нами учитывались возрастные категории женщин старше 55 лет и мужчин старше 60 лет. За обозначенный временной период отмечались изменения удельного веса этих возрастных категорий с нерезко выраженной тенденцией к увеличению доли пожилых пациентов в выборке

поступивших лиц. Так, количество пожилых пациентов в общей выборке поступивших в 2019 году составило 187 человек (24,19%), в 2020 г. – 135 человек (33,58%), в 2021 г. – 147 человек (26,20%), в 2022 г. – 201 человек (35,33%). Расчет данного показателя в зависимости от нозологической специфики контингента поступивших показал, что доля возрастных пациентов в выборке наркологических пациентов значительно ниже, чем в выборке психосоматических пациентов. Для сравнения приводим показатели удельного веса пожилых пациентов среди наркологических и психосоматических пациентов в динамике по годам. В когорте поступивших наркологических пациентов этот показатель составил в 2019 г. – 5,21% (19 человек), в 2020 г. – 9,85% (13 человек), в 2021 г. – 12,96% (14 человек), в 2022 г. – 6,89% (8 человек), а среди психосоматических пациентов он достигал в 2019 г. – 41,17% (168 человек), в 2020 г. – 45,18% (122 человека), в 2021 г. – 29,35% (133 человека), в 2022 г. – 42,60% (193 человека).

Клиническая структура психосоматических расстройств у пациентов нашего отделения включала в себя диагностические категории различных разделов МКБ-10:

1) расстройства настроения (депрессивное расстройство) (F 32. Депрессивный эпизод, F 33. Рекуррентное депрессивное расстройство); 2) невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (тревожные расстройства рубрики F 41 (F 41.0 Паническое расстройство, F 41.1 Генерализованное тревожное расстройство, F 41.2 Смешанное тревожное и депрессивное расстройство; соматоформные расстройства рубрики F 45 (F 45.0 Соматизированное расстройство; F 45.3 Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы). Наркологическая патология была представлена, в основном, больными с различными стадиями алкогольной зависимости.

Клинико-психопатологический анализ контингентов поступивших больных отражает увеличение численности тревожных расстройств. Если в 2019 году их удельный вес составлял 13,90% (102 человека), то в 2020-2022 гг. соответственно возрос до 22,14% (89 человек), 41,71% (234 человека) и 40,07% (228 человек). Удельный вес депрессивных (в среднем за 4 года – 27,21%) и соматоформных расстройств (в среднем за 4 года – 13,59%) за 2019-2022 гг. с незначительными колебаниями оставался относительно стабильным. Более показателен и информативен анализ динамики структуры психосоматической выборки больных, который демонстрирует за данный временной период неуклонное снижение удельного веса депрессивных расстройств: 2019 г. – 50,98%, 2020 г. – 48,15%, 2021 г. – 32,89%, 2022 г. – 28,92%, неустойчивый уровень удельного веса соматоформных расстройств: 2019 г. – 24,02%, 2020 г. – 18,89%, 2021 г. – 15,45%, 2022 г. – 20,75%, стабильное увеличение удельного веса тревожных расстройств: 2019 г. – 25,00%, 2020 г. – 32,96%, 2021 г. – 51,66%, 2022 г. – 50,33%.

Выводы. Анализ динамики статистических показателей 4-х последних лет свидетельствует, что в 2020 г. в период действия наиболее жестких ограничительных карантинных мер обращаемость населения в психосоматический стационар резко упала, с постепенным восстановлением в 2021-2022 годах до уровня превосходящего доковидный период (на 15,5%). Среди поступивших больных незначительно преобладали городские жители. Исследование возрастных особенностей поступивших больных выявило незначительную тенденцию к увеличению удельного веса «возрастных» пациентов (на 6,9% при сравнении 2019 г. (187 пациентов) и 2022 г. (201 пациент)). Анализ контингентов поступивших пациентов свидетельствует об устойчивом увеличении удельного веса больных с психосоматической патологией, при снижении доли поступивших лиц с наркологическими заболеваниями. В структуре контингента поступивших психосоматических пациентов отмечается значительный рост тревожных расстройств (на 55,26% при сравнении данных 2019 г. (102 человека) и 2022 г. (228 человек)), при неуклонном снижении удельного веса депрессивных расстройств (на 37,02% при сравнении данных 2019 г. (208 человек) и 2022 г. (131 человек)) и относительно стабильных показателях соматоформных нарушений (98 человек в 2019 г. и 94 человека в 2022 г.). Тенденция к увеличению числа тревожных

расстройств подтверждается многочисленными данными, представленными в современной специальной отечественной и зарубежной литературе [4, 6, 7, 10, 11].

Список литературы

1. Дашкин Э.Р. с соавт. Психические нарушения, ассоциированные с COVID-19 / Э.Р. Дашкин, Н.А. Малышева, А.А. Цицельский // Медицина. Социология. Философия. Прикладные исследования, № 2. – 2021. – С. 36-41.
2. Курская область в цифрах. 2022: Краткий статистический сборник / Территориальный орган Федеральной государственной статистики по Курской области. – Курск, 2022. – С. 14.
3. Региональные различия показателей общей и первичной заболеваемости психическими расстройствами в России / Т.А. Олейникова, Е.С. Барыбина // Научно-практический рецензируемый журнал «Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики». – 2022 г. – № 3. – С. 679-692. URL:<https://healthproblem.ru/files/pdf/845-pdf.pdf>
- 4.«Психические реакции и нарушения поведения у лиц с COVID-19». Информационное письмо ФГБУ «НМИЦ психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России. М.: 2020. – 9 с.
5. Комплексная оценка заболеваемости психическими расстройствами и расстройствами поведения в динамике за период 2015-2019 гг. в Российской Федерации / В.С. Скрипов, К.М. Есина // Социальные аспекты здоровья населения [сетевое издание] 2021; 67(4):8. URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1287/30/lang,ru/>
6. Харитонов С.В. с соавт. Психические расстройства у больных специализированного стационара по долечиванию коронавирусной инфекции / С.В. Харитонов, И.В. Погонченкова, Н.П. Лямина, М.А. Рассулова // Вестник психотерапии. 2020; 74: 7–29.
7. Холодова Ю.Б. Особенности переживания тревоги в период пандемии COVID-19 представителями разных возрастных групп / Ю.Б. Холодова //International Journal of Medicine and Psychology. 2020; 2: 114-117.
8. Шепелева И.И. с соавт. COVID-19: поражение нервной системы и психолого-психиатрические осложнения / Шепелева И.И., Чернышева А.А., Кирьянова Е.М., Сальникова Л.И., Гурина О.И. // Социальная и клиническая психиатрия. – 2020. – Т. 30. – № 4. – С. 76-81.
9. Шматова Ю.Е. Динамика статистических и социологических показателей состояния психического здоровья населения России / Ю.Е. Шматова // Проблемы развития территории. – 2019. – № 3 (101). – С. 76-96. DOI: 10.15838/ptd.2019.3.101.5 S
10. Росси Р., Соччи В., Талевви Д. и др. Пандемия COVID19 и меры изоляции влияют на психическое здоровье населения Италии в целом. Препринт MedRxiv. [Опубликовано в Интернете 14 апреля 2020 г.]. DOI:10.1101/2020.04.09.20057802.
11. Хуан Ю., Чжао Н. Генерализованное тревожное расстройство, депрессивные симптомы и качество сна во время вспышки COVID19 в Китае: кросс-секционное исследование в Интернете / Ю. Хуан, Н. Чжао // Psychiatry Res. 2020; 288: 112954. [Опубликовано в Интернете 12 апреля 2020 г.].

АНАЛИЗ ДИНАМИКИ ОТНОШЕНИЯ МОЛОДЕЖИ КУРСКОЙ ОБЛАСТИ К ПРОБЛЕМЕ НЕЗАКОННОГО УПОТРЕБЛЕНИЯ НАРКОТИЧЕСКИХ ВЕЩЕСТВ В ПЕРИОД С 2021 ПО 2022 ГОДЫ

Актуальность. В современном мире наркомания по-прежнему остается одной из актуальных медико-социальных проблем общества. Систематическое употребление наркотиков значительно влияет на когнитивные способности, на возможность адекватно мыслить, а также ослабляет самоконтроль [1, 4].

В России в 2020 году около 18 млн человек состояли на учете или проходили лечение от наркозависимости. Так, в сутки погибает более 80 наркозависимых молодых людей. По современным представлениям, развитие заболеваний наркологического профиля обусловлено взаимодействием соответствующей генетической предрасположенности и факторов внешней среды. Таким образом, риск развития пристрастия к наркотическим веществам обусловлен генетической предрасположенностью. Лица, имеющие наследственную предрасположенность к наркозависимости, составляют группу повышенного риска. Так, среди родственников наркоманов наркозаболеваемость существенно выше [2, 3, 5].

Цель исследования – изучить отношение молодежи к проблеме незаконного употребления наркотических веществ в Курской области в динамике в период с 2021 по 2022 годы.

Материалы и методы исследования. Для проведения исследования разработана анкета, которая включала вопросы, посвященные портрету респондента и выявляющие отношение к наркоситуации и наркопотребителям. При статистической обработке данных был проведен расчет средних величин.

Результаты исследования. В ходе исследования было опрошено 704 респондента в возрасте от 17 до 25 лет. Среди участников исследования 182 человека (25,9%) имели среднее специальное или среднее образование, неоконченное высшее образование имели 443 человека (62,9%), 79 человек (11,2%) имели законченное высшее образование. Среди опрошенных 66% женщин и 34% мужчин. Таким образом, используемая выборка является репрезентативной и достаточной для получения достоверно значимых данных.

В ходе исследования было выяснено, что 10% респондентов предлагали попробовать наркотики, а 79% опрошенных, столкнувшись с предложением употребить наркотические вещества, отказывались. Ранее наркотики не употребляли 89% опрошенных жителей Курской области, что свидетельствует о положительном состоянии наркоситуации в регионе. Свидетелями употребления другим человеком наркотических веществ были 25% респондентов. Вероятнее всего большей части опрошенных (75%) не приходилось сталкиваться с этим в связи с боязнью употребляющих наркотические вещества людей быть наказанными законом, предвзятого отношения к себе и нарушения взаимоотношений с кругом общения. При этом 19% респондентов испытывали негативные эмоции, если становились свидетелем употребления наркотических веществ, 6% отнеслись к этому нейтрально. Так, большинство опрошенных (56%) в подобной ситуации готовы были предпринять действия: 27,7% респондентов предприняли бы попытку остановить человека, в правоохранительные органы обратились бы 35,3%.

По данным опроса, 22% респондентов сталкивались с пропагандой наркотиков в формате объявлений, надписей, наклеек с предложением приобрести или употребить запрещенные вещества. По мнению 29,9% опрошенных, проблема рекламы наркотических веществ остается актуальной для региона, что обуславливает особую важность противодействия рекламе и пропаганде запрещенных веществ.

В ходе исследования было выявлено, что 71% респондентов знаком с акциями антинаркотической направленности, проводимыми в регионе, 63,3% – на уровне своего учебного заведения, следовательно профилактические мероприятия реализуются достаточно активно. Оставшаяся часть опрошенных отмечает недостатки в

информационном сопровождении профилактических мер и освещении проблемы наркомании.

По мнению 71,8% опрошенных, заниматься профилактикой наркопредрасположенности в молодежной среде должны семья и ближайшее окружение, по мнению 74,6% – образовательные организации, 61,6% – медицинские организации, 63,4% – социальные службы, 37,7% – силовые структуры, 20,8% – некоммерческие организации. Равномерное распределение вышеперечисленных вариантов говорит о верном векторе профилактических мероприятий, проводимых при взаимодействии государственных структур, общественных организаций и медицинских учреждений, поскольку существует потребность в комплексной профилактической работе.

По мнению большинства респондентов (60,5%), наиболее эффективной мерой профилактики наркопредрасположенности являются профилактические беседы с бывшими наркозависимыми. Формирование более развитой досуговой системы для молодежи, ужесточение законодательства являются результативными по мнению 58,9% и 49,7% респондентов соответственно. По мнению 51,3% опрошенных, пропаганда здорового образа жизни в СМИ является эффективной, за индивидуальные консультации психолога проголосовали 49,1%. Всего 17% респондентов проголосовали за работу общественных организаций. При этом 3,5% опрошенных считают, что не существует мероприятий, способных оказать влияние на профилактику наркомании.

При оценке эффективности работы региональных структур в области профилактики распространения наркотических веществ ответы распределились следующим образом: 3,3% респондентов оценили профилактические мероприятия как низкоэффективные, оценку «2» дали 8,1% опрошенных, удовлетворительной считают работу 38,9%, в «4» балла работу оценили 28,8%, отличной считают работу 20,3%. Таким образом, респонденты оценивают политику, реализуемую в области профилактики наркомании, в целом позитивно, при этом существует необходимость в ее развитии и повышении эффективности.

Более половины опрошенных (57%) считают, что формирование позитивного стереотипа здорового образа позволит снизить количество наркозависимых. Остальная часть респондентов, разделившись поровну, не согласилась с этим или же затруднились с ответом. Таким образом, существует необходимость в пропаганде здорового образа жизни и развитии спортивной инфраструктуры в регионе, что позволит увеличить продолжительность жизни и снизить уровень наркомании.

Выводы. В ходе исследования было выявлено, что, по мнению респондентов, уровень наркопредрасположенности в Курской области невысокий. Отмечена тенденция к осуждению наркомании и поддержке борьбы с ней среди молодежи. Большинство опрошенных оценивают работу региональных структур в сфере профилактики распространения наркотических веществ позитивно, но отмечают необходимость усовершенствования. Наиболее эффективным профилактическим мероприятием, по мнению респондентов, являются профилактические беседы при участии бывших наркозависимых. По результатам опроса выявлено, что заниматься профилактикой наркопредрасположенности должны семья и ближайшее окружение, образовательные организации, социальные службы. При этом респонденты осознают важность межведомственного взаимодействия и приоритет психологической помощи.

Список литературы

1. Брехова, Я.В. Оценка восприятия наркоситуации и факторов риска приобщения к наркопотреблению среди молодежи / Я.В. Брехова, В.А. Липатов, П.Д. Кондакова // Научное содействие выявлению и профилактике наркопредрасположенности : Сборник научных трудов по материалам Всероссийской научно-практической конференции, Курск, 15 ноября 2022 года / Сост. В.И. Тимошилов, отв. ред. В.А. Липатов. – Курск: Курский государственный медицинский университет, 2022. – С. 6-8.

2. Ластовецкий А.Г., Тимошилов В.И., Бобрик Ю.В. Факторы риска употребления психоактивных веществ среди молодежи: аналитический обзор и экспертная оценка // Таврический медико-биологический вестник. – 2019. – Т. 22, № 1. – С. 129-137
3. Липатов, В.А. Мониторинг мнения жителей Курской области о проблеме незаконного оборота наркотических веществ на территории региона (результаты социологического опроса) / В.А. Липатов, А.А. Денисов, А.А. Сосновская // Innova. – 2021. – № 1(22). – С. 12-19. – DOI 10.21626/innova/2021.1/02.
4. Назарова, И.А. Социальные меры профилактики наркозависимости в молодежной популяции / И.А. Назарова, А.Д. Доника // Международный журнал экспериментального образования. – 2016. – № 3-1. – С. 54.
5. Оценка молодежью качества реализации антинаркотической политики в Курской области / В.А. Липатов, О.Е. Сумина, Н.Д. Прасолов, П.Д. Кондакова // Научное содействие выявлению и профилактике наркопредрасположенности : Сборник научных трудов по материалам Всероссийской научно-практической конференции, Курск, 15 ноября 2022 года / Сост. В.И. Тимошилов, отв. ред. В.А. Липатов. – Курск: Курский государственный медицинский университет, 2022. – С. 9-11.

ВЛИЯНИЕ БЕСПЛОДИЯ НА СЕКСУАЛЬНУЮ ФУНКЦИЮ ЖЕНЩИН

Николаевская А.О., Дралова А.Г.

Курский государственный медицинский университет, Курск, Российская Федерация

Актуальность. Проблема репродуктивного здоровья в целом и бесплодия в частности не теряет своей актуальности не только в России, но и в мире. Так, по некоторым данным, бесплодием страдают около 12% пар репродуктивного возраста, причем в 70% случаев речь идет о женском бесплодии [1]. Следует говорить о взаимосвязи и взаимовлиянии между женским репродуктивным и психическим здоровьем, что находит развитие в области психиатрической науки и практики [3].

Бесплодие в браке формирует длительную стрессовую ситуацию для супругов, является причиной серьезной моральной травмы, приводит к личностной, семейной и социальной дезадаптации и повышает риск развития пограничных психических расстройств [5]. Многими авторами бесплодие определяется как фактор, разрушающий психосексуальное взаимопонимание в паре и обуславливает развитие психосексуальных дисфункций, личностной, сексуальной и семейной дезадаптацию.

Около 50% женщин с диагнозом «бесплодие» отмечают наличие у них данного диагноза как психотравмирующего, ставящего под сомнение их статус женщины и потенциальной матери. Бесплодный брак рассматривается как тяжелая психосоциальная проблема, приводящая к развитию невротических расстройств, которые могут являться пусковым механизмом для формирования сексуальных нарушений [4].

В последнее время особенно интенсивно предпринимаются попытки исследования психосексуальных коррелятов бесплодия у женщин. Тем не менее получено недостаточно сведений об особенностях сексуального функционирования, клинических вариантах формирования сексуальных расстройств, психологических особенностей женщин, страдающих бесплодием [2].

Цель исследования – проанализировать особенности нарушения сексуальной функции у женщин, страдающих бесплодием.

Материалы и методы исследования: в структуре данной работы представлены результаты исследования на добровольной основе 35 женщин в возрасте от 20 до 35 лет на базе ОБУЗ «Курский городской клинический родильный дом». Женщины были разделены на 2 группы: 1-я группа – клиническая, в которую вошли пациентки с подтвержденным

диагнозом «женское бесплодие», всего 19 человек, и 2-я группа – сравнения, куда вошли 16 фертильных женщин. Анализируемые пациентки были схожи по социально-

variable	Rank Sum 1 группа	Rank Sum 2 группа	Z	p-value	Z adjusted	p-value	Valid N 1 группа	Valid N 2 группа
----------	----------------------	----------------------	---	---------	---------------	---------	---------------------	---------------------

демографическим характеристикам.

Ведущими методами исследования являлись клиничко-психологический метод, который включил в себя клиническую беседу, мониторинг за поведением обследуемых, методика «Индекс женской сексуальной функции» (ИЖСФ) – (FSFI), статистический метод (пакет прикладных программ STATISTICA 12.0).

Результаты исследования. В результате первого этапа исследования были выделены 2 группы: 1-я группа – клиническая, в которую вошли пациентки с подтвержденным диагнозом «женское бесплодие», всего 19 человек, и 2-я группа – сравнения, куда вошли 16 фертильных женщин.

На втором этапе исследования совместно с изучением анамнестических данных выполнено исследование психосексуального функционирования женщин валидным, переведенным на русский язык, вариантом опросника «Индекс женской сексуальной функции». Были проанализированы средние показатели психосексуального функционирования по шкалам опросника ИЖСФ (FSFI): «желание», «возбуждение», «любрикация», «оргазм», «удовольствие», «боль» (рис. 1).

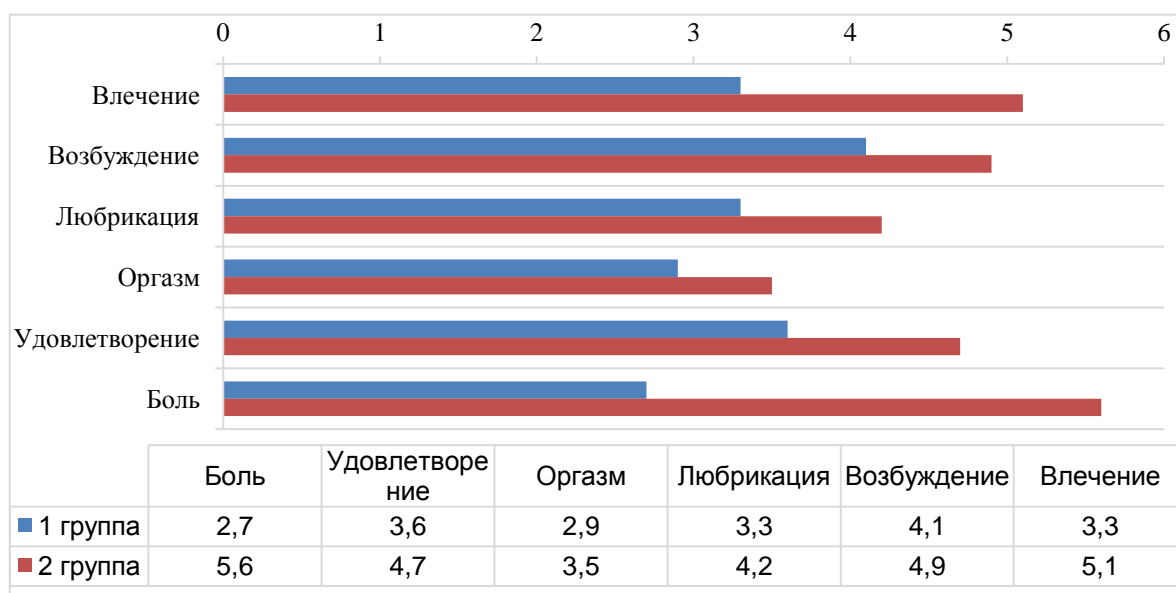


Рисунок 1. Средние показатели психосексуальной функции по шкалам опросника ИЖСФ (FSFI)

Исходя из того, что пределом между клиническими и доклиническими нарушениями рассматривается общий балл ИЖСФ (FSFI), равный 26,55, был произведен расчет среднего общего балла в двух группах. В результате в 1-й группе средний общий балл составил 20,5 (<26,55), а во второй группе – 29,2 (>26,55).

С помощью U-критерия Манна-Уитни выявлены статистически существенные различия данных шкал опросника ИЖСФ в двух группах по всем шкалам (табл. 1).

Таблица 1 – Показатели психосексуальной функции по шкалам опросника ИЖСФ (FSFI) в обеих группах

Влечение	220,5000	409,5000	-4,00671	0,000062	-4,01459	0,000060	19	16
Возбуждение	228,0000	402,0000	-3,75836	0,000171	-3,76628	0,000166	19	16
Любрикация	231,5000	398,5000	-3,64246	0,000270	-3,65168	0,000261	19	16
Оргазм	200,5000	429,5000	-4,66898	0,000003	-4,68013	0,000003	19	16
Удовлетворение	206,5000	423,5000	-4,47030	0,000008	-4,48192	0,000007	19	16
Боль	193,5000	436,5000	-4,90077	0,000001	-4,92219	0,000001	19	16

Выводы. У пациенток с подтвержденным диагнозом «бесплодие» (группа 1) наблюдается значительное снижение сексуального функционирования, чем в группе сравнения (группа 2). Нарушение сексуальной функции у обследуемых определялось низкими показателями общего балла опросника ИЖСФ (<26,55), а также шкалами – сексуального влечения, сексуального реагирования (возбуждения, любрикации, оргастичности) и психологической удовлетворенности половой жизнью. Женщины с бесплодием отличаются показателями сниженного полового влечения к своему партнеру, а также отмечают у себя наличие болевого синдрома.

Бесплодие влияет на качество половой жизни – страдающим женщинам свойственна аноргазмия, отсутствие удовлетворенности сексуальной жизнью.

Список литературы

1. Голышкина М.С., Геворгян М.М., Николенко В.Н., Оганесян М.В., Павлюк П.А., Ризаева Н.А., Унанян А.Л. Женское бесплодие как фактор эмоционального расстройства: значение психотерапии в лечении бесплодия // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2020. – № 12. – С. 97-103. (1)
2. Стеняева Н.Н., Хритинин Д.Ф., Чаусов А.А., Григорьев В.Ю. Психосоматические и сексуальные расстройства у женщин с бесплодием в программах вспомогательных репродуктивных технологий // Акушерство и гинекология. – 2018. – № 4. – С. 86-93. (5)
3. Тювина Н.А., Николаевская А.О. Бесплодие и психические расстройства у женщин. Сообщение 1 // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2019. – № 11(4). – С. 117-124. (2)
4. Тювина Н.А., Николаевская А.О. Бесплодие и психические расстройства у женщин. Сообщение 2. // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2020. – № 12(1). – С. 93-99. (4)
5. Хритинин Д.Ф., Гарданова Ж.Р. Психические расстройства у женщин в программе экстракорпорального оплодотворения: дис. д-р. псих. наук: 14.00.18. – М., 2007. – 210 с. (3)

ПОСТКОВИДНЫЙ СИНДРОМ У БОЛЬНЫХ НЕВРОТИЧЕСКИМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Николаевская А.О.¹, Трефилова Д.С.¹, Калинина И.В.²

¹Курский государственный медицинский университет, Курск, Российская Федерация

²ОБУЗ «Курская клиническая психиатрическая больница имени святого великомученика и целителя Пантелеимона», Курск, Российская Федерация

Актуальность. В декабре 2019 г. в городе Ухань (Китай) произошла вспышка новой коронавирусной инфекции (COVID-19), возбудителем которой стал новый вирус SARS-CoV-2 [1, 2]. Масштабы этой инфекции приняли характер пандемии, и число случаев заражения COVID-19 во всем мире, летальных исходов продолжает расти. Кроме того, течение пандемии сопровождается выделением новых штаммов вируса, соответственно, новых данных о влиянии как пандемии, так и непосредственно самого вируса на психическое и

соматическое здоровье человека [3]. Специальная литература отражает исследовательский интерес к последствиям перенесенного коронавируса для психического здоровья индивида [4]. С одной стороны, психическое здоровье человека находится в фокусе неблагоприятного воздействия из-за психогенного воздействия пандемии (ограничительные меры, пропаганда в СМИ, переход на дистантные формы труда и обучения, существенное изменение привычного уклада жизни), с другой – непосредственного прямого воздействия вируса на нервную систему [5].

Цель исследования – охарактеризовать постковидный синдром у больных невротическими психическими расстройствами.

В основу настоящего исследования легли результаты обследования на добровольной основе 40 пациентов дневного стационара № 1 Курской областной психиатрической больницы. Психические расстройства были представлены соматоформными нарушениями (17 больных – 42,5%), рекуррентным депрессивным расстройством (14 больных – 35%), неврастенией (9 больных – 22,5%). В 1-ю группу вошли 20 больных без перенесенного COVID-19, во 2-ю – 20 больных, переболевшие в легкой форме COVID-19.

Ведущими методами исследования стали клинический, психодиагностический с использованием шкалы депрессии Монтгомери-Асберга, шкалы тревоги Гамильтона, шкалы общего клинического впечатления, статистический. Для статистической обработки данных был использован U-критерий Манна-Уитни.

Было установлено, что больные 2-й группы отличаются более выраженными показателями тревоги ($p \leq 0,05$) и депрессии ($p \leq 0,01$). Результаты сравнения обеих групп по шкале общего клинического впечатления (CGI) с использованием критерия χ^2 Пирсона показали, что пациенты 2-й группы значительно отличаются по шкалам умеренного и тяжелого расстройства ($p \leq 0,05$).

Таким образом, лица с невротическими психическими расстройствами, переболевшие в легкой форме SARS-CoV-2, отличаются высокими показателями тревоги, депрессии, показателями умеренного и тяжелого расстройства. Полученные сведения необходимо учитывать при подходах к диагностике и терапии психических расстройств невротического круга.

Список литературы

1. Тювина Н.А., Высокова В.О., Ефремова Е.Н., Лавриненко О.В. Психические нарушения в период пандемии новой коронавирусной инфекции: причины и предрасполагающие факторы. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2022;14(6):33–39.
2. Zhang X., Lewis S., Chen X. et al. Mental health professionals views and the impact of COVID-19 pandemic on implementing digital mental health in China: A nationwide survey study. Internet Interv. 2022 Sep 24;30:100576. doi: 10.1016/j.invent.2022.100576
3. Хасанова Д.Р., Житкова Ю.В., Васкаева Г.Р. Постковидный синдром: обзор знаний о патогенезе, нейропсихиатрических проявлениях и перспективах лечения. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2021;13(3):93-8. doi: 10.14412/2074-2711-2021-3-93-98
4. Lei L., Huang X., Zhang S. et al. Comparison of Prevalence and Associated Factors of Anxiety and Depression Among People Affected by versus People Unaffected by Quarantine During the COVID-19 Epidemic in Southwestern China. Med Sci Monit. 2020 Apr 26;26:e924609. doi: 10.12659/MSM.924609
5. Rodriguez-Munoz A., Antino M., Ruiz-Zorrilla P., Sanz-Vergel A. Los Efectos Psicologicos de la Cuarentena por el COVID-19: Un estudio Longitudinal [Proyecto de Investigacion en Ejecucion]. Madrid: Universidad Complutense; 2020.

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ДЕПРЕССИЙ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

Крылатых В.Ю.

ООО «Центр психосоматической медицины и психотерапии»,
Москва, Российская Федерация

Аннотация. В статье приведена сравнительная характеристика социодемографических, нозологических и клинико-психопатологических характеристик депрессивных расстройств непсихотического уровня у амбулаторных пациентов.

Ключевые слова: депрессия, амбулаторные пациенты, социодемографические характеристики, тревожно-депрессивный синдром.

Актуальность. Большинство страдающих депрессией пациентов обращаются в учреждения амбулаторной помощи [1]. Как показало исследование Rancans E., Zambori J., Dalsgaard M., Vaayen C. et al. (2020) [2], расстройства настроения являются одной из наиболее частых диагностических категорий, выявляемых в первичном медико-санитарном звене. Вместе с тем, фиксируется непрекращающееся увеличение распространенности депрессивных расстройств в амбулаторной практике [1], которые в 2-3 раза чаще не достигают выраженности, присущей большой депрессии, чем соответствуют ее критериям [3]. Однако, несмотря на это, уже наличие легкого или умеренного депрессивного состояния оказывает заметное негативное влияние на качество жизни как самих больных, так и их ближайших родственников, субъективный дистресс у которых нарастает по мере углубления тяжести депрессии у члена семьи [4]. Несмотря на неоспоримое медицинское и социальное значение проблемы, депрессивные расстройства у пациентов первичного уровня психиатрической помощи мало изучены, так как главная часть работ, посвященных их психопатологии и лечению, осуществлялась в стационарных условиях. В литературе опубликованы результаты ограниченного количества исследований, произведенных в выборках амбулаторных пациентов [5].

Целью настоящего исследования было изучение нозологических, социодемографических, клинико-психопатологических характеристик депрессивных расстройств у амбулаторных больных.

Материалы и методы. Было обследовано 134 пациента, проходивших амбулаторное лечение депрессивных состояний. Психопатологическая симптоматика оценивалась клиническими методами и с помощью стандартизированных психометрических шкал: шкалы Гамильтона для оценки депрессии (HDRS – 21), шкалы Гамильтона для оценки тревоги (HARS). Статистическая обработка данных производилась с помощью пакетов прикладных программ Statistica 10 и SAS JMP 11.

Результаты. У амбулаторных пациентов, обратившихся с жалобами на сниженное настроение, согласно критериям МКБ-10, была установлена разная нозологическая принадлежность непсихотических депрессивных состояний, которые в большинстве случаев имели эндогенное происхождение (62,7%, n=84): в рамках псевдоневротической шизофрении (F 21.3) они развились у 38,1% больных (n=51), а в рамках аффективных расстройств (F3) – у 24,6% больных (n=33). К расстройству адаптации (F43.2) было отнесено 37,3% случаев заболевания (n=50).

Аффективные расстройства были представлены следующими диагностическими рубриками МКБ-10: легкий депрессивный эпизод (F32.00) в 2 случаях (1,5%), умеренный депрессивный эпизод (F32.10) в 14 случаях (10,4%), умеренный депрессивный эпизод с соматическими симптомами (F32.11) в 4 случаях (3%), тяжелый депрессивный эпизод (F32.2) в 1 случае (0,7%), рекуррентное депрессивное расстройство, текущий легкий эпизод (F33.00) в 3 случаях (2,2%), рекуррентное депрессивное расстройство, текущий легкий эпизод с соматическими симптомами (F33.01) в 1 случае (0,7%), рекуррентное депрессивное расстройство, текущий умеренный эпизод (F33.10) в 3 случаях (2,2%), рекуррентное

депрессивное расстройство, текущий умеренный эпизод с соматическими симптомами (F33.11) в 4 случаях (3%) и дистимия (F34.1) в 1 случае (0,7%).

Таким образом, среди расстройств настроения преобладали депрессивные эпизоды умеренной степени тяжести (25 из 33 случаев, 75,8%). Легкая степень тяжести была отмечена только у 7 больных из 33 (21,2%): в 5 случаях это были депрессивные эпизоды, в 1 случае – дистимия (уровень HDRS =16,27 ± 2,61).

У больных с псевдоневротической шизофренией тяжелая степень депрессии была выявлена у 15 пациентов (29,4%), в остальных случаях степень тяжести была средней (уровень HDRS 17,39 ± 3,79).

Расстройство адаптации было представлено гораздо чаще пролонгированной депрессивной реакцией (F43.21): 82%, (n=41) и значительно реже – кратковременной депрессивной реакцией (F43.20): n= 9 (8%) (уровень HDRS 12,04 ± 1,44).

Социодемографические характеристики обследуемых пациентов с депрессией в рамках аффективных расстройств (далее – группа 1), в рамках псевдоневротической шизофрении (далее – группа 2) и в рамках расстройства адаптации (далее – группа 3) были идентичными по половой принадлежности. Во всех группах преобладали женщины: в группе 1 их доля составила 87,88%, в группе 2 – 88,24% и в группе 3 – 86,00% (p= 0,9387) .

Множественные попарные сравнения групп показали, что средний возраст в группе 1 (38,18 ± 10,95 лет) и 3 (35,66 ± 8,69 лет) статистически значимо не различался (p=0,8132). Эти больные относились к более старшей возрастной группе по сравнению с пациентами из группы 2 (средний возраст 26,29 ± 6,39 лет), которые были достоверно моложе.

По образовательному уровню группы пациентов не отличались: большинство пациентов во всех группах имело высшее образование: 87,88% в группе 1, 68,63% в группе 2 и 90,00% в группе 3 (p=0,0916) .

По характеру занятости различия между группами также не были найдены (p=0,0532): большинство пациентов были работающими: 54,55% в группе 1, 54,90% в группе 2 и 76,00% в группе 3.

Семейное положение у обследуемых в изучаемых группах статистически отличалось по всем категориям (p≤0,0001). В группе 3 была больше доля лиц, состоящих в браке (50,00% в официальном и 4% в гражданском) и разводе (22%), и меньше всего холостых-22,00%. Похожее соотношение с преобладанием состоящих в браке (39,39% в зарегистрированном и 9,09% в гражданском) над холостыми (24,24%) и разведенными (18,18%) отмечалась в группе 1. В группе 2, наоборот, большинство лиц были холостыми – 62,75%, а в браке состояли 23,53% , в гражданском браке пребывали 11,76% больных, а в разводе было только 1,96%. Вдовы лица были только в группе 1 (9,09%) и в группе 2 – 2,00%.

Сравниваемые группы различались по соотношению выявленных пусковых факторов депрессии (p≤0,0001). В группе 3 триггером чаще всего являлась супружеская измена или развод – в 34,00% случаев, далее следовали проблемы в семье (24,00%), трудности в работе (16,00%), собственные тяжелые заболевания или болезни близких родственников (14%), потерю близкого переживали 10% больных. В группе 1 самыми частыми пусковыми факторами были трудности в работе (30%), проблемы в семье (18,18%), переживание измены или развода (15,15%), тяжелые заболевания или болезни близких родственников (12,12%), со смертью члена семьи столкнулись 6,06% пациентов. В группе 2 больные чаще всего (49,02%) связывали депрессию с угнетающими их проявлениями заболевания (с навязчивостями и различными фобиями), часто они болезненно переживали несостоятельность в учебе или работе (23,53%).

В группе 2 отмечалась более ранняя манифестация заболевания (16,29 ± 4,73 лет) по сравнению с группой 1 (33,73 ± 11,18 года) и группой 3 (35,66 ± 8,69 лет), что подтвердило попарное сравнение рассматриваемых групп (p≤0,0001). В группе 1 и 3 этот показатель значимо не отличался (p=0,6160).

У пациентов в группе 2 была самая большая длительность заболевания ($104,22 \pm 78,10$ мес.), в группе 1 она была почти в два раза меньше ($45,33 \pm 61,85$ мес.), а в группе 3 она составляла $5,70 \pm 5,37$ мес. ($p \leq 0,0001$).

Длительность настоящего депрессивного состояния к моменту обращения в группе 1 ($13,48 \pm 11,58$ мес.) и группе 2 ($13,25 \pm 14,18$ мес.) при их попарном сравнении достоверно не отличалась ($p=0,7070$). Пациенты из группы 3 обратились к врачу значительно быстрее – в среднем через $5,35 \pm 5,11$ месяца (при попарном сравнении группы 1 и 3 уровень $p=0,0013$, для группы 2 и 3 $p=0,0066$ соответственно).

Тревожно-депрессивный синдром был ведущим в выборке обследованных пациентов. Клиническая картина депрессии во всех группах больных характеризовалась выраженным тревожным радикалом: начальный уровень HARS составлял $21,42 \pm 5,83$ в группе 1, $22,31 \pm 5,24$ в группе 2 и $17,46 \pm 3,35$ в группе 3 ($p \leq 0,0001$). Тревога в группе 1 и 2 имела одинаковую интенсивность (согласно попарному сравнению этих групп $p=0,9263$).

Наряду с неспецифической тревогой, у пациентов встречались и ее соматические эквиваленты. Проявления синдрома раздраженного кишечника чаще отмечались в группе 1 ($18,18\%$), вдвое реже: $9,80\%$ – в группе 2, и лишь в $2,00\%$ – в группе 3 ($p=0,0396$).

В группе 2 среднее количество выявленных симптомов было достоверно больше, чем в группах 1 и 3 и составляло $3,29 \pm 0,78$. Они были представлены различными сочетаниями obsessions, ипохондрических проявлений, сверхценных идей отношения, дисморфофобии, дереализации и эпизодических панических атак. Социофобические симптомы преобладали в группе 2 ($23,53\%$) по сравнению с группой 1, где они отмечались в $3,03\%$ случаев ($p=0,0001$). Булимия была представлена во всех группах в единичных случаях: по 1 случаю в группе 1 и в 3 случаях в группе 2 ($p=0,5714$). Количество симптомов в группе 1 составляло $2,45 \pm 0,62$, а в группе 3 – $2,14 \pm 0,50$, достоверных различий при попарном сравнении этих групп по данному показателю не выявлялось ($p=0,1798$).

В составе депрессивных состояний всех нозологических категорий были выявлены суточные колебания настроения: у $54,55\%$ больных в группе 1, у $50,98\%$ больных в группе 2 и у $38,00\%$ в группе 3 ($p=0,2587$). Деперсонализация отмечалась также во всех группах: чаще всего (в $62,00\%$) в группе 2, реже в группе 1 (40%) и в 12% случаев в группе 3 ($p \leq 0,0001$). Витальная тоска имела место у 38% пациентов в группе 2, в $24,4\%$ случаях в группе 1 и у $8,33\%$ больных в группе 3 ($p \leq 0,0001$).

Выводы. Депрессии непсихотического уровня в изученной выборке характеризуются нозологической неоднородностью. Со сравнимой частотой они были диагностированы в рамках псевдоневротической шизофрении (F 21.3) – $38,1\%$ и в рамках расстройства адаптации (F43.2) – $37,3\%$. Несколько реже наблюдались аффективные расстройства (F3) – $24,6\%$. Доминирующим синдромом являлся тревожно-депрессивный.

Средняя степень тяжести депрессии преобладала среди депрессий эндогенной природы. Тяжелой степени депрессивное состояние достигало у трети больных псевдоневротической шизофренией. Состояние больных с расстройством адаптации в подавляющем большинстве случаев представляло собой пролонгированную депрессивную реакцию. Однако, несмотря на выраженность депрессивной симптоматики и ее длительность, для пациентов было характерно откладывать обращение к врачу - около года, в среднем, проходило до этого момента у пациентов с эндогенными депрессиями и около полугода у пациентов с расстройствами адаптации. Выявление в составе изученных депрессивных состояний всех нозологических групп суточных колебаний настроения, деперсонализации и витальной тоски, возможно, свидетельствует об углублении патологического процесса в условиях отсутствия лечения.

Пациенты с псевдоневротической шизофренией отличались более ранним возрастом манифестации болезни – в среднем $16,29 \pm 4,73$ лет, большей длительностью заболевания и полиморфизмом патологических проявлений. Для них самым значимым провоцирующим фактором развития депрессии были невротоподобные проявления заболевания, значительно снижавшие качество их жизни.

Изучение социодемографических параметров обследуемой выборки показало, что среди амбулаторных пациентов с непсихотическими депрессиями преобладают женщины с высшим образованием, работающие. Среди пациентов с аффективными расстройствами и расстройством адаптации число лиц, имеющих семью, преобладает над числом холостых, в то время как в группе больных с псевдоневротической шизофренией это соотношение было обратным, что отражает трудности в межличностных отношениях у этой категории пациентов.

Полученные данные подчеркивают актуальность своевременной и эффективной амбулаторной помощи пациентам с непсихотическими депрессиями.

Список литературы

1. Trends in prevalence of depression in Germany between 2009 and 2017 based on nationwide ambulatory claims data / Steffen A., Thom J., Jacobi F., Holstiege J. // J Affect Disord. – 2020. – 271. – p. 239-247.

2. Intravenous vortioxetine to accelerate onset of effect in major depressive disorder: a 7-day randomized, double-blind, placebo-controlled exploratory study / Rancans E., Zambori J., Dalsgaard M., [et al] / Int Clin Psychopharmacol. – 2020. – 35(6). – p. 305-312.

3. A Structured Approach to Detecting and Treating Depression in Primary Care: VitalSign6 Project / Jha M.K., Grannemann B.D, Trombello J.M. [et al] // Ann Fam Med. – 2019. – 17(4). – p. 326-335.

4. Петрова Н.Н. Непсихотическая депрессия и социальное бремя болезни / Петрова Н.Н., Шатиль М.М. // Неврологический вестник. – 2021. – Т. LIII. – № 2. – С. 26-33.

5. Курсаков, А.А. Характеристика депрессивных состояний у больных первичной медико-санитарной помощи: клинические, нейрокогнитивные, личностные проявления и терапевтические аспекты дисс. ... канд.мед.наук: 14.01.06 / Курсаков А.А. – М., 2017. – 186 с.

НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ОЦЕНКЕ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ ПРИ СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Феоктистова Е.В.

Курский государственный медицинский университет, Курск, Российская Федерация

Актуальность. Артериальная гипертензия (АГ) одно из распространенных и имеющих высокую социальную значимость заболеваний. Распространенность данной патологии составляет 40% и имеет тенденцию к росту среди пожилых людей. Только треть всех пациентов знают о своем заболевании и получают соответствующую терапию. Головной мозг относится к органам-мишеням артериальной гипертензии, при этом его поражение может происходить по разным механизмам [2].

Наличие неконтролируемой артериальной гипертензии в течение продолжительного времени приводит к вторичному поражению головного мозга, основу которого составляют сочетание инфарктов мозга и диффузные поражения белого вещества.

Одним из самых распространенных проявлений сосудистой мозговой патологии являются когнитивные расстройства. В центре внимания специалистов обычно оказывается сосудистая деменция, являющаяся второй по распространенности. В настоящее время в поле зрения специалистов все чаще попадают менее тяжелые когнитивные нарушения, что соответствует общей тенденции современной нейрогериатрии. Термин «сосудистые когнитивные расстройства» был введен для обозначения нарушений высших психических функций, возникающих вследствие цереброваскулярных патологий. Расстройства данной группы имеют характерные особенности, позволяющие отличать их от когнитивных нарушений иного генеза [3].

В классической неврологии принято делить сосудистые нарушения когнитивных функций на возникающие при патологии крупных (атеросклероз, тромбоэмболия) и мелких (гипертоническая болезнь) сосудов.

Существующие исследования показывают, что артериальная гипертензия является фактором риска когнитивных расстройств разной степени выраженности. При этом тяжесть когнитивных нарушений значимо зависит от возраста, стадии заболевания, уровня образования [5].

К высшим психическим функциям (когнитивным) относят память, внимание, речь, праксис (целенаправленная деятельность), гнозис (ориентация, узнавание места и времени), мышление. Выделяют четыре основных взаимодействующих компонента когнитивных функций: 1) восприятие информации (зрительный, слуховой, тактильный гнозис, обоняние, вкус и др.); 2) обработка и анализ информации («исполнительные» функции), которые включают произвольное внимание, обобщение, выявление сходств и различий, формально-логические операции, установление ассоциативных связей, вынесение умозаключений; 3) запоминание и хранение информации (память); 4) обмен информацией, построение и осуществление программы действий – «экспрессивные» функции, к которым относятся речь, навыки целенаправленной двигательной активности (праксис). Эти компоненты формируют мышление и интеллект. Для объяснения интегративной работы головного мозга А.Р. Лурия (1970) предложил структурно-функциональную модель как субстрата психической, включающую три блока:

а) энергетический блок; б) блок приема, переработки и хранения экстероцептивной информации; в) блок программирования, регуляции и контроля сложных форм деятельности. Все высшие психические функции осуществляются при обязательном участии всех трех блоков.

Передние (лобные) отделы мозга являются наиболее уязвимыми при артериальной гипертензии в связи с особенностями кровоснабжения головного мозга [1]. Лобные отделы коры головного мозга играют организующую роль в познавательном процессе и формировании эмоций. В связи с этим когнитивные, эмоциональные и двигательные проявления нарушений функций лобных отделов коры головного мозга являются самыми распространенными при поражении головного мозга как органа-мишени артериальной гипертензии. В свою очередь сосудистые когнитивные расстройства в сочетании с эмоционально-поведенческими, двигательными и другими неврологическими расстройствами составляют ядро клинической картины дисциркуляторной энцефалопатии.

Ведущее место в структуре когнитивных расстройств при артериальной гипертензии занимает нарушение исполнительных функций (управляющих, регуляторных), включающих: целеполагание, устойчивость внимания, переключаемость. Также характерны нарушения памяти легкой и умеренной степени выраженности, в сфере гнозиса и праксиса определяются нарушения пространственных функций, коррелирующие со стадией заболевания, в то время как речь (в отсутствии острых нарушений мозгового кровообращения) не страдает [4]. Кроме того, характерно медленное прогрессирование когнитивных расстройств при артериальной гипертензии.

Целью исследования явилось изучение особенностей праксиса у больных с артериальной гипертензией II и III стадии и разработка рекомендации для коррекции апраксических нарушений у данной категории лиц.

Объект исследования: лица, страдающие артериальной гипертензией.

Предмет исследования: особенности праксиса у пациентов с артериальной гипертензией.

Задачи исследования:

1. Изучить особенности праксиса у больных с АГ II стадии.
2. Изучить особенности праксиса у больных с АГ III стадии.
3. Провести сравнительный анализ особенностей праксиса у больных АГ II и

III стадий.

4. Разработать рекомендации для коррекции апраксических расстройств у пациентов в АГ.

Материал и методы исследования: клинико-психологический (беседа, наблюдение, сбор анамнеза жизни и заболевания), экспериментально-психологический метод (качественная и количественная оценка апраксических нарушений), статистический метод, нейропсихологические пробы для изучения праксиса, разработанные А.Р. Лурия, Е.Д. Хомской, В.В. Захаровым.

Для изучения особенностей кинестетического праксиса:

- праксис позы пальцев;
- воспроизведение позы пальцев рук;
- построение отдельных оральных поз.

Динамического праксиса:

- кулак-ребро-ладонь;
- реципрокная проба;
- графические пробы;
- последовательность оральных действий.

Пространственного праксиса:

- пробы Хеда;
- кубики Кооса;
- рисование «немых» часов.

Регуляторного праксиса:

- вербальное задание на изображение символических действий;
- вербальное задание на изображение действий с воображаемыми предметами;
- пробы с конфликтной инструкцией.

Итого использовалось 13 проб.

Статистический метод исследования включал в себя следующие статистические технологии: 1) описательная статистика 2) сравнительная статистика непараметрический критерий значимости различий U - Манна Уитни. Обработка результатов проводилась с помощью программы STATISTICA 6.0.

Основу работы составляют результаты обследования на добровольной основе экспериментальной группы из 60 пациентов. Из них 42 женщины и 18 мужчин, возраст больных от 50 до 60 лет. Исследуемые были разделены на 2 группы с учетом стадии заболевания. В первую группу вошли 30 респондентов с АГ II стадии, а во вторую группу 30 респондентов с АГ III стадии. Исследованные нами пациенты не имели инсультов, инфарктов, опухолей, инфекций, травм, врожденных аномалий развития головного мозга в анамнезе. Длительность заболевания от 5 до 10 лет. Форма проведения исследования индивидуальная.

Результаты. В ходе проведенного исследования было выявлено, что в пробах на оценку кинестетической организации двигательных актов были выявлены различия на высоком уровне статистической значимости ($p=0,000000$). При выполнении пробы «праксис позы (пальцев руки)» выявлены незначительные нарушения у больных, имеющих III стадию артериальной гипертензии (основная группа), в то время как пациенты, страдающие II стадией артериальной гипертензии (контрольная группа), не испытывали затруднений. Характер ошибок пациентов основной группы заключался в увеличении времени затраченного на поиск необходимого положения пальцев руки. Кроме того, отмечается утяжеление характера нарушений кинестетического праксиса у больных основной группы по сравнению с пациентами контрольной группы, фиксируемые при выполнении пробы «перенос позы (по кинестетическому образцу)». В отсутствии зрительного контроля у испытуемых в обеих группах возникают трудности в идентификации своих кинестетических ощущений, при этом в контрольной группе преобладают легкие нарушения, в то время как в

основной выявленные нарушения соответствуют умеренным. В пробах на «построение оральных поз» полученные результаты свидетельствуют о наличии нарушений легкой степени выраженности в основной группе при их отсутствии в контрольной. Для пациентов, страдающих II стадией артериальной гипертензии, характерным является увеличение времени поиска заданной позы, а для III стадии артериальной гипертензии – в целом нечеткое выполнении пробы.

При исследовании динамической организации двигательных актов выявлены различия на высоком уровне статистической значимости ($p=0,004531$). В пробе «кулак-ребро-ладонь» у пациентов, страдающих II стадией артериальной гипертензии, преобладали нарушения легкой степени выраженности, в то время как при III стадии артериальной гипертензии к ним присоединяются нарушения умеренной степени выраженности. У пациентов в обеих группах отмечалось замедление темпа выполнения задания, кроме того, в основной группе также была нарушена плавность и автоматизация последовательности движений. В пробах на реципрокную координацию и «последовательность оральных поз» отмечались ошибки аналогичные выше названным. В графических пробах («забор») в обеих группах наблюдалось замедление темпа, микрография, макрография, раздробление элементов, у больных основной группы наряду с вышеперечисленными нарушениями отмечалась выраженная инертность и персеверации.

Обнаружены различия на высоком уровне статистической значимости ($p=0,000388$) при исследовании пространственной организации двигательного акта. Результаты выполнения «проб Хеда», «кубики Кооса», «рисование часов» демонстрируют увеличение тяжести нарушений у больных с АГ III стадии по сравнению с больными АГ II стадии. В обеих группах отмечалось замедление темпа выполнения проб, при этом у пациентов основной группы также отмечались ошибки по типу «зеркальности», а также нарушение целостности круга, неправильное расположение цифр и стрелок, воспроизведение части цифр, микрография и макрография (в пробе «рисование часов»)

При исследовании регуляторного праксиса значимые различия выявлены в методике «пробы с конфликтной инструкций» ($p=0,000036$). У больных контрольной группы были выявлены легкие расстройства, проявляющиеся в увеличении времени выполнения задания, у больных основной группы ошибки характеризовались общим увеличением времени, затрачиваемого на выполнение задания, а также эхопраксиями.

Выводы:

1. Для пациентов, страдающих артериальной гипертензией II стадии, характерным является наличие нарушения легкой степени выраженности, выявляемые при исследовании кинестетической, динамической, оптико-пространственной организации двигательных актов. При исследовании регуляторного праксиса выявлено отсутствие нарушений.

2. Для пациентов, страдающих артериальной гипертензией III стадии, характерным является преобладание умеренных нарушений, проявляющихся при выполнении проб, направленных на исследование кинестетического, кинетического и пространственного праксиса, а также нарушения легкой степени выраженности, обнаруживающиеся в пробах на регуляторный праксис.

3. Результаты исследования выявили увеличение тяжести нарушений в основной группе (больные с АГ III стадии) по сравнению с контрольной группой (больные с АГ II стадии). Ошибки в обеих группах носили характер увеличения времени выполнения задания. При прогрессировании заболевания появлялись: нарушение автоматизации двигательных актов, персеверации, эхопраксии, нарушение кинестетической афферентации, а также нарушения пространственной организации движений. Таким образом, утяжеление заболевания ведет к более выраженному нарушению различных форм праксиса.

4. На основании полученных данных были разработаны рекомендации по коррекции выявленных нарушений с учетом нарушенных и сохранных звеньев построения сложных форм двигательных актов.

Список литературы

1. Вахнина, Н.В. Когнитивные нарушения при артериальной гипертензии. Медицинский совет. – 2015;5:34-39.
2. Емелин, А.Ю. Когнитивные нарушения при цереброваскулярной болезни – что между нормой и деменцией? Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2015;(1):94-98.
3. Житкова, Ю.В. Морфофункциональные основы развития сосудистых когнитивных и эмоциональных расстройств. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2017;9(2):40-45.
4. Кулеш А.А, Шестаков В.В. Сосудистые недементные когнитивные нарушения: диагноз, прогноз, лечение и профилактика. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2017;9(3):68-75.
5. Старчина Ю.А. Недементные когнитивные нарушения: современный взгляд на проблему. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2017;9(2):71-76.

ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ СФЕРА ЖЕНЩИН С ОТЯГОЩЕННЫМ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИМ АНАМНЕЗОМ

Николаевская А.О., Шкодова А.А.

Курский государственный медицинский университет, Курск, Российская Федерация

Актуальность. В современной научной литературе особую актуальность приобретает тема важности охраны репродуктивного здоровья [1, 2]. В научных работах обсуждаются такие вопросы, как репродуктивное поведение, технологии охраны репродуктивного здоровья, проблема социального и биологического отцовства и материнства, проблема бесплодия, проблема социального сиротства, бездетная позиция «чайлдфри», экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО) [3]. Тема аборта и контрацепции на данный момент считается табуированной и часто обходится стороной учеными [4, 5]. Целенаправленные исследования эмоциональной сферы девушек, имеющих осложненный акушерско-гинекологический анамнез, в настоящее время единичны. Проявления постабортного синдрома недостаточно описаны в научных публикациях молодых ученых. Однако широкая распространенность абортов, их опасность в плане соматического здоровья и выраженность психологических последствий делают эту проблему крайне актуальной [6].

Цель исследования. Изучение эмоциональной сферы женщин с осложненным акушерско-гинекологическим анамнезом.

Материалы и методы исследования. Настоящее пилотное исследование проводилось на базе ОБУЗ «Курский городской клинический родильный дом». Выборку исследования составили 30 женщин с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом (ОАГА). Обследованные были разделены на 2 группы: 1-я группа – основная (15 женщин, совершившим в анамнезе аборт по желанию женщины), 2-я группа – контрольная, куда вошли 15 женщин с самопроизвольным абортом. Возраст обследованных женщин составил от 19 до 38 лет. Анализируемые пациентки были схожи по социально-демографическим характеристикам. Беременности в обеих группах были желанные.

Ведущими методами исследования составили клинико-психологический метод, который включил в себя клиническую беседу, мониторинг за поведением обследуемых, экспериментально-психологический метод с использованием психодиагностических методик «Шкала депрессии Бека», «Оценка влияния травматического события» в адаптации Н.В. Тарабриной, «Миссисипская шкала для оценки посттравматических реакций», опросник Линды Кохрейн «Постабортный синдром». Все расчеты проводились с использованием

пакета STATISTICA 8.0 StatSoft, были использованы методы статистического анализа данных: t-Критерий Стьюдента, коэффициент ранговой корреляции Спирмена, U-критерий Манна-Уитни.

Результаты исследования. В ходе исследования была получена достоверная на высоком уровне значимости статистическая взаимосвязь ($p\text{-level}<0,001$) депрессивных проявлений легкой степени у пациенток основной группы и умеренной степени тяжести выявленных по «Шкале депрессии Бека» у женщин контрольной группы. Умеренная обратная статистическая взаимосвязь ($p\text{-level}<0,05$) депрессивных проявлений с давностью прерывания беременности у пациенток обеих групп.

Анализ данных, полученных в ходе исследования, выраженности эмоционального переживания травматических событий и ситуаций с использованием «Миссисипской шкалы для оценки посттравматических реакций» не выявил статистических закономерностей у пациенток в обеих группах, однако балльная оценка переживаний травматического события с показаниями к искусственному прерыванию беременности у пациенток была достоверно высока ($p<0,001$).

В результате анализа данных, полученных в ходе проведения опроса «Постабортный синдром» Линды Кохрейн, была получена достоверная обратная статистическая взаимосвязь ($p<0,05$) наличия постабортного синдрома у пациенток контрольной группы.

Выводы. Прерывание беременности, как по желанию женщины, так и по медицинским показаниям, является травматическим опытом в жизни большинства респондентов настоящего исследования. Пациентки с ОАГА в анамнезе отличаются патологически измененным эмоциональным состоянием, соответствующим легкому уровню депрессии при совершении аборта по желанию женщины и умеренной степени тяжести депрессии при самопроизвольном аборте. По мере отдаления во времени опыта аборта у обследованных женщин отмечалось сглаживание проявлений депрессивного синдрома. Независимо от природы аборта, он являлся травматическим опытом для пациенток в обеих группах. Для женщин с самопроизвольным абортом последний имел меньшую степень выраженности в контексте клинических проявлений постабортного синдрома.

Список литературы

1. Галиева Э.Р. Репродуктивное поведение: теоретические подходы и современные сценарии // Казанский социально-гуманитарный вестник. – 2022. – № 2 (53) – С. 23-28.
2. Карымова, О.С. Факторы бесплодия и пол личности в особенностях репродуктивной установки [Электронный ресурс] / Карымова О.С. // Азимут научных исследований: педагогика и психология, 2016. – Т. 5, № 3. – С. 267-269. – 3 с.
3. Николаевская А.О., Севостьянов О.В. Постабортный синдром у женщин со вторичным бесплодием / В сборнике: Актуальные проблемы психиатрии, наркологии и медицинской психологии. Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, посвященной памяти профессора А.В. Погосова (с использованием дистанционных технологий). Под редакцией В.А. Липатова. Курск, 2022. – С. 157-159.
4. Николаевская А.О., Тювина Н.А. Характеристика менструальной функции психически здоровых и психически больных женщин с первичным бесплодием / В сборнике: Актуальные проблемы психиатрии, наркологии и медицинской психологии. Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, посвященной памяти профессора А.В. Погосова (с использованием дистанционных технологий). Под редакцией В.А. Липатова. Курск, 2022. – С. 137-139.
5. Саввина О.В. Деторождение: от прежних табу до технологии улучшения человека: прошлое, настоящее и будущее медицинских вмешательств в репродукцию человека. – М.: Ленанд, 2018. – 200 с.

6. Тювина Н.А., Балабанова В.В., Николаевская А.О. Психосоматические механизмы идиопатического бесплодия: клинические наблюдения. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2023;15(1):77–82. DOI: 10.14412/2074-2711-2023-1-77-82

ПРОБЛЕМА ПЕРВОГО ПСИХОТИЧЕСКОГО ЭПИЗОДА В ПСИХИАТРИИ И КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

Щетинина Е.В.

Психиатрическая клиническая больница № 1 им. Н.А. Алексеева,
Москва, Российская Федерация

Пациенты, перенесшие первый психотический эпизод, представляют собой, как правило, группу молодых людей от 18 до 35 лет, которые впервые столкнулись с психозом или давность их заболевания не превышает 5 лет и может включать себя не более трех госпитализаций. Повышенный интерес к данной категории пациентов продиктован несомненной важностью психофармакологического и психотерапевтического вмешательства на ранних, впервые выявленных, этапах психического заболевания, что позволяет специалистам обеспечить пациентам продолжительную ремиссию, сохранить достойное качество жизни и социальное функционирование. Отделение пациентов с первым психотическим эпизодом от остальной массы пациентов, длительно страдающих психическими расстройствами (здесь и далее подразумеваются расстройства психики психотического уровня, а именно диагнозы F20-F29, F30-F31), подразумевает наличие у первых высокого реабилитационного потенциала. Известный догмат о том, что заболевание легче предупредить, чем лечить, находит здесь свое отражение.

Раннее выявление и лечение первого психотического состояния приводит к минимизации психосоциального стресса и негативного влияния болезни, способствует более благоприятному течению и социальному восстановлению пациентов. С учетом этих данных во многих странах мира создаются клиники первого психотического эпизода. Первая подобная клиника с ноября 2000 года существует в Московском НИИ психиатрии МЗ РФ. За минувшие двадцать с лишним лет клиники первого психотического эпизода были организованы при психиатрических больницах ряда городов России. В данных подразделениях, включающих в себя стационар, полустационарное отделение (дневной стационар), диспансерное наблюдение, создается благоприятная терапевтическая среда, применяются наиболее современные подходы к лечению, пациентам предоставлен широкий спектр психосоциальных мероприятий. Работа специалистов направлена на формирование преимущества лечению у пациентов. Этапы лечения в клинике первого эпизода (стационар, дневной стационар и амбулаторный кабинет) соответствуют стадиям психического расстройства. В острой фазе пациенту требуется помощь и круглосуточное наблюдение в рамках стационара, на стадии стабилизации пациент может быть выписан в дневной стационар, где будет продолжаться наблюдение до наступления ремиссии [7].

Общая концепция безумия существовала на протяжении тысячелетий, однако впервые шизофрения, как самостоятельная нозологическая единица, была описана в работах В.Х. Кандинского в его знаменитом научном труде «О псевдогаллюцинациях» и именовалась «идеофренией». Спустя время французский психиатр Э. Крепелин также выделил шизофрению, названную ранее Б. Моррелем *dementia praecox* («ранее слабоумие»), в отдельное психическое расстройство. Сам термин «шизофрения» впервые был употреблен швейцарским психиатром Э. Блейером в 1908 году, под этим понятием он подразумевал самостоятельное заболевание в отличие от деменции. Э. Блейер емко сформулировал основные, ведущие критерии диагностики этого заболевания, назвав их

«четыре «а»: аутизм, амбивалентность (эмоциональная, волевая и интеллектуальная), аффект, нарушение ассоциаций.

В настоящее время доминирует холистический подход в понимании природы психических расстройств (биопсихосоциальная концепция психических заболеваний), основанный на следующих моделях этиопатогенеза: «диатез-стресс-модели» и адаптационно-компенсаторной модели. Холистический подход позволяет понять природу болезни более разносторонне, учесть все факторы от генетики до социального окружения. Со стремительным развитием генетики во второй половине XX века взгляд ученых на этиологию шизофрении был радикальным, хотя еще в 1911 г. Э. Блейер отмечал вклад социального фактора в генез шизофрении и писал: «повседневные трудности повседневной жизни могут, в конце концов, расшатать неустойчивое равновесие».

В лонгитюдных исследованиях О.И. Осокиной прослеживается взаимосвязь между неблагоприятным прогнозом заболевания и следующими факторами: неблагоприятные социально-бытовые, материальные условия жизни пациента, принадлежность к мужскому полу, принадлежность к некоторым этническим меньшинствам (что, по мнению авторов, также связано с тяжелым социальным положением), наличие депрессивных эпизодов, наличие суицидального поведения в анамнезе, неаффективный характер психоза, низкий уровень образования, а также безработица [3].

В эпидемиологических исследованиях отмечается, что средний срок от начала заболевания до обращения за психиатрической помощью составляет около 1 года и только 1/3 больных попадает в поле зрения психиатров в течение первых двух месяцев. Согласно данным авторов, длительность продромального периода составляет в среднем от 8,5 месяцев до 5,5 лет (период с появления малейших психопатологических симптомов до манифестного психоза) [8]. Ранние признаки психического расстройства могут быть трудны для понимания больного, ранее не обращавшегося за психиатрической помощью, и могут характеризоваться крайней полиморфностью, однако наиболее патогномичными являются симптомы психического отчуждения (дереализация, деперсонализация, феномены «дежавю» и «жамевю», психические автоматизмы и прочее). Начальный этап психоза во многом определяет дальнейшее течение заболевания.

В последние годы предметом множества научных изысканий становится исследование ранних признаков психических расстройств еще на продромальном этапе, предшествующим дебюту заболевания. Интерес к этому очевиден и обусловлен первостепенной задачей предотвращения зарождающегося психического расстройства, способного повлечь за собой необратимые тяжелые последствия вплоть до инвалидизации и порой летальных исходов больных. Во многих исследованиях прослеживается отчетливая связь между длительным периодом нелеченного психоза и низкой эффективностью последующего лечения. Раннее выявление и лечение психотических расстройств оказывает протективное действие на головной мозг, защищает от разрушительного воздействия, предупреждает стремительную хронификацию болезни. Выделение больных с первым психотическим эпизодом, как было отмечено выше, не превышающих пятилетний срок заболевания, предполагает систематическое, комплексное воздействие со стороны лечебных и реабилитационных мер (психофармакотерапия, психообразование пациентов и их родственников, психотерапия, психокоррекция негативных симптомов), с целью предотвратить биологическое, социальное и психологическое ухудшение. Одним из показателей эффективности данных мероприятий является отсутствие смены лекарств и отсутствие повторных госпитализаций в течение года [2; 4; 5; 6].

Психосоциальная терапия (психосоциальная реабилитация) входит в основные клинические рекомендации по ведению пациентов с диагнозом «шизофрения» и представляет собой наряду с психофармакотерапией необходимую и неотъемлемую стратегию лечения. Психореабилитационные мероприятия могут быть присоединены на

любом этапе оказания помощи больному (но вне острых состояний). «Чем раньше по отношению к началу заболевания начинаются психосоциальные мероприятия, тем скорее можно рассчитывать на благоприятный исход» [1].

Список литературы

1. Клинические рекомендации. Диагностика и лечение шизофрении. З.И. Кекелидзе, Н.Г. Незнанов. – 2014.
2. Незнанов Н.Г. Первый психотический эпизод: эпидемиологические аспекты организации помощи / Н.Г. Незнанов, А.Б. Шмуклер, Г.П. Костюк, А.Г. Софронов // Социальная и клиническая психиатрия. – 2018. – Том 28, № 3.
3. Осокина О.И. «Психопатологический анализ и трансформация синдрома психического отчуждения на продромальном этапе шизофрении и этапе первого манифестного приступа».
4. Первый психотический эпизод (проблемы и психиатрическая помощь) под ред. И.Я. Гуровича, А.Б. Шмуклера. – М.: ИД «Медпрактика-М». – 2010.
5. Первый психотический эпизод: эпидемиологические аспекты организации помощи. Н.Г. Незнанов, А.Б. Шмуклер, Г.П. Костюк, А.Г. Софронов и исследовательская группа. – 2016. – Т. 26, № 4.
6. Психосоциальная реабилитационная программа «Психообразование пациентов с первым психотическим эпизодом в условиях стационара», методические рекомендации / под общ. ред. Г.П. Костюка. – М.: «КДУ», «Университетская книга», 2019.
7. Психосоциальная реабилитационная программа «Психообразование пациентов с первым психотическим эпизодом в условиях стационара», методические рекомендации / под общ. ред. Г.П. Костюка. – М.: «КДУ», «Университетская книга», 2019.
8. Шмуклер А.Б. Комплексная помощь пациентам с впервые возникшим психотическим состоянием / А.Б. Шмуклер // В сборнике: Психическое здоровье человека и общества. Актуальные междисциплинарные проблемы. Научно-практическая конференция. Сборник материалов / под ред. Г.П. Костюка. – М., 2018.

CHANGES OF ACTIVITY OF SPECIFIC ADAPTER PROTEINS IN HUMANIZED RAT'S HIPPOCAMPUS DURING EXPERIMENTAL MODEL OF SCHIZOPHRENIA

Oganesyan A.A.

Yerevan State Medical University after Mkhitar Heratsi, Department of Endocrinology, Yerevan, Armenia

Relevance. Relevance of pharmacological targets of treatment of terminal psychopathological states is an important issue for modern medical science, molecular biology and medical biochemistry. There are more questions, than answers in area of treatment of terminal psychopathological states, which makes more difficult to prevent suicide and stimulate recovery of those kind of patients. There are various theories which are created to describe the pathogenesis of psychological diseases, but no one is able to give the full vision in the axis of development and progression of disease. Dominant theory is associated with dysfunction of migration and differentiation of mirror neurons, which are responsible for psychological development, socialization and formation of basis of intellectual functions[1]. Nobel Prize in Physiology or Medicine of 2014 was awarded to the three scientists for discovery of subtypes of mirror neurons of hippocampus and pre-frontal cortex. Like other neurons, this subtype of brain cells are possessing unique sensitivity against hormones, because insulin, insulin like growth factor-1, dehydroepiandrosterone and dehydroepiandrosterone sulfate are playing the role of neurotrophic factors for mirror neurons and they are essential to struggle against apoptosis inducing influences[2]. Damage of activity of mirror neurons is associated with wide range of psychological diseases including gambling, suicide, bipolar disorder, schizophrenia and autism spectrum

disorders. Levels of specific adapter proteins including CYFIP1/2, NUFIP1/2, FMR1, PHF8, TOLLIP, IL-1RAP, IL-1RAPL1/IL-1RAPL2 are decreased in mirror neurons, which makes them more fragile in process of resistance against above mentioned damage inducing factors[3]. Therefore, these proteins are potential pharmacological target for treatment due to the fact, that upregulation of their level in brain recovers some of psychological functions of impaired brain. Sometimes usage of certain type of anti-psychotic medication improves from several symptoms of certain terminal psycho-pathology, while in parallel downregulation of expression of above mentioned proteins stimulates later progression of disease. From this point of view, upregulation of these proteins in brain gives more chances to struggle against psychological diseases.

Purpose of Research. Purpose of research was to find out changes of specific adapter proteins and neurosteroids in humanized rats' hippocampus during experimental model of schizophrenia. Humanization was performed by injection of NANOG positive cord blood stem cells from 17th week of pregnancy for development of humanized form of hippocampus. Methylazoxymethanol acetate model was chosen due to the fact of shrinkage of DNA synthesis, which is closer to the pathophysiology of development of schizophrenia. TOLLIP and IL-1Rap proteins, DHEA and DHEA-S neurohormones were chosen as a potential mechanism of pharmacological target for treatment of rapid progression of schizophrenia.

Materials And Methods. Experiments were carried out on 32 white male rats (n=8). Humanization was performed by injection of NANOG positive cord blood stem cells from 17th week of pregnancy for development of humanized form of hippocampus. After birth of humanized generation, under Nembutal anesthesia, 30 µM methylazoxymethanol acetate was injected to both ventricles for development of the model of schizophrenia. All procedures including decapitation was performed under injection of 40mg/kg Nembutal for anesthesia. Determination of levels of TOLLIP and IL-1Rap proteins in hippocampus was performed by ELISA analysis. Determination of DHEA and DHEA-S hormones in hippocampus was performed by ELISA analysis. Statistics was performed by SPSS 21.0 program

Results. Results are marking that TOLLIP protein level decreased by 62% 77.3% and 84% during experiment, while the level of IL-1Rap (IL-1 receptor accessory protein) decreased by 55% 71.1% and 78% on 40th 60th and 90th days ($p < 0.02$). From the other hand DHEA neurohormone decreased by 42.2% on 90th day, while DHEA-S neurohormone decreased by 33% 56.1% and 62% during experiment ($p < 0.001$)

Conclusion. Development of specific small molecule drug candidates for treatment of terminal psycho-pathological states is strictly associated with correctly chosen targets as well as above mentioned adapters and neurohormones which are regulating their expression. On the other hand the decrease of expression of TOLLIP adapter protein remarks about significance of mechanisms of defense against damage inducing states as well as hallucinations and aggression during schizophrenia.

Список литературы

1. Leone A. Reduced Mirror Neuron Activity in Schizophrenia and Its Association With Theory of Mind Deficits: Evidence From a Transcranial Magnetic Stimulation Study/Leone A.//Schizophrenia Bulletin-2017-V40(5)-p1083-1094.
2. Szablewski L. Insulin and Insulin Resistance in Alzheimer's Disease/ Szablewski L.//International Journal Of Molecular Sciences -2021-V22(18)-p998-1014.
3. Rando S. Liaci C. Neuronal Cytoskeleton in Intellectual Disability: From Systems Biology and Modeling to Therapeutic Opportunities/ Rando S. Liaci C. //International Journal Of Molecular Sciences-2021-V22(11)-p616-633.
4. Barret O. Fragile X Mental Retardation Protein and Cerebral Expression of Metabotropic Glutamate Receptor Subtype 5 in Men with Fragile X Syndrome: A Pilot Study / Barret O. // Brain Sciences-2022-V12(3)-p314-321.

CHANGES OF ACTIVITY OF DNA REPAIR ENZYMES IN HUMANIZED RATS BRAIN DURING EXPERIMENTAL MODEL OF SCHIZOPHRENIA

Oganesyan A.A.

Yerevan State Medical University after Mkhitar Heratsi, Department of Endocrinology, Yerevan, Armenia

Relevance. Revealing the mechanisms of development and progression of terminal psycho-pathological states is an important issue of modern molecular biology, genetics and medicine[1]. Each of mechanisms are involved in specific pathways of development of specific subtype of terminal psychopathological state, which makes more difficult to find out orchestrating pathway of development and progression of schizophrenia, bipolar disease and autism spectrum disorders[2]. It is still a big question the each subtype of mechanisms of development and progression of current diseases which makes the process of pharmacotherapy less effective. There are wide spectrum risk factors which are increasing risk of development and progression of terminal psychopathological states, most of which is connected with epigenetic errors in brain. Epigenetic errors are associated with shrinkage of activity of specific enzymes which can be described by their low levels of synthesis in whole[3]. Epigenetic changes are impairing the expression of proteins which are responsible for neural networking, synaptogenesis and differentiation of specific subtype of neurons which are known as mirror neurons. Mirror neurons are responsible for psychological development, networking and interaction with society. Mirror neurons are presented in pre-frontal cortex and hippocampus of brain which makes this parts of brain more important from the point of view of development of neurological diseases[4]. Mirror neurons are extremely sensitive from the influence of damage inducing factors, including lack of neurotrophic factors, aggregation of unfolded proteins, gestational diabetes, high levels of homocysteine and 3-deoxyglucose. Each of risk factors increases specific amount of risk of development and progression of current subtypes of diseases via disruption of specific pathway of signal transduction. From the other hand each of this pathways is believed to be a pharmacological target for treatment of disease of interest, while not all drug candidates can prove an expectable result at the end of therapy. This is connected with determination of fake pathway of action, lack of target specific binding of small molecule drug candidates.

Purpose of Research. Purpose of research was to find out dynamics of changes of activity of specific enzymes and relationship with changes of levels of specific steroid hormones as well as dehydroepiandrosterone and dehydroepiandrosterone sulfate. Disruption of interaction between neurohormones and specific cellular mechanisms of DNA repair significantly increases risk of development of mental diseases. Purpose of research was to find out the changes of mechanism of DNA repair via interaction of specific proteins as well as LRDD, Caspase 2 and XRCC7(DNA-PKcs) in humanized rats hippocampus during experimental model of schizophrenia in humanized rat's line. Current proteins are interacting with each other for DNA repair, while elevation of LRDD or only Caspase 2 triggers cell death. Caspase 2 is believed to be an initiator of apoptosis via converting of BID protein to its tBID isoform which initiates the mechanisms of cellular execution. Current mechanism plays important role in pathogenesis of brain diseases due to the fact that under influence of pTau isoform and $A\beta$ neuronal death is initiated. Each episode of psychosis increases risk of shrinkage of DNA repair mechanisms and development of treatment resistant form of disease.

Materials And Methods. Experiments were carried out on 40 white male rats (n=10). Humanization was performed by injection of NANOG positive cord blood stem cells form 17th week of pregnancy for development of humanized form of hippocampus. After birth of humanized generation, under Nembutal anesthesia, 30 μ M methylazoxymethanol acetate was injected to both ventricles for development of the model of schizophrenia. All procedures including decapitation was performed under injection of 40mg/kg Nembutal for anesthesia. Determination of levels of

Caspase 2, LRDD and XRCC7 (DNA-PKcs) proteins in hippocampus was performed by ELISA analysis. Determination of DHEA and DHEA-S hormones in hippocampus was performed by ELISA analysis. Statistics was performed by SPSS 21.0 program

Results. Results are marking that Caspase 2 activity increased by 57% 71.1% and 77% during experiment, while LRDD protein level increased by 50% on 90th day of experiment($p < 0.05$). From the other side of view, the levels of DNA dependent protein kinase catalytic subunit or (XRCC7) decreased by 32% 56.2% and 67.4% during experiment($p < 0.02$). From the other hand DHEA hormone level decreased by 40% 44.25% and 63% on 40th 60th and 90th days, while DHEA-S decreased by 33% on 90th day of experiment($p < 0.02$)

Conclusion. Decrease of activity of DNA repair mechanisms with shrinkage of interaction with specific neurohormones as well as neurotrophic factors, IGF-1 and neurosteroids increases risk of development and progression of psychosis and terminal psychopathologies. The decrease of DHEA and DHEA-S during experiment and shrinkage of their levels in later stages of experiment testifies about the fact that neurohormones are controlling the process of differentiation of brain cells and preventing shrinkage of brain activity via induction of DNA repair mechanisms. From the other hand increase of activity of executioner caspase 2 and pro-apoptotic protein LRDD marks their role as potential pharmacologic targets for treatment of terminal psychopathologies due to the fact of stimulation of survival of key subtype of neurons which are called mirror neurons

Список литературы

1. Lutz P. Neuropathology of suicide: recent findings and future directions / Lutz P. // *Molecular Psychiatry*-2017-V22(10). – P. 1395-1412.
2. Sandu E. Molecular mechanisms underlying neurodevelopmental disorders, ADHD and autism / Sandu E. // *Romanian Journal Of Morphology And Embryology*-2016-V57(2). – P. 361-366.
3. Cheng H. Genetics and epigenetics of autism/ Cheng H. // *Psychiatry And Clinical Neurosciences*-2018-V72(4). – P. 228-244.
4. Tindle R. Social decision making in autism: On the impact of mirror neurons, motor control, and imitative behaviors / Tindle R. // *CNS neuroscience & therapeutics*-2018-V24(8). – P. 669-676.

Раздел III. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ТЕРАПИИ ПОГРАНИЧНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

К ВОПРОСУ О ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ РАССТРОЙСТВ ДЕПРЕССИВНОГО СПЕКТРА

Станько Э.П.

Гродненский государственный медицинский университет

Резюме. Разработка научно-обоснованных подходов к диагностике психических расстройств с использованием клинично-психопатологического метода исследования при отсутствии дополнительных маркеров диагностики нередко вызывает определенные трудности.

Результаты обследования 90 пациентов с депрессией органической этиологии, депрессивным эпизодом и невротической депрессией указали на определенные трудности при оценке и интерпретации феноменологически схожих расстройств депрессивного спектра и показали необходимость разработки объективной оценки выявленных психопатологических расстройств, включающей комплексное использование клинично-психопатологического и психологического методов обследования, а также биологических маркеров, чувствительных к расстройствам депрессивного спектра.

Разработка объективной оценки расстройств депрессивного спектра является проблемой современной психиатрии, решение которой будет способствовать повышению точности диагностики психических расстройств и появлению новых методов их лечения.

Ключевые слова: расстройства депрессивного спектра, диагностика.

ON THE DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF DEPRESSIVE SPECTRUM DISORDERS

Stanko E.P.

Grodno State Medical University

Summary. The development of evidence-based approaches to the diagnosis of psychiatric disorders using clinical and psychopathological research methods in the absence of additional diagnostic markers is often challenging.

The results of the study of 90 patients with depression of organic etiology, depressive episode and neurotic depression indicated certain difficulties in the evaluation and interpretation of phenomenologically similar disorders of the depressive spectrum and showed the need to develop an objective assessment of the revealed psychopathological disorders, including the integrated use of clinical and psychological methods of examination, as well as biological markers sensitive to disorders of the depressive spectrum.

The development of objective assessment of depressive spectrum disorders is a problem in modern psychiatry, the solution of which will contribute to improving the accuracy of diagnosis of mental disorders and the emergence of new methods for their treatment.

Key words: depressive spectrum disorders, diagnosis.

Введение. Проблема дифференциальной диагностики расстройств депрессивного спектра (РДС) в последнее время приобретает особую значимость вследствие их распространенности среди населения и пациентов общемедицинской сети в частности [1]. Встречаемость депрессий среди других психических расстройств достаточно высокая. Они встречаются при дегенеративно-дистрофических органических психических расстройствах, невротических, в том числе реакциях на тяжелый стресс, аддиктивных и т.д. Клиническая разнородность депрессивных расстройств, с одной стороны и их сходство с другой, вызывают определенные трудности при постановке диагноза [2].

Методами диагностики РДС являются клинико-психопатологическое обследование и методы психологической диагностики. При этом каждый специалист имеет уровень профессиональной подготовки, определяющий его долю субъективности в трактовке болезненного состояния пациента, что требует разработки диагностических подходов, позволяющих объективно улучшить диагностику РДС и внести ясность в само их понимание [3].

Разработка научно-обоснованных подходов к диагностике психических расстройств при отсутствии дополнительных маркеров диагностики нередко вызывает определенные трудности. Считаем рациональным использование чувствительных к РДС биологических маркеров. Особый интерес вызывает применение, в частности, мозгового нейротрофического фактора и других маркеров до, во время и после лечения, что может способствовать пониманию патогенеза и объективной диагностике болезненных состояний [4, 5].

Материалы и методы. Обследовано 90 пациентов с РДС мужского и женского пола, добровольно согласившихся на участие в исследовании в период с 2020-2022 гг. на базе УЗ «Гродненский областной клинический центр «Психиатрия-наркология». Критериями исключения были связь между употреблением психоактивных веществ и РДС, декомпенсация состояния вследствие соматического либо иного заболевания, наличие в анамнезе маниакальных симптомов. Средний возраст обследуемых составил $36,4 \pm 6,5$ года.

В ходе исследования пациенты были разделены на 3 группы:

1. С впервые выявленным депрессивным расстройством органической природы (F06.32; МКБ-10), всего (n=30);
2. С впервые выявленным депрессивным эпизодом (F32.0, F32.1; МКБ-10), всего (n=30);
3. С депрессивными расстройствами невротического уровня (дистимия, смешанное тревожное и депрессивное расстройство, кратковременная и пролонгированная депрессивная реакция, смешанная тревожная и депрессивная реакция (F34.1, F 41.2, F43.20, F43.21, F43.22; МКБ-10), всего (n=30).

Основным методом исследования был клинико-психопатологический. С целью объективизации полученных данных использовался метод психологической диагностики с применением психометрической оценки выраженности тревоги и депрессии. Экспресс-скрининг для оценки уровня тревоги и депрессии проводился с использованием госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS). Количественная оценка состояния пациентов с РДС до, во время и после лечения осуществлялась с помощью шкалы Гамильтона для оценки депрессии (HRDS) и оценки тревоги (HARS).

Статистический анализ результатов осуществляли с использованием статистических программных пакетов Statistica 10.0 (лицензионный номер SN AXAR207F394425FA-Q), открытой статистической платформы Jamovi при значимом уровне достоверности $p < 0,05$. Для оценки различий между независимыми группами использовали критерий Стьюдента для нормального распределения. Для оценки различий между несколькими независимыми группами при ненормальном распределении использовали критерий Kruskal-Wallis, для попарного сравнения была выполнена DSCF-процедура. Доверительный интервал получали в ходе биномиального теста. Для установления взаимосвязей выполнен корреляционный анализ с расчетом коэффициентов Kendall's Tau B.

Результаты исследования. Структурный анализ признаков РДС, выявленных у обследованных в группах, показал наличие аффективных, мотивационных, поведенческих, физиологических и когнитивных нарушений. Особенности этих нарушений у пациентов с органической и невротической депрессиями, депрессивным эпизодом представлены феноменологическими признаками, частотная выраженность которых не всегда статистически значимо была различна между собой.

При проведении дисперсионного анализа категорий психических явлений при РДС достоверные различия между тремя группами пациентов получены во всех компонентах,

кроме аффективного. Вместе с тем при статистической оценке отдельных феноменологических нарушений выявлены достоверные различия.

Корреляционный анализ категорий психических расстройств показал статистически значимый уровень отрицательной связи в группе пациентов с органической депрессией между мотивационным и когнитивным компонентами (Kendall's Tau B=-0,36, $p<0,01$). Отличительной чертой в группе пациентов с депрессивным эпизодом была положительная корреляция когнитивных нарушений с аффективными (Kendall's Tau B=0,42, $p<0,01$). То есть, чем более выраженными были мнестико-интеллектуальные нарушения с пессимистической оценкой видения будущего, тем более выраженным было подавленное настроение. При невротической депрессии установлена связь физиологических расстройств с поведенческими нарушениями (Kendall's Tau B=0,4, $p<0,01$).

Аффективные, мотивационные, поведенческие, физиологические и когнитивные компоненты РДС, а также частота их встречаемости у пациентов обследованных групп представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Структура расстройств депрессивного спектра в группах обследованных, n (%)

N	ПРИЗНАКИ	ГРУППА			P
		1-я группа, органическая депрессия (n=30)	2-я группа, депрессивный эпизод (n=30)	3-я группа, невротическая депрессия (n=30)	
А АФФЕКТИВНЫЕ		Kruskal-Wallis $\chi^2 = 0,645$; $p = 0,72$			
1	Сниженное настроение	30 (100)	30 (100)	30 (100)	
2	Тоска, печаль, плаксивость	-	23 (76,6)	2 (6,66)	< 0.001
3	Тревога	8 (26,6)	2 (6,66)	16 (53,3)	< 0.001
4	Апатия	13 (43,3)	4 (13,3)	-	< 0.001
5	Дисфория, подавленный гнев	9 (30)	1 (3,33)	12 (40)	0.006
Б МОТИВАЦИОННЫЕ		Kruskal-Wallis $\chi^2 = 48,1$; $p < 0,001$			
1	Снижение интересов/удовольствия от деятельности, обычно связанной с положительными эмоциями	30 (100)	30 (100)	26 (86,6)	0.016
2	Снижение социального и профессионального функционирования, дефицитарность социальных навыков, отсутствие побуждений к деятельности	26 (86,6)	28 (93,3)	5 (16,6)	< 0.001
В ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ		Kruskal-Wallis $\chi^2 = 61,5$; $p < 0,001$			
1	Снижение энергии и повышенная утомляемость	30 (100)	30 (100)	9 (30)	< 0.001
2	Сниженная самооценка, чувство неуверенности в себе, пассивность, избегающее поведение, инертность	21 (70)	30 (100)	12 (40)	< 0.001
3	Идеи/действия, касающиеся самоповреждения или самоубийства	-	28 (93,3)	15 (50)	< 0.001

Г		ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ			
		Kruskal-Wallis $\chi^2 = 47,1$; $p < 0,001$			
1	Нарушенный сон	28 (93,3)	29 (96,6)	27 (90)	0.589
2	Нарушенный аппетит	2 (6,66)	27 (90)	8 (26,6)	< 0.001
3	Снижение влечений	17 (56,6)	30 (100)	15 (50)	< 0.001
4	Склонность к запорам	18 (60)	27 (90)	11 (36,6)	< 0.001
Д		КОГНИТИВНЫЕ			
		Kruskal-Wallis $\chi^2 = 65,2$; $p < 0,001$			
1	Сниженная способность к сосредоточению внимания, рассеянность	26 (86,6)	12 (40)	24 (80)	< 0.001
2	Ухудшение памяти на текущие/прошедшие события	30 (100)	30 (100)	10 (33,3)	< 0.001
3	Замедленность темпа мышления	30 (100)	30 (100)	21 (70)	< 0.001
4	Мрачное и пессимистическое видение будущего	15 (50)	29 (96,6)	-	< 0.001
5	Нерешительность, сомнения в правильности принятого решения, неспособность принять решение из-за последствий, представление любой проблемы, как непреодолимой	21 (70)	23 (76,6)	14 (46,6)	0.040
6	Постоянная самокритика	2 (6,66)	26 (86,6)	3 (10)	< 0.001
7	Идеи виновности, самообвинения, «пораженческие мысли»	2 (6,66)	28 (93,3)	3 (10)	< 0.001

Феноменологически в структуре аффективных расстройств у пациентов с органической депрессией преобладали дисфория, подавленный гнев (ОР=0,3; CI [0,14-0,49]; $p=0,04$). Также наблюдались апатия (ОР=0,4; CI [0,22-0,59]; $p=0,36$) и тревога (ОР=0,26; CI [0,12-0,45]; $p=0,26$). Аффективные нарушения у пациентов с депрессивным эпизодом были представлены преимущественно тоской, печалью, плаксивостью (ОР=0,76; CI [0,57-0,90]; $p=0,005$), в меньшей степени, тревогой (ОР=0,06; CI [0,008-0,22]; $p < 0,001$), апатией (ОР=0,13; CI [0,03-0,31]; $p < 0,001$), дисфорией, подавленным гневом (ОР=0,03; CI [0,0002-0,17]; $p=0,03$). Доминирующими в клинике невротической депрессии были тревожные переживания (53,3% случаев) или ОР=0,5; CI [0,31-0,68], а также дисфория, подавленный гнев в 40% случаев или ОР=0,36; CI [0,19-0,56], крайне редко встречались тоска, печаль, плаксивость (6,7% случаев) или ОР=0,06; CI [0,008-0,22]; $p < 0,001$).

При попарном сравнении представленности клинического признака «сниженное настроение» по методу *Dwass-Steel-Critchlow-Fligner* у пациентов трех групп выявить различий не представлялось возможным. Различия обнаружены по представленности тоски, печали, плаксивости у пациентов с депрессивным эпизодом и невротической депрессией ($p < 0,001$). Тревожные переживания более характерны были для пациентов с невротической депрессией (53,3%), в меньшей степени с органической депрессией (26,6%). Значимой разницы в выраженности тревоги у пациентов с органической депрессией и депрессивным эпизодом ($p=0,09$), органической и невротической депрессиями ($p=0,15$) не обнаружено. Установлена статистически значимая разница в представленности тревоги у пациентов с

депрессивным эпизодом и невротической депрессией ($p < 0,001$). Апатия для пациентов с невротической депрессией была не характерна. Наблюдалась апатия преимущественно среди пациентов с органической депрессией (43,3%). Различия в представленности апатии установлены у пациентов с депрессивным эпизодом и органической депрессией ($p = 0,05$). Чаще всего дисфория наблюдалась у пациентов с невротической (40%) и органической (30%) депрессиями. Различия в выраженности дисфории, подавленного гнева наблюдались у пациентов с депрессивным эпизодом и невротической депрессией ($p = 0,004$). У пациентов с органической депрессией и депрессивным эпизодом ($p = 0,01$), органической и невротической депрессиями ($p = 0,85$) представленность подавленного гнева, дисфории клинически была подобной и не различалась.

Выраженность мотивационных нарушений в виде ангедонии, снижения социального, профессионального функционирования, отсутствия побуждений к деятельности, дефицитарности социальных навыков у пациентов с органической депрессией была в пределах $OP=2$; $CI [1,73-2,0]$, с депрессивным эпизодом – $OP=2$; $CI [1,84-2,0]$, невротической депрессией – $OP=1$; $CI [1,24-1,83]$. Встречаемость ангедонии среди пациентов всех групп была высокой, снижение социального функционирования с отсутствием побуждений к деятельности наблюдалось у 16,6% пациентов с невротической депрессией. Различий в представленности ангедонии среди пациентов трех групп не выявлено ($p = 0,1$). Снижение социального функционирования и отсутствие побуждений к деятельности у пациентов с органической депрессией и депрессивным эпизодом не различались ($p = 0,67$). Различия установлены у пациентов с органической и невротической депрессиями ($p < 0,001$), а также у пациентов с депрессивным эпизодом и невротической депрессией ($p < 0,001$).

Встречаемость поведенческих нарушений среди обследованных лиц у пациентов с депрессивным эпизодом была в пределах $OP=3$; $CI [2,84-3,03]$, органической депрессией – $OP=2$; $CI [1,48-1,85]$, невротической депрессией $OP=1$; $CI [1,5-1,89]$. По выраженности признака «снижение энергии, повышенная утомляемость» различия установлены между пациентами с органической и невротической депрессиями ($p < 0,001$), депрессивным эпизодом и невротической депрессиями ($p < 0,001$). При органической депрессии и депрессивном эпизоде подобных различий не наблюдалось. Снижение самооценки с чувством неуверенности в себе, пассивностью и избегающим поведением, инертностью характерным было для пациентов с депрессивным эпизодом и, в меньшей степени, для пациентов других групп. Различий в выраженности данного признака не выявлено у пациентов с органической и невротической депрессиями ($p = 0,1$). У пациентов с органической депрессией и депрессивным эпизодом ($p = 0,002$), а также с депрессивным эпизодом и невротической депрессией ($p < 0,001$) установлены различия в представленности признака «сниженная самооценка».

Идеи/действия, касающиеся самоповреждения или самоубийства, чаще наблюдались среди пациентов с депрессивным эпизодом (93,3%) и не наблюдались у пациентов с органической депрессией. Значимые различия в выраженности идей самоповреждения или самоубийства были установлены у пациентов всех групп: с органической депрессией и депрессивным эпизодом ($p < 0,001$), с органической и невротической депрессиями ($p < 0,001$), с депрессивным эпизодом и невротической депрессией ($p < 0,001$).

Физиологические нарушения были представлены нарушениями сна и аппетита, снижением влечений и склонностью к запорам. Физиологические нарушения чаще наблюдались у пациентов с депрессивным эпизодом ($OP=4$; $CI [3,61-3,93]$), реже у пациентов с органической ($OP=2$; $CI [1,87-2,46]$) и невротической ($OP=2$; $CI [1,64-2,42]$) депрессиями. Различия в выраженности нарушений сна между пациентами всех групп не установлены (органическая депрессия и депрессивный эпизод ($p = 0,84$); органическая и невротическая депрессия ($p = 0,88$); депрессивный эпизод и невротическая депрессия ($p = 0,56$)). Также не установлены различия в выраженности нарушений аппетита у пациентов с органической и невротической депрессиями ($p = 0,09$) в отличие от пациентов с органической депрессией и депрессивным эпизодом ($p < 0,001$), депрессивным эпизодом и

невротической депрессией ($p < 0,001$). Степень снижения влечений у пациентов с органической и невротической депрессиями не различалась ($p = 0,86$). Однако представленность признака у пациентов с органической депрессией и депрессивным эпизодом ($p < 0,001$), с депрессивным эпизодом и невротической депрессией ($p < 0,001$) имела свои отличительные признаки. Склонность к запорам у пациентов с органической и невротической депрессиями по степени выраженности была одинаковой ($p = 0,17$). Различия в выраженности признака установлены у пациентов с органической депрессией и депрессивным эпизодом ($p < 0,02$), с депрессивным эпизодом и невротической депрессией ($p < 0,001$).

Нарушения когнитивных функций у обследованных были представлены их сниженной способностью к сосредоточению внимания, рассеянностью, ухудшением памяти на текущие/прошедшие события, замедленностью темпа мышления, мрачным и пессимистическим видением будущего, нерешительностью, сомнениями в правильности принятых решений, неспособностью принять решение из-за последствий, представлениями любой проблемы, как непреодолимой, постоянной самокритикой, идеями виновности, самообвинения, «пораженческими мыслями».

Выраженность когнитивных нарушений у пациентов с депрессивным эпизодом ($OP = 6$; $CI [5,62-6,24]$) более тяжелой была по сравнению с органической ($OP = 4$; $CI [3,86-4,53]$) и невротической ($OP = 2,5$; $CI [2,07-2,92]$) депрессиями. Следует отметить наличие различий в степени когнитивных нарушений у обследованных: с органической депрессией и депрессивным эпизодом ($p < 0,001$), органической и невротической депрессиями ($p < 0,001$), депрессивным эпизодом и невротической депрессией ($p < 0,001$). Рассеянность, более сниженная способность к сосредоточению внимания чаще регистрировались у пациентов с органической (86,6%) и невротической (80%) депрессиями. При этом различий в представленности признака у пациентов с органической и невротической депрессиями ($p = 0,77$) не установлено.

Различия в способности к сосредоточению внимания и выраженности рассеянности установлены у пациентов с органической депрессией и депрессивным эпизодом ($p < 0,001$), депрессивным эпизодом и невротической депрессией ($p = 0,005$). Ухудшение памяти на текущие/прошедшие события было характерным для пациентов с депрессивным эпизодом и органической депрессией, а также в 33,3% случаев у пациентов с невротической депрессией. Не выявлено различий в выраженности мнестических нарушений у пациентов с органической депрессией и депрессивным эпизодом. В других случаях у пациентов с органической и невротической депрессиями ($p < 0,001$) депрессивным эпизодом и невротической депрессией ($p < 0,001$), наблюдались различия в выраженности нарушений памяти.

Замедленность темпа мышления особенно характерна для пациентов с органической депрессией и депрессивным эпизодом, в меньшей степени, для пациентов с невротической депрессией. Различий в выраженности признака не отмечалось у пациентов с органической депрессией и депрессивным эпизодом. Различия в выраженности нарушений мышления имели место у пациентов с органической и невротической депрессиями ($p = 0,004$), депрессивным эпизодом и невротической депрессией ($p = 0,004$). Мрачное и пессимистическое видение будущего было характерным для пациентов с депрессивным эпизодом (96,6%) и органической депрессией (50%), нехарактерным для невротической депрессии.

Сомнения в правильности принятого решения, неспособность принять решение из-за последствий, нерешительность, представление любой проблемы, как непреодолимой, наблюдались у всех пациентов, однако чаще при депрессивном эпизоде (76,6%) и органической депрессии (70%). Следует отметить, что различий в представленности признака у пациентов с органической депрессией и депрессивным эпизодом ($p = 0,83$),

органической депрессией и невротической депрессией ($p=0,16$) не установлено. Постоянная самокритика у пациентов с депрессивным эпизодом имела место в 86,6% случаев. У пациентов с органической и невротической депрессиями ($p=0,88$) значимые различия в выраженности данного признака не установлены. Идеи виновности, самообвинения, «пораженческие мысли» были характерны для пациентов с депрессивным эпизодом (93,3%). У пациентов с органической и невротической депрессиями ($p=0,88$) значимых различий в выраженности идей виновности, самообвинения не выявлено.

Скрининг-оценка выраженности тревоги и депрессии с помощью HADS, а также объективных шкал оценки депрессии (HDRS) и тревоги (HARS) Гамильтона выявила клинический уровень изучаемых показателей, которые не имели значимых различий между группами обследованных ($p=0,07$).

Таким образом, результаты исследования указали на определенные трудности при оценке и интерпретации феноменологически схожих РДС, что затрудняет их диагностику, особенно у молодых врачей-специалистов, и указывает на необходимость разработки объективной оценки выявленных психопатологических расстройств, включающей комплексное использование клиничко-психопатологического и психологического методов обследования, а также биологических маркеров, чувствительных к РДС.

Заключение. Разработка комплексной объективной оценки тревожно-депрессивных расстройств является проблемой современной психиатрии, решение которой будет способствовать повышению точности диагностики психических расстройств и появлению новых методов их лечения.

Список литературы

1. Мазо, Г.Э. Депрессивное расстройство / Г.Э. Мазо, Н.Г. Незнанов // Москва: ГЭОТАР-Медиа. – 2019. – 122 с.
2. Шамрей, В.К. Возможности применения лабораторных биомаркеров для объективной диагностики депрессивных расстройств / В.К. Шамрей и др. // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2021. – Т. 13. – № 2. – С. 34-39.
3. Зобин, Я.С. К вопросу применения биомаркеров в диагностике депрессий различной этиологии / Я.С. Зобин // Известия. – 2022. – Т. 41. – № 2. – С. 174-178.
4. Шепелева, И.И. Роль мозгового нейротрофического фактора в патогенезе депрессивных расстройств / И.И. Шепелева и др. // Молекулярная медицина. – 2021. – Т. 19. – № 3. – С. 8-16.
5. Вазагаева, Т.И. Роль мозгового нейротрофического фактора в возникновении эффектов антидепрессантов при терапии депрессии / Т.И. Вазагаева, Р.В. Ахапкин, Ю.А. Александровский // Вестник РАМН. – 2019. – Т. 74. – № 1. – С. 20-28.

ВОЗМОЖНОСТИ ПСИХОТЕРАПИИ ПОСЛЕДСТВИЙ БОЕВОГО СТРЕССА

Джангильдин Ю.Т., Баранов М.Л., Гаджиева У.Х.

Московский государственный медико-стоматологический университет
имени А.И. Евдокимова, Москва, Российская Федерация

Аннотация. Проблема последствий боевого стресса у военнослужащих, прибывших из районов выполнения служебно-боевых задач чрезвычайно актуальна в связи с происходящими событиями в стране и за ее пределами. В связи с этим возрастает необходимость в оказании психотерапевтической помощи этому контингенту. В статье приводятся методы, применяемые на современном этапе оказания помощи лицам, имеющим последствия боевого стресса.

Ключевые слова: боевой стресс, посттравматическое стрессовое расстройство, дистресс, психотерапия, когнитивно-поведенческая терапия, копинг-стратегии

Актуальность. Эпидемиологические исследования показывают, что подверженность событиям, которые связаны с угрозой безопасности, жизни и которые могут вызвать дистресс, или психотравмирующие состояния, чрезвычайно высоко распространены в популяциях [3, 9]. С учетом происходящих в мире событий, стихийных бедствий, опыта войны на первый план выходит дистресс, формирующийся у военнослужащих, провоцируемый условиями боевых действий. Боевой стресс – комплекс реакций и состояний организма военнослужащего, возникающих как адаптационный ответ на условия, связанные с угрозой жизни и здоровью в ходе выполнения боевых задач как в мирное, так и в военное время. Продолжительность, глубина этих состояний зависит от «величины» стрессора, индивидуально-личностных особенностей военнослужащего и персональной палитры способов совладания со стрессом. Чрезмерная, находящаяся далеко за адаптационным порогом стрессового реагирования человека чрезвычайная боевая ситуация, может привести к формированию доминанты психоэмоционального и телесного напряжения, которая в условиях невозможности разрешения, затруднения ассимиляции пережитого опыта, может приводить к формированию последствий боевого стресса в виде обострения имеющихся соматических заболеваний, развитию посттравматических стрессовых расстройств [5]. В связи с этим купирование последствий боевого стресса у лиц, прибывших из районов выполнения служебно-боевых задач, устранение его влияния на психофизическое состояние, является важнейшей задачей реабилитационного процесса. Решение данной задачи позволит существенно снизить вероятность формирования посттравматических стрессовых расстройств, способных оказать в будущем отрицательное влияние на продолжение выполнения служебных обязанностей и последующую социально-психологическую адаптацию в обществе [1].

Поскольку оценка человеком происходящего при встрече со стрессорами связана необходимостью когнитивной и эмоциональной переработки пережитого, важной является психотерапевтическая работа [1, 4, 8]. В этом направлении важным звеном является психологическое консультирование в модальности психодинамической терапии [11], гештальт-терапии [4], экзистенциальной терапии в зависимости от профессионального арсенала специалиста. Одной из задач такой работы при первой встрече с пациентом является установление доверительного контакта, снижение выраженности травматических переживаний и эмоционального напряжения, вызванных пережитыми «тяжелыми» для него событиями. Терапевтический контакт формирует основу для более прицельного использования всего арсенала методов когнитивно-поведенческой терапии [4], при необходимости может проводится когнитивное реконструирование пережитого травматического опыта пациента. В некоторых случаях может понадобиться работа, направленная на преодоление чувства «вины выжившего» [10]. В ситуациях, когда психотравмирующие ситуации формируют эмоциональные состояния высокой степени интенсивности, показана методика десенсибилизации и переработки движениями глаз (ДПДГ) [12]. Во время десенсибилизации и переработки движениями глаз пациенты вспоминают тревожные травмирующие образы, следуя за рукой терапевта поворотами глазных яблок из стороны в сторону. Посредством ДПДГ запускаются неврологические и физиологические изменения, которые способствуют переработке травматических воспоминаний в терапии [8, 12]. В зависимости от особенностей функционального и психофизического состояния пациентов, например, при отрывах конечностей, спинальных травмах с необходимостью длительного восстановления, производится выстраивание с пациентом линии реабилитационного пути, разделение этого маршрута на отдельные отрезки с ассимиляцией опыта и достижений каждого этапа. Военнослужащим оказывается помощь в принятии необратимых последствий полученных травм, утраченного здоровья с опорой на выжившую и здоровую часть. Учитывая неспособность отдельных категорий военнослужащих принимать активное участие в терапевтическом процессе, имеющих

затруднения в вербализации своих переживаний, могут использоваться методы групповой клинической системной арт-терапии [2]. Данный метод позволяет вызвать не только симптоматическое улучшение состояния, но и способствует положительным личностным изменениям, в том числе касающимся самооношения, что позволяет повысить качество жизни [2]. Значительная роль в восстановительном лечении военнослужащих, переживших боевой стресс, принадлежит психорелаксационным методам лечения, суть которых заключается в воздействии на организм пациента расслабляющей музыки, распыляемых эфирных масел, медитативных текстов, направленных на восстановление процессов саморегуляции и коррекции психоэмоционального состояния [6]. С психопрофилактической и психогигиенической целью показала свою эффективность аутогенная тренировка [6]. Психотерапевтическая помощь может реализовываться в использовании аппаратных релаксационных комплексов [7]. В этом направлении убедительные результаты продемонстрировало использование музыки, встроенной в технологию бинауральных ритмов с акцентом на тета-частоту мозговых волн, как эффективного, не инвазивного инструмента с большим потенциалом для снижения стресса и управления им [13]. Военнослужащие добивались повышенной парасимпатической активации и снижения симпатической реакции, что выражалось в психофизическом расслаблении после использования этой технологии.

Заключение. Таким образом, на сегодняшний день возрастает роль психотерапевтического компонента восстановительной терапии при лечении последствий боевого стресса, причем многоуровневый патогенетический процесс и полиморфный характер клинических проявлений определяет интегративную направленность использования психотерапевтических модальностей. Психотерапевтическая помощь позволяет оказывать влияние на психику и опосредованно на организм лиц, перенесших боевой стресс, нормализуя психоэмоциональное состояние, способствует предотвращению развития соматических и психических заболеваний, эффективно влияя на качество жизни военнослужащих и дальнейшую социально-психологическую адаптацию в обществе.

Список литературы

1. Грачева, Л.В. Отдалённые последствия боевого стресса и боевой психической травмы – психиатрические и социально-психологические аспекты / Л.В. Грачева, В.А. Сергеев. – Текст : непосредственный // Современные проблемы науки и образования. – 2019. – № 1. – С. 33.
2. Копытин, А.И. Клиническая системная арт-терапия в работе с ветеранами войн, проходящих лечение в психотерапевтическом отделении / А.И. Копытин, А.А. Лебедев. – Текст : непосредственный // Психическое здоровье. – 2016. – Т. 14, № 2 (117). – С. 27-39.
3. Особенности личностных характеристик и уровня дистресса у лиц, страдающих посттравматическим стрессовым расстройством с коморбидными психическими расстройствами / М.Г. Погодина, В.Г. Косенко, М.И. Агеев [и др.] – Текст : непосредственный // Социальная и клиническая психиатрия. – 2019. – Т. 29, № 2. – С. 22-25.
4. Психотерапевтическое лечение посттравматических стрессовых расстройств у комбатантов / Е.С. Курасов, А.А. Марченко, В.К. Шамрей, В.В. Нечипоренко [и др.] – Текст : непосредственный // Вестник психотерапии. – 2018. – № 66 (71). – С. 19-34.
5. Психофизиологическая диагностика этапа дезадаптации комбатантов / О.И. Боев, Б.Д. Цыганков, А.Ю. Киворкова [и др.] – Текст : непосредственный // Обзоры по клинической фармакологии и лекарственной терапии. – 2018. – Т. 16, № 1. – С. 32-33.
6. Соколов, Е.Ю. Психотерапевтическая саморегуляция – основа профилактики отдаленных расстройств здоровья у специалистов экстремальных профессий / Е.Ю. Соколов, А.И. Адаев, А.А. Фомин, Л.Г. Магурдумова – Текст : непосредственный // Психическое здоровье. – 2018. – Т. 16, № 1 (140). – С. 56-65.
7. Чернявский, Е.А. Использование современных психофизиологических аппаратно-программных комплексов в прогнозировании устойчивости к боевому стрессу /

Е.А. Чернявский, Н.В. Зеленина, В.В. Юсупов, А.В. Григоров – Текст : непосредственный // Известия Российской военно-медицинской академии. – 2022. – Т. 41, № 3. – С. 277-282.

8. A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD / R. Bradley, J. Greene, E. Russ [et al.] – Текст : непосредственный // Am J Psychiatry. – 2005. – 162(2). – P. 214-227. DOI 10.1176/appi.ajp.162.2.214

9. Bravo, A.J. Prevalence of Mental Health Problems and Willingness to Participate in a Mindfulness Treatment: An Examination among Veterans Injured in Combat / A.J. Bravo, K. Witkiewitz, M.L. Kelley, J.C. Redman – Текст : непосредственный // Mindfulness (N Y). – 2019. – 10(5). – P. 953-963. DOI 10.1007/s12671-018-1047-4

10. Key patterns and predictors of response to treatment for military veterans with post-traumatic stress disorder: a growth mixture modelling approach / A.J. Phelps, Z. Steel, O. Metcalf [et al.] – Текст : непосредственный // Psychol Med. – 2018 Jan;48(1):95-103. DOI 10.1017/S0033291717001404

11. Ofir, L. Cognitive-Behavioural Therapy and Psychodynamic Psychotherapy in the Treatment of Combat-Related Post-Traumatic Stress Disorder: A Comparative Effectiveness Study / L. Ofir, Y. Bar-Haim, Y. Kreiss, E. Fruchter – Текст : непосредственный // Clin Psychol Psychother. – 2016. – 23(4). – P. 298-307. DOI 10.1002/cpp.1969

12. Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults / J.I. Bisson, N.P. Roberts, M. Andrew [et al.] – Текст : непосредственный // Cochrane Database Syst Rev. – 2013. – 12. P. –CD003388. DOI 10.1002/14651858.CD003388.pub4

13. The effect of binaural beat technology on the cardiovascular stress response in military service members with postdeployment stress / M.A. Gantt, S. Dadds, D.S. Burns [et al.] – Текст : непосредственный // Journal of Nursing Scholarship. – 2017. – 49(4). – С. 411–420. DOI 10.1111/jnu.12304.

ВОЗМОЖНОСТИ ПАЦИЕНТООРИЕНТИРОВАННОГО ПОДХОДА К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В ГЕРОНТОПСИХИАТРИИ

Ломакина Г.В., Косенко В.Г., Косенко Н.А.

Кубанский государственный медицинский университет Минздрава России,
Краснодар, Российская Федерация

Аннотация. В статье обосновывается актуальность принципов медицины 4П в современной психиатрии. Приведены результаты исследования копинг-стратегий у лиц пожилого возраста, страдающих невротическими расстройствами. Показана возможность построения пациентоориентированной терапии с учетом особенностей стресс-совладающего преодоления.

Ключевые слова: медицина 4П, невротические расстройства, пожилой возраст, копинг-стратегии.

XXI век признается началом эры биомедицины, которая характеризуется развитием молекулярной и генетической диагностики, наномедицины, молекулярной фармакологии и др.

Новейшие технологии осуществляют процесс перехода от традиционного здравоохранения («болезнецентристского») к здравоохранению прогностическому, профилактическому, персонализированному и партисипативному (4П медицина). Основные принципы 4П медицины изложены в Концепции предиктивной, превентивной и персонализированной медицины, утвержденной приказом Минздрава России от 24 апреля 2018 г. № 186 [1].

В научной литературе тема персонализированной (пациентоориентированной) медицины стала особенно популярной примерно с 2005 года и сегодня признается одним из

самых перспективных направлений в здравоохранении. Это закреплено в Стратегии развития медицинской науки в РФ до 2025 года [2].

Серьезное внимание к данному направлению подтверждает появление в начале 2023 г. научно-практического журнала непрерывного профессионального образования «Пациентоориентированная медицина и фармация», задачей которого определено развитие и внедрение в клиническую практику технологий персонализированной (прецизионной) медицины [3].

Следует отметить, что принципы 4П медицины не являются абсолютно новыми. Так, идею персонификации лечения, ставящей в центр внимания конкретного больного, продвигали еще классики российской медицины XIX века – М.Я. Мудров и Н.И. Пирогов. Теперь появились технологии, которые позволяют выделить индивидуальные особенности каждого пациента, а реальность генетических прогнозов рисков открывает небывалые возможности превенции.

Во многих странах к обязательным скринингам здоровья населения включен тест на депрессию, однако он отсутствует в повседневной российской практике [4].

В медицинском сообществе применительно к концепции 4П все больше говорят о позитивной медицине. Пациент не должен избегать похода к доктору из страха узнать от него о проблемах со своим здоровьем.

Для психиатрии позитивная составляющая имеет исключительно важное значение, так как остается актуальной проблема стигматизации лиц с психическими расстройствами: «негативные стереотипы, страх и неприятие приводили на протяжении столетий к ситуации, когда общество либо отвергало, либо игнорировало существование лиц с психическими расстройствами» [5].

В медицине 4П применительно к психиатрии, на наш взгляд, наиболее представлен принцип персонализации, разработанный в многочисленных трудах психологов и психиатров персонологов. Так, в частности, В.Я. Семке с соавторами предложили соответствующее понятие о персонологии, применимое и к здоровой, и к больной личности [6].

Также в многочисленных трудах академика В.Я. Семке и его школы представлен принцип превентивности (предотвращения) в психиатрии, согласно которому одним из основных прав человека является информированность о предрасполагающих к болезням факторах и о путях их устранения.

В 2021 году вышел первый номер журнала “Personalized Psychiatry and Neurology”, который открывает направление исследований в области персонализированной психиатрии, неврологии и наркологии.

Интересно, что психиатры-персонологи в своих работах опирались исключительно на пограничные психические расстройства – невротические расстройства (НР) и расстройства адаптации, которые преобладают в популяции в разных возрастных группах и, по нашему мнению, требуют пристального внимания именно в пожилом возрасте.

В 2022 г. Всемирная организация здравоохранения опубликовала данные о том, что в ближайшие десятилетия старение населения будет существенно влиять на деятельность систем здравоохранения [7].

На начало 2022 г. в РФ, по подсчетам Росстата, доля людей старше 60 лет составила 23% [8].

С возрастом повышается риск развития психических расстройств, обусловленных стрессовыми состояниями. По численности преобладают так называемые пограничные расстройства, на их долю, по данным В.Д. Карвасарского (2011), приходится 20,8% среди всех психических заболеваний пожилого населения [9].

Актуальность настоящего исследования объясняется все большим распространением в последнее время невротических, связанных со стрессом, расстройств и

возникающей необходимостью изучения индивидуальных реакций на психический стресс [10].

Цель: рассмотреть принципы 4П медицины в психиатрии, показать возможности пациентоориентированного подхода на примере учета особенностей копинг-стратегий, применяемых пожилыми пациентами, страдающими НР, для преодоления стрессовых ситуаций.

Материалы и методы. Для достижения целей работы нами использовались теоретические и эмпирические методы исследования: теоретический анализ медицинской литературы по проблеме внедрения в здравоохранение принципов медицины 4П, анализ результатов психопатологического исследования копинг-стратегий по методике Хайма. Объем экспериментального материала представлен наблюдениями, включающих эпикризы и результаты эмпирических исследований 200 пациенток в возрасте от 55 до 75 лет, находящихся с 2014 по 2019 годы в отделении невротозов психиатрической клиники с диагнозом F43.22 по МКБ-10.

Следует отметить, что психопатологические исследования пожилых женщин, страдающих НР, проводились нами комплексом методик, результаты которых были частично опубликованы [11 и др.]. В данной работе анализ полученных результатов касался копинг-стратегий, учитываемых нами после проведения психотерапии по программе «7 ступеней адаптации» с пациентами, проходящими индивидуальную психотерапию.

Психиатрам в работе с пациентами рекомендуются использовать методики для психологической диагностики способов совладания со стрессовыми и проблемными для личности ситуациями [12].

Наиболее масштабное исследование механизмов совладания у больных невротами провел Е.И. Чехлатый (2007), показавший, что обозначенные пациенты достоверно реже, чем здоровые люди, используют адаптивные эмоциональные и поведенческие копинг-стратегии. В плане когнитивных механизмов копинга указанные больные, напротив, демонстрировали более адаптивное поведение сравнительно со здоровыми лицами [13].

Результаты исследования. В нашей работе пациентки были разделены примерно на одинаковые две группы по признаку отсутствия (1-я группа) или наличия (2-я группа) трудовой деятельности.

Использование копинг-стратегий в подгруппах отличалось неоднородностью. Применение эмоциональных копинг-стратегий продуктивного уровня (оптимизм) у пациенток, продолжающих работать, достоверно чаще, чем у неработающей группы. Продуктивные поведенческие копинг-стратегии (сотрудничество) более типичны для работающей группы. Когнитивных непродуктивных стратегий в работающей группе в три раза меньше, чем в неработающей; эмоциональных непродуктивных в 2 раза меньше, а поведенческих непродуктивных меньше всего на 12%. То есть в плане непродуктивных поведенческих стратегий группы мало отличаются.

В обеих группах зафиксировано преобладание относительно продуктивных поведенческих копинг-стратегий, согласно которым поведение пациенток характеризуется стремлением к временному отходу от решения проблем с помощью различных отвлекающих средств. Относительно продуктивных эмоциональных и когнитивных стратегий придерживаются почти половина работающих и большинство неработающих пациенток.

Статистический анализ показал, что продуктивных и относительно продуктивных копинг-стратегий достоверно больше у пациенток работающей группы. Этот факт безусловно является ресурсом восстановления психического здоровья.

Мы считаем эти показатели свидетельством гендерных различий, которые, по мнению R. E. Gur (2002), отражают поло-ролевые стереотипы [14], поэтому женщины чаще прибегают к поиску социальной поддержки и непродуктивному эмоциональному реагированию.

Математическая обработка данных показала статистическую значимость различий:

- по копинг-стратегии А между группой 1 (среднее значение 2,30) и группой 2 (среднее значение 2,03), т. к. t-критерий=3,277;
- по копинг-стратегии Б между группой 1 (среднее значение 2,58) и группой 2 (среднее значение 2,10), т. к. t-критерий=3,881;
- по копинг-стратегии В между группой 1 (среднее значение 2,26) и группой 2 (среднее значение 2,03), т. к. t-критерий=2,454;

То есть проблемный анализ стрессовой ситуации в большей степени присущ пациенткам работающей группы.

Оптимальный способ совладания со стрессом, обеспечивающий достаточно высокое качество жизни и максимально возможное сохранение здоровья, по мнению J.A. Penley, J. Tomaka, J.S. Wiebe (2002), это активные проблемно ориентированные действия [15].

Исследователи копинга в последние годы стали больше говорить о так называемом ресурсном подходе, который учитывает процесс «распределения ресурсов», ссылаясь на тот факт, что многим людям удается сохранять здоровье и адаптироваться несмотря на тяжелые жизненные ситуации. Так, например, М. Селигман в качестве главного ресурса в совладании со стрессом рассматривает оптимизм [16]. Однако Е.А. Колотильщикова (2014) считает, что оптимизм (как копинг-механизм), свойственный больным с невротическими расстройствами, особенно с хронической стадией болезни, является дезадаптирующим фактором, поскольку является формой и способом игнорировать имеющиеся трудности. Поэтому преобладание у работающих пациенток продуктивных эмоциональных стратегий не во всех случаях может считаться положительным фактором и требует индивидуального подхода с целью коррекции неадекватного восприятия болезни [17].

В рамках настоящего исследования нами разработана и реализовалась программа тренинга для пожилых пациенток, находящихся в ситуации утраты профессионального статуса – 7 ступеней адаптации. Тренинг рассчитан на индивидуальную работу с психотерапевтом и самостоятельную работу пациентов по выполнению домашних заданий. Тренинг состоит из 7 сессий, продолжительностью 40-50 минут каждая, частотой 2 раза в неделю, что позволяет провести весь тренинг в период пребывания пациентов в стационаре или при амбулаторном лечении.

1 ступень включает первичное интервью, в ходе которого пациент излагает свою проблему в форме спонтанного монолога.

По окончании сеанса важно отразить достигнутое понимание проблемы психотерапевтом и уточнить у пациента соответствие его переживаний и представлений о проблеме, представлению о ней терапевта.

Каждый описанный или отмеченный пациентом страх, связанный с изменением или потерей социального статуса и т. д., предлагается разобрать в качестве домашнего задания.

2 ступень посвящается анализу и отреагированию болезненных эмоций и чувств пациента.

Материалом для работы на второй сессии является домашнее задание пациента по выявленным страхам. Важно разобрать каждый описанный или отмеченный пациентом страх, путем серии уточняющих и наводящих вопросов, которые углубляют представление пациента о проблеме. Согласно положениям экзистенциальной терапии, каждый страх по своей сути является иррациональным, важно помочь пациенту в осознании собственных иррациональных установок, что позволяет снизить значимость переживаний и аффективную насыщенность страхов. В продолжении работы на сеансе пациенту предлагается в домашних условиях прочитать ряд притч, подобранных психотерапевтом с учетом индивидуальных особенностей пациента (преобладающих копинг-стратегий). Суть историй должна сводиться к обнаружению альтернативных способов мышления и восприятия и показывать, что в любом событии есть как отрицательные, так и положительные стороны, и свой особый для человека смысл.

3 ступень посвящена анализу отношений пациента, не связанных с профессиональной деятельностью (определение внешних ресурсов).

Данная сессия строится на обсуждении значимых отношений пациента (семейных, дружеских) по свободному рассказу пациента о значимых окружающих людях с фиксацией тех, кто мог бы стать опорой в преодолении кризиса выхода на пенсию. Если пациент выделил человека или группу людей, небезучастных к нему и его жизни, психотерапевт может предложить следующую сессию провести вместе с этими людьми.

В качестве домашней работы, пациенту предлагается упражнение «прошу помощи», суть которого состоит в освоении навыка открытого выражения своих просьб и желаний.

4 ступень – работа с заинтересованным окружением.

В зависимости от желания пациента сессия проводится отдельно с окружением или в присутствии самого пациента. На данном этапе терапии работа носит в основном разъяснительный характер и нацелена на достижения понимания ближайшим окружением переживаний, страхов и тревог пациента и выработке эффективных стратегий помощи пациенту со стороны ближайшего окружения.

5 ступень включает анализ ценностной сферы и значимости профессиональной деятельности в жизни пациента.

В случае, когда достигнуто снижение аффективной насыщенности переживаний и удалось получить внешний ресурс в качестве эффективной поддержки окружения, можно переходить к когнитивному анализу места профессии в жизни человека и других актуальных ценностей.

С этой целью пациенту предлагается выполнить наглядное упражнение: нарисованный пустой круг нужно разделить на сектора, где каждый сектор символизирует значимую для человека деятельность. Большинство пациентов выделяют работу, семью, друзей, общественную деятельность, хобби. По размеру выделенных секторов можно судить о значимости и временных затратах, как реальных, так и ментальных на выбранный вид деятельности.

Дома пациенту предлагается описать собственные достижения в профессиональной сфере, семейной и социальной жизни. Это упражнение помогает восстановить адекватную самооценку, сниженную в ходе утраты или угрозы утраты работы, актуализировать осознание наличия достижений в других жизненных сферах.

6 ступень. Выбор стратегии дальнейшей жизни – планирование собственного будущего с учетом имеющихся ресурсов и ограничений. Психотерапевт избегает каких-либо прямых советов и директив и полностью настроен на принятие и анализ предлагаемых пациентом стратегий дальнейшей жизни. Роль терапевта в ходе данной сессии заключается в мягкой коррекции негативных установок, неадаптивных копинг-стратегий и заранее деструктивных сценариев пациентов.

Дома пациенту предлагается вспомнить и зафиксировать интересы, способности, таланты, желания и мечты, актуальные в детстве и юности и предшествующие профессиональному становлению.

7 ступень. Реадаптация с учетом выбранной стратегии.

Если сфера интересов пациента лежит вне профессии или состояние здоровья объективно не позволяет продолжать трудовую деятельность, задача психотерапевта лежит в анализе списка нереализованных желаний, составленных при выполнении домашнего задания пациентом, и плана их реализации с указанием временных параметров.

В случае, когда мы имеем дело с профессионально ориентированной личностью, роль психотерапевта заключается в помощи человеку осознать или сформировать мотивы профессиональной активности и анализ возможностей либо возвращение на прежнее место работы с позиции переоценки ценностей и значимости переживаний, либо анализ имеющихся вакансий и конкретные действия по устройству на работу.

Работа по программе 7 ступеней адаптации показала свою эффективность, но, к сожалению, начало пандемии COVID-19 не позволило продолжить и проанализировать результаты психотерапии с большинством пациенток, хотя многие из них до сих пор поддерживают связь с лечащим психиатром.

Выводы. Пациентоориентированный подход в лечении пожилых пациентов, страдающих невротическими расстройствами, является традиционной практикой в геронтопсихиатрии и традиционными же являются препятствия к его реализации в виде необходимости участия психотерапевта и невозможности использования бригадного (мультипрофессионального) подхода, а также большой трудоемкостью процесса диагностики копинг-стратегий. В этом плане может помочь разработка технологии, аналогичной приложению «Нейросканер», который позволяет своевременно выявлять тревожно-депрессивные расстройства, внедрение электронных карт пациентов в медицинские электронные сети и другие достижения современных медицинских технологий.

Сравнительные исследования копинг-стратегий работающих и неработающих пациентов с НР в доступной нам литературе отсутствуют. Проведенное нами сравнение позволяет сделать вывод, что патогенное влияние структуры личности позднего возраста пациенток, продолжающих трудовую деятельность, по сравнению с пациентками, оставившими работу, характеризуется статистически значимо более высокой стрессоустойчивостью и преобладанием использования продуктивных и относительно продуктивных когнитивных, эмоциональных и поведенческих копинг-стратегий (способов преодоления стресса).

Разработанный адаптационный тренинг «7 ступеней адаптации» показал свою эффективность в комплексном лечении невротических расстройств у пациентов пожилого возраста.

Список литературы

1. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 24.04.2018 г. № 186 «Об утверждении Концепции предиктивной, превентивной и персонализированной медицины». <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71847662/> (дата обращения 20.03.2023).
2. Стратегия развития медицинской науки в Российской Федерации на период до 2025 года. Утверждена распоряжением Правительства Российской Федерации от 28 декабря 2012 г. № 2580-р <https://minzdrav.gov.ru/ministry/61/23/stranitsa-967/strategiya-razvitiya-meditsinskoy-nauki-v-rossiyskoy-federatsii-na-period-do-2025-goda> (дата обращения 20.02.2023).
3. Хохлов А.Л., Сычёв Д.А. Концепция пациентоориентированности в медицине и фармации. Пациентоориентированная медицина и фармация. – 2023. – № 1(1). – С. 1-4. <https://doi.org/10.37489/2949-1924-0001> (дата обращения 17.04.2023).
4. Коренько Л.Б., Мейбалиев М.Т. Правовые основы патентноинформационных исследований в области медицины. *International Scientific Review*. – 2016. – № 2. – С. 12.
5. Контекст законодательства по охране психического здоровья / Справочник базовой информации ВОЗ по психическому здоровью, правам человека и законодательству / Женева. – 2005. – С. 1-2.
6. Семке В.Я. Взаимодействие клинической психологии и психиатрии // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2010. № 4(61). – С. 5-8.
7. Ageing and Health. WHO. URL: <https://www.who.int/newsroom/fact-sheets/detail/ageing-and-health> (date of access February 01, 2023).
8. Численность населения Российской Федерации по полу и возрасту на 1 января 2022 года. Федеральная служба государственной статистики (Росстат). 8 с. URL: https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/Bul_chislen_nasel-pv_01-01-2022.pdf (дата обращения: 01.03.2023).
9. Карвасарский Б.Д. Общемединское значение проблемы невротических расстройств // Российский психотерапевтический журнал. – 2014. – № 1 (7). – С. 12-21.

10. Гуткевич Е.В., Семке В.Я. Медико-генетические основы превентивной психиатрии. Томск. – 2004. – 319 с.
11. Ломакина Г.В., Косенко В.Г., Криворучко Ю.Д. Оценка невротического статуса работающих и не работающих пенсионеров с невротическими расстройствами. // Психическое здоровье. – 2021. – № 11. – С. 38-45. DOI: 10.25557/2074-014X.2021.11.38-45
12. Методика для психологической диагностики способов совладания со стрессовыми и проблемными для личности ситуациями. Пособие для врачей и медицинских психологов. Санкт-Петербург. – 2009. Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева. – С. 26-27.
13. Чехлатый Е.И. Совладающее поведение у больных неврозами, лиц с преневротическими нарушениями и в социальных группах повышенного риска нервно-психических расстройств. Автореф. дис. д-ра. мед. наук : 19.00.04 / Чехлатый Е. И.: НИПНИ имени В.М. Бехтерева. СПб. 2007. 58 с.
14. Gur R.E. Gender differences in aging: cognition, emotions, and neuroimaging studies/ R. E. Gur, R. C. Gur // Dialogues in clinical neuroscience. 2002. Vol. 4 . No 1. P. 197-210.
15. Penley J.A. The association of coping to physical and psychological health outcomes: a meta-analytic review // J. Behav Med. 2002. Vol. 25. No 6. P. 551-603.
16. Seligman M.E. Learned Optimism. NSW: Random House Australia. – 1992. – P. 18-34.
17. Колотильщикова Е.А. Психологическая диагностика невротических расстройств // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. – 2014. – № 10. – С. 91-108.

ВЗАИМОСВЯЗЬ КОГНИТИВНОГО ДЕФИЦИТА И УРОВНЯ СОЦИАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ РЕКУРРЕНТНЫМ ДЕПРЕССИВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ

Пастух И.А.¹, Шурьгина В.С.¹, Коломиец И.В.²

¹Курский государственный медицинский университет, Курск, Российская Федерация

²ОБУЗ «Областная клиническая наркологическая больница», Курск, Российская Федерация

Актуальность. При рассмотрении психических заболеваний в рамках биопсихосоциальной модели исследователям открываются новые возможности и перспективы для изучения патогенеза того или иного расстройства, особенностей его диагностики, сопровождения лечебного процесса, а также составления коррекционных психотерапевтических программ для пациентов. Данные, полученные в результате библиометрического анализа, говорят о том, что внимание исследователей в основном направлено на изучение факторов риска, клинической картины, динамики заболевания. В связи с этим проблема изучения влияния нарушенных когнитивных особенностей на социальное функционирование у пациентов с рекуррентным депрессивным расстройством остается малоизученной. Когнитивные нарушения, лежащие в основе многих психических заболеваний, такого как, например, рекуррентное депрессивное расстройство, оказывают значительное влияние также и на социальное функционирование пациентов, осложняя процессы планирования жизненных целей, рационализацию определенных когнитивных установок пациентов [1, 2].

Цель исследования – оценка взаимосвязи совокупных с рекуррентным депрессивным расстройством (РДР) когнитивных нарушений и уровня социального функционирования у пациентов рекуррентным депрессивным расстройством.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось на базе психосоматического отделения ОБУЗ «Областная клиническая наркологическая больница». В основной объем исследования были включены 20 пациентов. Указанным больным в соответствии с МКБ-10 был установлен диагноз: «Депрессивное расстройство с эпизодами

легкой или умеренной степени тяжести» (F32.0; F32.1). 8 больных (40%) с проявлениями депрессивного расстройства, в структуре которого наблюдается тоскливая модуляция, указанные больные составили контрольную группу. 12 больных (60%) депрессивным расстройством с ипохондрическими проявлениями вошли в основную группу. Основными методами исследования являлись: клинико-психологический (интервью, анамнестический сбор данных), экспериментально-психологические методы для изучения когнитивных особенностей пациентов с точки зрения нейро- и патопсихологии, а также методика для оценки социального функционирования больных с РДР – самоопросник Q-LES-Q, описывающий субъективный уровень удовлетворенности пациентом своего социального функционирования, а также методы математической статистики. В исследовании применялись методы математической статистики такой, как непараметрический критерий для двух несвязанных (независимых) выборок U-критерия Манна-Уитни. Обработка результатов осуществлялась с помощью пакета прикладных программ STATISTICA 12.0.

Результаты исследования. Больные с ипохондрическим радикалом в структуре РДР имели более выраженные нарушения межличностных отношений, а пациенты с меланхолической депрессией были в худшей степени удовлетворены жилищной ситуацией на уровне, близком к статистически значимому. Довольство жилищной ситуацией пациентов с тоскливым типом депрессивного расстройства была выше в сравнении с ипохондрическим типом также на уровне, близком к статистически значимому (табл. 1).

Таблица 1 – Средние показатели шкал опросника Q-les-Q у пациентов с различными синдромальными формами рекуррентного депрессивного расстройства

Разновидности ДР Социальный фактор	Тоскливый вариант	Ипохондрический вариант	P
Отношения с окружающими	1,7±0,9	2,6±1,1	0,07
Жилищная ситуация	2,6±0,8	3,5±0,7	0,08
Способность передвигаться	3,4±1,1	4,5±0,5	0,04

Показатели когнитивного функционирования при различных вариантах РДР представлены в таблице 2. Анализ результатов выполнения методик оценивался по следующим показателям: безошибочное выполнение и выполнение с наводящими вопросами в методике «Пересказ рассказа», а также выполнение методики «Таблицы Шульте» по показателям выполнения в пределах нормы (до 50 сек.) и ниже нормы. Полученные данные среди контрольной и основной групп соответствуют достоверному (0,02) и высокому (0,005) уровню статистической значимости.

Таблица 2 – Результаты показателей когнитивного функционирования у пациентов с различными проявлениями рекуррентного депрессивного расстройства

Функция	Показатели тестов		Тоскливый вариант ДР	Ипохондрический вариант ДР	P
Память	Пересказ рассказа	Безошибочное выполнение	1 (12,5%)	2 (16,67%)	0,02
		Выполнение с наводящими вопросами	7 (87,5%)	10 (83,3%)	

Внимание	Таблицы Шульте	В пределах нормы	51,58±9,12	50,48±7,6	0,005
		Ниже нормы	58,93±9,12	58,22±11,12	

При изучении взаимосвязи когнитивных нарушений и снижения уровня СФ было выявлено, что у большинства больных РДР показатели социального функционирования соотносились с результатами «выполнение с наводящими вопросами» и «ниже нормы» в методике «Пересказ рассказа» и «Таблицы Шульте» (табл.2). Когнитивные нарушения у пациентов с рекуррентным депрессивным расстройством отличались идеомоторной заторможенностью, а также снижением показателей исполнительных функций.

Таблица 3 – Связь между показателями когнитивного функционирования и синдромальными формами рекуррентного депрессивного расстройства

Функция	Показатели тестов		Q-les-Q
Память	Пересказ рассказа	Безошибочное выполнение	0,112
		Выполнение с наводящими вопросами	0,235*
Внимание	Таблицы Шульте	В пределах нормы	0,158
		Ниже нормы	0,257*

Уровень выраженности нарушения социального функционирования определял ухудшение характеристик когнитивных функций таких как: концентрация внимания, логический компонент мышления (табл. 3).

Выводы. Таким образом, снижение уровня социального функционирования пациентов с рекуррентным депрессивным расстройством коррелирует с сопровождающими его когнитивными нарушениями. Ухудшение показателей социального функционирования в таких сферах как бытовая, межличностных отношениях являются факторами, замедляющими процесс выздоровления пациентов. Компенсация когнитивного дефицита является одной из необходимых задач в процессе повышения уровня социального функционирования как одного из этапов выздоровления.

Список литературы

1. Погосова, И.А. Нейропсихологические особенности больных коморбидными паническими и депрессивными расстройствами / И.А. Погосова, Т.Е. Боровлёва // Коллекция гуманитарных исследований. – 2018. – № 6 (15). – URL: <http://j-chr.com/>
2. Пастух, И.А. Качество жизни больных рекуррентным депрессивным расстройством / Д.С. Сирош, И.А. Пастух / В сборнике: Молодежь – практическому здравоохранению. XIII Всероссийская с международным участием научная конференция студентов и молодых ученых-медиков. – 2019. – С. 394-397.

КОГНИТИВНЫЕ И ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ ПРИ СОМАТИЗИРОВАННЫХ РАССТРОЙСТВАХ

Богушевская Ю.В.

Курский государственный медицинский университет, Курск, Российская Федерация

Актуальность. Категория больных с явлениями соматизации остается сложной проблемой для первичного звена здравоохранения [2, 3]. Подвергаясь многочисленным безрезультатным обследованиям у врачей-интернистов, больные соматизированными расстройствами (СР) становятся медико-социальным и экономическим бременем для системы здравоохранения, обуславливая проблему непрофильного обращения. Изучение факторов, препятствующих своевременному оказанию психиатрической и психотерапевтической помощи указанной категории «трудных» больных, выявило ряд причин [1]. Среди них немаловажная роль отводится представлениям больного о своем расстройстве – внутренней картине болезни. Проблема восприятия заболевания больными СР остается актуальной в контексте изучения факторов, препятствующих своевременному обращению за специализированной психиатрической помощью. Нарушение понимания картины болезни, искаженные представления о своем заболевании отрицательно сказываются не только на ранней диагностике феноменов соматизации, но и создают сложности в процессе психотерапии. Специалисты сталкиваются с целым рядом трудностей – отсутствие мотивации на психологическую работу, «алекситимический барьер» в виде сложностей осознания и выражения своих психологических состояний и интернализации проблем, наличие вторичной выгоды от соматических симптомов и др. [4].

Целью исследования являлось изучение когнитивной и эмоциональной сторон внутренней картины болезни при соматизированных расстройствах.

Материалы и методы исследования. В 2016-2020 гг. на базе психосоматического отделения ОБУЗ «КОНБ» обследовано 276 больных СР. В основную группу вошли 176 больных с «избегающим врача-психиатра поведением», которые на протяжении длительного времени (от 1 года до 6 лет) не обращались за психиатрической помощью. Основную группу составили 108 больных, которые обратились к врачу-психиатру в течение 1 года (относительно короткий период). Все обследованные были женского пола, в возрасте от 20 до 44 лет. По социально-демографическим показателям группы были уравнены.

Методы исследования: 1) клинико-психопатологический, 2) психодиагностический (опросник восприятия болезни), 3) статистический непараметрический критерий U Манна-Уитни. Опросник IPQ-R (Мосс-Моррис Р. с соавт., 2002) адаптирован Е.И. Рассказовой в 2016 году. Он направлен на психологическую диагностику когнитивных репрезентаций болезни, общих субъективных представлений больных о происходящем с ними, которые формируются в ситуации соматического и психического заболевания. В его основу положена теория саморегуляции в отношении здоровья и болезни (Leventhal H., 2003). Опросник состоит из двух блоков, первый «представления о болезни» включает 38 утверждений, оцениваемых по шкале Лайкерта. В данном блоке выделено 7 шкал: длительность заболевания, последствия, личностный контроль, контроль лечения, понимание болезни, цикличность, эмоциональные репрезентации. Второй блок предполагает наличие 18 вероятных причин заболевания. Они включают 4 шкалы: психологические причины, факторы риска, «иммунитет», «случайность».

Для исследования когнитивных и эмоциональных репрезентаций болезни при СР в основной и контрольной исследовательских группах был использован «Опросник восприятия болезни» (IPQ-R) (Р. Мосс-Моррис и соавт. в адаптации Е.И. Рассказовой, 2016). Для нахождения различий применялся непараметрический критерий U Манна-Уитни для двух несвязанных выборок.

В результате анализа нами были обнаружены статистически значимые различия по следующим шкалам когнитивных репрезентаций болезни: «длительность», «цикличность»,

«понимание болезни», «личностный контроль». Отсутствие значимых различий у больных обеих исследовательских групп по шкалам «последствия», «контроль лечения» и «эмоциональные репрезентации» также имеет специфические особенности. Высокие показатели затрагивают важные характеристики всей выборки, которые необходимо учитывать при анализе когнитивных репрезентаций болезни.

Отсутствие значимых различий по шкале «последствия» у пациенток в обеих группах отражает наличие одинаковой субъективной оценки негативного влияния болезни на собственную жизнь, социальное функционирование и взаимоотношения с окружающими.

Достаточно высокие значения по показателю «контроль лечения», в равной степени выраженные у всех больных СР, свидетельствуют об уверенности в важности и эффективности лечения, направленного на снижение вероятности проявлений отрицательных последствий болезни или осложнений, за счет осуществления прописанного курса лечения в психиатрическом учреждении. Такое отношение к терапии может выступать позитивной характеристикой, предрасполагающей к комплаенсу в системе «врач – пациент».

Высокие показатели по шкале «эмоциональные репрезентации», характерные для всех больных СР, свидетельствуют о том, что пациентки склонны испытывать страх, тревогу и раздражение в отношении своего заболевания, а также выраженную гипотимию при обсуждении темы заболевания. Полученные результаты отражают наличие нарушений аффективной сферы в структуре клинических проявлений СР, что соотносится с другими исследованиями в этом направлении, подтверждающими преобладание негативного аффекта у больных СР.

Наличие значимых различий по шкале «Длительность» ($p=0,000021$) у больных СР с разной продолжительностью заболевания отражает субъективные представления о том, насколько длительным будет течение болезни. Для больных, обратившихся за психиатрической помощью в относительно короткий период, характерно представление о наличии заболевания как постоянной, хронической проблемы со здоровьем. Это может быть связано с опытом длительных неудачных обследований и способов лечения недуга у специалистов общей медицинской сети.

В отличие от больных контрольной группы, больные СР, длительно не обращавшиеся за психиатрической помощью, склонны давать субъективную оценку продолжительности своего физического и психологического неблагополучия как временного состояния, которое в ближайшем времени улучшится.

Полученные данные свидетельствуют о постепенном повышении контроля в отношении своего состояния и признания своих собственных возможностей, действий, которые помогут эффективно облегчить отдельные проявления болезни при увеличении периода до обращения к врачу-психиатру.

Поэтому наличие значимых различий по шкале «личностный контроль» ($p=0,0000002$) подтверждает у больных СР основной группы принятие большей ответственности в отношении своего заболевания по сравнению с контрольной. Последние характеризуются склонностью считать, что течение болезни не зависит от их индивидуальных усилий и помочь им могут только высококвалифицированные специалисты.

Кроме выявленных особенностей когнитивных репрезентаций болезни у пациентов СР с разной длительностью заболевания зафиксированы значимые различия по шкале «цикличность» ($p=0,000021$), свидетельствующие о том, что у больных основной группы формируется представление о периодичности ухудшений и улучшений течения расстройства. Данные результаты могут быть связаны с тем, что, достигнув облегчения состояния, пациентки возвращаются в прежнюю жизненную среду, которая продолжает способствовать приобретению травматичного опыта и появлению функциональных симптомов.

Шкала «понимание болезни» отражает субъективное представление человека о том, насколько он разбирается в своем заболевании. Нами было установлено, что больные СР контрольной группы не имеют четкого и ясного понимания своего состояния. Клинические

проявления СР приводят их в замешательство в связи с их болезненным характером и трудностью в установлении органической основы их возникновения. Такая диссоциация усугубляется еще тем, что перспектива иметь психическое расстройство менее благоприятна для больных СР, по сравнению с соматическими болезнями, которые не так очевидно подвергаются стигматизации со стороны общества.

Больные СР основной группы считают, что субъективно лучше разбираются в своем заболевании ($p=0,0000001$). В анамнезе у них более длительный опыт непрофильного обращения, использование неавторитетных информационных ресурсов для получения информации о болезни (советы знакомых, поисковые системы интернет-пространства), они считают себя разбирающимися в собственном заболевании. Именно они подвержены стигматизации и самостигматизации, которые у них выражены значительнее, чем у больных контрольной группы.

При изучении особенностей оценки возможных причин у больных в исследовательских группах обнаружены статистически значимые различия по показателям «психологические причины», «факторы риска», «иммунитет», «случайность».

У больных СР контрольной группы по показателю «психологические причины» наблюдаются высокие средние значения. Несмотря на это выявлена тенденция к интерпретации причин своего заболевания нарушениями протекания физиологических процессов в организме (изменения в иммунной системе, наличие какой-либо инфекции). Подобные результаты в данной группе пациенток связаны с излишним беспокойством по поводу имеющихся симптомов при СР, что может свидетельствовать о нарастании «ипохондризации» личности в соответствии с выявленными нами особенностями телесного опыта с фиксацией на болезненных и опасных ощущениях. Также у больных СР контрольной группы на уровне статистической тенденции выявлена склонность к интерпретации развития расстройства «факторами риска», влияющими на протекание заболевания («возрастные особенности»), что может быть связано с нежеланием искать более глубинные причины своего дискомфортного состояния. Так как различия значимы на уровне тенденции, можно предположить, что, в целом, для пациенток контрольной группы характерно постепенное признание психосоматических аспектов своего состояния.

Незначительное повышение средних значений в интерпретации причин болезни по показателю – «случайность» свидетельствует о том, что больные СР контрольной группы могут иметь представления о возникновении недуга как следствия воздействия случайных факторов, независимых от самой личности.

«Психологические причины» болезни отражают влияние стресса, тревоги, эмоциональных состояний, семейных проблем или особенностей личности на формирование заболевания. Трудность интерпретации данной шкалы состоит в том, что сложно объективно установить, относится ли наиболее часто выбираемый ответ «стресс или тревога» у больных СР контрольной группы к отдельному внутреннему психологическому состоянию или же обусловлен ситуативными факторами.

Анализируя структуру психологических причин у женщин СР основной группы, можно обнаружить у них склонность видеть источник возникновения недуга не только в стрессовых факторах и тревоге, но и в собственных отрицательных установках, неправильных формах поведения, особенностях личности. Эмоциональная составляющая также учитывалась данной группой пациенток в контексте переживания ощущений одиночества, тревоги и чувства опустошенности.

Таким образом, когнитивные репрезентации о заболевании формируются, исходя из психологических причин, в большей степени, у больных СР с избегающим врача-психиатра поведением. Личностный контроль над болезнью позволяет больным СР, поздно обратившимся к врачу-психиатру, посредством собственных усилий улучшать свое состояние здоровья. Выраженные эмоциональные репрезентации создают препятствия для

самостоятельного преодоления недуга и приводят к непрофильному обращению к специалистам первичного звена здравоохранения.

Список литературы

1. Богушевская, Ю.В. Клинические факторы, препятствующие своевременному обращению больных соматизированными расстройствами за психиатрической помощью / Ю.В. Богушевская // Кремлевская медицина. Клинический вестник. – 2022. – № 1. – С. 36-41.
2. Караваева, Т.А. Соматоформные расстройства / Т.А. Караваева, А.В. Васильева / В книге: Психотерапия. Учебник. – Москва, 2022. – С. 516-543.
3. Лутова, Н.Б. Психиатрическая стигма: клинико-демографические или культуральные факторы / Н.Б. Лутова, О.В. Макаревич, М.Ю. Сорокин и др. // Социальная и клиническая психиатрия. – 2019. – Т. 29. № 4. – С. 50-56.
4. Холмогорова, А.Б. Соматизация: современные трактовки, психологические модели и методы психотерапии (часть 2) / А.Б. Холмогорова, Н.Г. Гаранян // Современная терапия психических расстройств. – 2008. – № 3. – С. 21-30.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОТРАВМИРУЮЩИХ СИТУАЦИЙ (ОСТРОТА, ОЖИДАЕМОСТЬ) ПРИ РАЗЛИЧНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ФОРМАХ НЕВРОТИЧЕСКИХ И СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВ

Тимуца Д.Р.

Казанский государственный медицинский университет,
Казань, Российская Федерация

Аннотация. В статье приводятся результаты исследования клинико-психопатологических особенностей формирования различных клинических форм невротических и соматоформных расстройств в зависимости от особенностей психотравм.

Ключевые слова: невротические расстройства, невротогенез, психотравма.

Актуальность. В последние десятилетия в мире наблюдается рост числа невротических и соматоформных расстройств, вследствие чего возрастает актуальность изучения механизмов их развития. Феномен психической травмы имеет большую значимость в происхождении психосоматических и невротических заболеваний. Работы многих ученых посвящены проблематике психической травмы [1, 2, 3, 5].

В.Д. Менделевич дает такое определение: психическая травма – это жизненное событие, затрагивающее значимые стороны существования человека и приводящее к глубоким психологическим переживаниям. Существуют различные характеристики психотравм, в данной работе рассмотрены характеристики по остроте появления и характеру ожидаемости (экспектации) событий, ставших психотравмирующими.

Цель исследования: изучить особенности формирования различных клинических форм невротических и соматоформных расстройств в зависимости от особенностей психотравмирующей ситуации, вызвавшей расстройство.

Материалы и методы: было обследовано 242 человека в возрасте от 18 до 65 лет (68 мужчин и 174 женщины). Отбор пациентов проводился сплошным методом амбулаторно и стационарно в условиях Республиканской клинической психиатрической больницы, Городской клинической больницы № 18 г. Казани.

Критерием включения в выборку являлось наличие невротического или связанного со стрессом расстройства по МКБ-10. Для выполнения цели исследования экспериментальная выборка была разбита на девять подгрупп: F 40 Фобические тревожные расстройства; F 41.0 Паническое расстройство; F 41.1 Генерализованное тревожное расстройство; F 41.2 Смешанное тревожное и депрессивное расстройство; F 42 Obsessивно-компульсивное

расстройство; F 43.2 Расстройство приспособительных реакций; F 45 Соматоформные расстройства; F 48 Неврастения; F 32.0 Депрессивный эпизод легкой степени.

Количество человек в сформированных группах варьировало от 25 до 31.

Оценка клинического состояния исследуемых пациентов происходила на основании критериев МКБ-10. Основой клинико-психологического метода являлось клиническое интервьюирование, позволяющее оценить индивидуально-психологические особенности пациентов. Также использовался анамнестический метод, который позволил оценить клинические и психологические параметры обследуемых. Материалы исследования были подвергнуты статистической обработке с использованием методов параметрического и непараметрического анализа в соответствии с результатами проверки сравниваемых совокупностей на нормальность распределения. Накопление, корректировка, систематизация исходной информации и визуализация полученных результатов осуществлялись в электронных таблицах Microsoft Office Excel 2007. Статистический анализ проводился с использованием программы IBM SPSS Statistics 25.

Результаты. Первый критерий, по которому производилась оценка типа психотравмы – острота возникновения. Острой психотравмой считается жизненно важное событие, возникавшее неожиданно для человека и длившееся от нескольких часов до нескольких суток. К подострой психотравме относились ситуации, длившиеся несколько недель, а к хронической – продолжавшиеся несколько месяцев. Наиболее высокий процент пациентов с острой психотравмой (48,3%) встречался в группе с диагнозом расстройство приспособительных реакций. В группе с депрессивным эпизодом легкой степени наблюдалась гораздо большая доля пациентов с подострой психологической травмой (84%), с хронической же – наибольший процент исследуемых отмечался в группе, страдающих неврастением (50%), соматоформными (55,2%), смешанными тревожными и депрессивными (51,6%), а также генерализованным тревожным расстройством (56%).

При сравнительном анализе были выявлены статистически значимые ($p < 0,001$) различия между группами по данному признаку. Более всего выделились исследуемые с диагнозом расстройство приспособительных реакций (среди них отмечен самый высокий процент острой психологической травмы 48,3%), которые статистически значимо отличались от всех групп пациентов: фобические тревожные расстройства ($p = 0,014$); паническое расстройство ($p = 0,002$); генерализованное тревожное расстройство ($p < 0,001$); смешанное тревожное и депрессивное расстройство ($p < 0,001$); обсессивно-компульсивное расстройство ($p = 0,003$); соматоформные расстройства ($p < 0,001$); неврастения ($p < 0,001$); депрессивный эпизод ($p = 0,017$).

Отметим, что гораздо больше доля пациентов с подострой психологической травмой (84%) была выявлена в группе с депрессивным эпизодом легкой степени, которая была схожа по данному признаку с респондентами из групп 40.0 (68%), 41.0 (60%) и 42 (64%).

С хронической формой психологической травмы наибольший процент был выявлен среди исследуемых страдающих неврастением (50%), соматоформными (55,2%), смешанными тревожными и депрессивными (51,6%), а также генерализованными тревожными расстройствами (56%).

Помимо оценки остроты психотравм была проведена субъективная оценка параметра экспектации – ожидаемости/неожиданности события, которое впоследствии оказалось психотравмирующим. Максимальный процент респондентов с неожиданной психотравмой наблюдался в группах пациентов с диагнозом расстройство приспособительных реакций (75,9%) и депрессивный эпизод легкой степени (60%), минимальный процент – в группах пациентов с диагнозом генерализованное тревожное расстройство (32%) и соматоформные расстройства (34,5%).

При сравнительном анализе (Хи-квадрат) группа пациентов с диагнозом: «Расстройство приспособительных реакций» отличалась от подавляющего большинства изученных совокупностей, где этот признак встречался более чем у половины пациентов, а именно от обследованных с диагнозами: паническое расстройство ($p = 0,007$);

генерализованное тревожное расстройство ($p=0,001$); смешанное тревожное и депрессивное расстройство ($p=0,015$); обсессивно-компульсивное расстройство ($p=0,035$); соматоформные расстройства ($p=0,002$). В данной группе ожидаемая психологическая травма встречалась лишь у 24,10% респондентов. Статистически значимых различий не удалось выявить только с группами 32 (40%), 48.0 (46.4%) и 40 (среди 48% респондентов зафиксирована ожидаемая психологическая травма).

Как видно из проведенного анализа, острые психотравмы чаще предшествовали расстройству приспособительных реакций, подострые – депрессивному эпизоду легкой степени, а хронические психотравмирующие ситуации преобладали в группах пациентов с неврастениями, соматоформными, смешанными тревожными и депрессивными, а также генерализованным тревожным расстройствами. Для большинства больных с расстройством приспособительных реакций психотравмирующие события оказались неожиданными, для большей части пациентов с соматоформными и генерализованным тревожным расстройствами психотравмы имели ожидаемый характер.

Список литературы

1. Александровский, Ю.А. Состояния психической адаптации и невротические расстройства / Ю.А. Александровский. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 52 с.
2. Идрисов, К.А. Клинико-динамические и эпидемиологические аспекты депрессивных расстройств в условиях длительной чрезвычайной ситуации / К.А. Идрисов, В.Н. Краснов // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2015. – № 4. – С. 65-69.
3. Ковалев, Ю.В. Представление о невротической тревоге / Ю.В. Ковалев // Академический журнал Западной Сибири. – 2012. – № 2. – С. 30-31.
4. Менделевич, В.Д. Антиципационные механизмы невротогенеза / В.Д. Менделевич. – Казань : Медицина, 2018. – 448 с.
5. The buffering power of overt socially supportive and unsupportive behaviors from the significant other on posttraumatic stress disorder individuals' emotional state / S. Guay, N. Nachar, M.E. Lavoie [et al.] // Anxiety Stress Coping. – 2016. – № 14. – P. 1-14.

НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НАРУШЕНИЙ ВОСПРИЯТИЯ ПРИ РАССТРОЙСТВАХ АФФЕКТИВНОГО СПЕКТРА

Феоктистова Е.В., Можчерева В.В.

Курский государственный медицинский университет, Курск, Российская Федерация

Актуальность. По данным ВОЗ, депрессивные расстройства к 2020 году достигли распространенности, которая совсем немного уступает сердечно-сосудистым заболеваниям. Ситуация с пандемией COVID-19 усугубила положение до того, что распространенность депрессивных и тревожных расстройств возросла еще на 25% [6]. Весьма тревожно представить прогнозы на ближайшие 2023-2024 годы, учитывая актуальную ситуацию в мире, переживая события 2022 года.

По нашему мнению, именно дальнейшее подробное изучение признаков проявления и факторов возникновения, превенция, изучение особенностей психофармакотерапии депрессивных расстройств – важнейшая задача современных психиатров, психотерапевтов, психологов.

Когнитивные нарушения при расстройствах аффективного спектра активно изучаются профильными специалистами на протяжении двух последних десятилетий. Ранее классической психиатрией выделялись три характерных признака депрессивных эпизода – нарушение идеаторного компонента, выражающегося брадифренией, моторного компонента, главным образом, проявляющегося двигательной заторможенностью и

болезненное снижение настроения (гипотимический компонент) [5]. Подробнее изучая особенности идеаторных нарушений, их в дальнейшем разделили на две группы: количественные (собственно брадифрения) или нарушения мышления по форме [2] и качественные или расстройства по содержанию (относят продуктивную симптоматику: идеи виновности, греховности и иное, доходящие до возникновения бреда). Также исследователями прошлого уже тогда подчеркивалась прочная связь между аффективным и идеаторным компонентами триады, что в современном аспекте нашло отражение в идеях о депрессии как о расстройстве «аффективного познания» [1, 3], где речь идет о специфическом восприятии, при котором нарушается обработка эмоционально значимой информации, приводящая к снижению продуктивности восприятия, следовательно – нарушению социального функционирования. Однако это лишь гипотеза, которая требует дальнейших исследований.

Наглядно и качественно изучить особенности восприятия при расстройствах аффективного спектра помогает современная нейропсихология. Нейропсихологическое обследование принято проводить по методу РГМУ [4], который представляет собой модификацию метода, который предложил А.Р. Лурия и Л.И. Московичуте, где в сфере восприятия исследуется: слуховой, зрительный, пространственный и тактильный гнозис.

В данной работе именно выше представленным методом мы изучили особенности восприятия у пациентов с аффективными расстройствами.

Цель исследования – нахождение взаимосвязи между выраженностью и глубиной депрессивных проявлений и качественных и количественных нарушений восприятия.

Задачи исследования:

1. Выявление характерных особенностей восприятия у пациентов с депрессивным расстройством.
2. Подтверждение взаимосвязи между выраженностью и глубиной депрессивных проявлений и нарушениями восприятия.
3. Разработка рекомендаций для психокоррекционной работы с учетом выявленных особенностей восприятия.
4. Оценка эффективности комплексного подхода к лечению депрессивных расстройств, включающего медикаментозную терапию и психокоррекционную работу с учетом выявленных особенностей восприятия.

В исследовании приняли участие 25 женщин 35-54 лет, страдающие депрессивным расстройством, находящиеся на медикаментозном стационарном лечении около месяца. Из медикаментозных препаратов большинством из них принимались: «амитриптилин», «серлифт», «хлорпотиксен», «кветиапин», «пирацетам». Исследование проводилось на базе ОБУЗ «Областная клиническая наркологическая больница» г. Курска.

Материалы и методы исследования.

1. Шкала У. Цунга для самооценки депрессии (англ. Zung Self-Rating Depression Scale).
2. Нейропсихологические пробы исследования восприятия: исследование зрительного, слухового, тактильного, пространственного гнозиса.
3. Шкала О.А. Коротковой для оценки результатов исследования.

Методы статистической обработки.

В исследовании использовались методы математической статистики (корреляционный анализ двух связанных (зависимых) выборок критерия R – Спирмена), которые выполнялись с использованием пакета прикладных программ STATISTICA 12.0.

Результаты. Исследовав уровень депрессивных проявлений с помощью шкалы У. Цунга и восприятие нейропсихологическими пробами, была замечена прямая корреляционная связь – большей глубине депрессивных реакций соответствует более высокий балл по шкале О.А. Коротковой ($p \leq 0,01$).

Среднее значение по шкале самооценки депрессии У. Цунга – 50,16 баллов. Среднее значение по шкале выраженности нейропсихологических нарушений восприятия по шкале

О.А. Коротковой – 1,02 балла (заметно неуверенное, с допуском ошибок, но самостоятельное выполнение проб).

Из нарушений восприятия были выявлены: предметная агнозия (57,5 % женщин испытывали трудности при назывании предметов, описывая их с помощью бытовых свойств); нарушения кожной чувствительности (95% с ошибками выполняли пробу «кожное чтение»); слухового гнозиса (35% пациенток с грубыми ошибками воспроизводили «сложные» сдвоенные ритмы) и пространственной агнозии (30% испытывали трудности с воспроизведением определенного положения кисти и пальцев рук).

Выводы. Выявленная связь между выраженностью депрессивных проявлений и нарушениями восприятия подтверждает важность комплексного подхода к лечению депрессивных расстройств, включающего не только медикаментозную терапию, но и психокоррекционную работу с учетом выявленных особенностей восприятия. Особое внимание следует уделить коррекции нарушений предметной агнозии, кожной чувствительности, слухового гнозиса и пространственной агнозии, которые могут оказывать значительное влияние на качество жизни пациентов и их способность к социальной адаптации.

Список литературы

1. Ахапкин, Р.В. Когнитивные нарушения при непсихотических депрессивных расстройствах (системный клинико-диагностический и прогностический анализ): дис. на соиск. учен. степ. докт. мед. наук: 14.01.06, Ахапкин Р.В.; Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского. – Москва, 2021. – 23-32 с.
2. Ахапкин Р.В., Маслова М.А. Когнитивные нарушения при непсихотических депрессивных расстройствах // Российский психиатрический журнал. – 2015. – № 1.
3. Балашова М.В., Плужников И.В. Возможные мишени когнитивной ремедиации при аффективных расстройствах // Социальная и клиническая психиатрия. – 2018, т. 28, № 1. – С. 15-21.
4. Гусев Е.И., Гехт А.Б., Боголепова А.Н., Сорокина И.Б. Нейропсихологические исследования в клинической неврологии // Лечебное дело. – 2003. – № 1.
5. Крепелин Е. Лекции по клинической психиатрии. – Лондон: Баллиер, Тиндалл и Кокс, 1912. – 368 с.
6. <https://www.who.int/ru>

ВЛИЯНИЕ ТИПА ПРИВЯЗАННОСТИ РЕБЕНКА К МАТЕРИ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОЦЕССА РАННЕЙ СОЦИАЛИЗАЦИИ ДЕТЕЙ 2-3 ЛЕТ

Василенко М.А.

Курская областная детская больница, Курск, Российская Федерация
Курский государственный медицинский университет, Курск, Российская Федерация

Актуальность нашей работы продиктована стремительным ростом числа детей с соматическими и психосоматическими заболеваниями, снижением общего уровня развития детей, увеличением числа детей и подростков, предпочитающих общение в сети живому непосредственному общению. Важностью исследования особенностей социализации детей раннего, дошкольного возраста, а также поиски путей психологического и клиничко-психологического сопровождения на этом этапе, позволяют реализовать психопрофилактическую и психогигиеническую задачи в работе клинического психолога.

В настоящее время мы замечаем стремительное увеличение интереса исследователей и их внимания к феномену привязанности. Категорию привязанности в психологию ввел Д. Боулби. Он считал привязанность «подвидом эмоциональной связи, в которой чувство безопасности человека связано с отношениями» [2]. Вслед за Д. Боулби, М. Эйнсворт и А.А. Реаном мы понимаем под привязанностью интегративное образование, которое включает в себя эмоциональную связь с матерью, ее образ и первое социальное поведение, адресованное ей, дающее ощущение близости, безопасности, надежности отношений. Выделяют надежный и ненадежный типы привязанности. Ненадежный в свою очередь подразделяется на тревожно-избегающий, дезорганизованный и симбиотический подвиды привязанности. Д. Боулби и М. Эйнсворт, Д. Винникотт указывали также на то, что отношения привязанности, будучи сформированными в раннем детстве оказывают влияние на всю дальнейшую жизнь человека, во многом определяя паттерны его взаимоотношений с окружающими и способы совладания со стрессом.

Целью исследования является изучение влияния качества привязанности на эффективность процесса ранней социализации детей двух-трех лет.

В исследовании были использованы следующие методы: структурированное интервью, включенное наблюдение по модифицированному методу М. Эйнсворт, психодиагностические методики («Комплексная методика оценки психического развития детей 2-3 лет» Е.А. Стребелевой), архивные методы – анализ медицинской документации. Статистические методы анализа данных (анализ средних тенденций, непараметрический критерий U Манна-Уитни, угловое преобразование Фишера (ϕ)).

В нашей работе мы обратили внимание на особенности социализации детей раннего возраста (2-3 года), а также уровень их психического развития. Разделяя взгляды Г.М. Андреевой и А.А. Реана, мы к основным критериям эффективности процесса социализации относим развитие личности ребенка и его адаптацию к новым социальным средам (в качестве основной новой социальной среды рассматриваем детские дошкольные учреждения). Поскольку в процессе развития личности ребенка во взаимодействии со значимым взрослым, происходит интеграция норм, правил, ценностей, формируется готовность реагировать на мир и людей определенным образом, посредством которого осуществляется развитие личности ребенка. Так, отношения ребенка со значимым взрослым (чаще это мать ребенка) становятся одновременно и фактором социализации, и первым ее этапом. Далее при вхождении ребенка в новую социальную среду он опирается на уже усвоенные в отношениях с матерью в семье паттерны взаимодействия с другими людьми и миром.

Д. Винникотт, Д. Боулби, Р.А. Шпиц, С.А. Кулаков считали, что в раннем возрасте у младенцев нет психических расстройств, а есть только расстройства в отношениях, в которых участвует младенец. «Модель привязанности, сформированная в результате взаимодействия индивида со значимыми взрослыми в детстве, взаимосвязана с интенсивностью психопатологических симптомов» [3, 9]. Мы также предполагаем, что расстройства в отношениях может влиять на развитие и соматических заболеваний в том числе.

Установлено, что при начале посещения ребенком дошкольного учреждения заболеваемость соматическими и психосоматическими заболеваниями достоверно растет [4]. Но обращаясь к сравнению количества заболеваний детей с надежным и

ненадежным типом привязанности в течение первого года пребывания в детском саду, мы выявили, что у детей с надежным типом привязанности, таких детей выявлено 67%, частота заболеваний соматическими заболеваниями в 3 раза ниже, чем у детей с ненадежным типом привязанности, детей с этим типом привязанности 33%. Различий по гендерному признаку выявлено не было.

Таким образом, дети с надежным типом привязанности легче адаптируются к новым социальным средам, поскольку уверены в материнском тепле, близости, присутствии и защите, доступности матери для контакта, более позитивны, устойчивы к негативным влияниям окружающей среды.

Исследуя взаимосвязь развития личности и типа привязанности следует остановиться на том, что в возрасте 2-3 лет вести речь о наличии личности ребенка несколько преждевременно, поскольку она формируется благодаря жизни в обществе, но процесс формирования самости, которая в свою очередь становится фундаментом, на котором строится личность, начинается, по мнению Д. Стерна, Д. Винникотта, Р.А. Шпица, буквально с рождения, поскольку ребенок уже в это время ощущает себя как отдельное существо, способное вступать в контакт с окружающими его людьми. Л.И. Божович, Л.С. Выготский и М.И. Лисина в своих трудах указывали на взаимосвязь психического развития и развития личности ребенка, следовательно, изучая уровень психического развития детей 2-3 лет, мы изучаем основу формирования личности.

Результаты исследования уровня психического развития детей 2-3 лет показали, что 65% детей в общей выборке обладают высоким уровнем психического развития, что является хорошей предпосылкой развития личности, и 35% детей в общей выборке отличаются средним уровнем психического развития. В группе с надежным типом привязанности дети более самостоятельны, автономны, заинтересованы в конечном результате, более развиты интеллектуально, присутствуют элементы развития наглядно-образного мышления.

В группе с ненадежным типом привязанности дети стремятся к контакту со взрослым, но проявляют моторные трудности, согласованность действий рук не выражена. При выполнении заданий дети данной группы в большей степени использовали внешние ориентировочные действия без опоры на элементы наглядно-образного мышления.

Таким образом, мы можем сделать вывод о том, что дети с надежным типом привязанности легче адаптируются к новым социальным средам, более устойчивы к негативным влияниям окружающей среды, а также демонстрируют более высокий уровень психического развития, которое в свою очередь является предпосылкой развития личности.

Список литературы

1. Божович, Л.И. Проблемы формирования личности / Л.И.Божович // М.: МПСИ; Воронеж: НПО «МОДЭК», 2001. – 352 с.
2. Боулби, Д. Привязанность / Д. Боулби // пер. с англ. – М.: Гардарики, 2003. – 477 с.
3. Боулби, Д. Создание и разрушение эмоциональных связей / Д. Боулби // пер. с англ. В.В. Старовойтова. – 2-е изд. – М.: Академический проект, 2006. – 323 с.
4. Василенко, М.А. Привязанность ребенка к матери, как фактор ранней социализации. Дис...канд...псих.наук / М.А. Василенко // ФГБОУ ВПО «Курский государственный университет». Защищена 26.09.2011. 233 с. Библиогр. 252 назв.
5. Винникот Д. Семья и развитие личности. Мать и дитя / Д. Винникот // Екатеринбург: Изд. «ЛИТУР», 2004. – 400 с.
6. Кулаков, С.А. Основы психосоматики / С.А. Кулаков // СПб.: Речь, 2005. – 288 с.
7. Лисина М.И. Общение, личность и психика ребенка / М.И. Лисина // М.: МПСИ; Воронеж: НПО «МОДЭК», 1997. – 384 с.

8. Стерн Д. Межличностный мир ребенка / Д. Стерн // СПб.: ВЕИП, 2006. – 376 с.
9. Шпиц Р.А. Психоанализ раннего детского возраста / Р.А. Шпиц // М.: СГТБ Университет. Книга, 2001. – 159 с.
10. Ainsworth M.D. Mother-infant attachment / M.D. Ainsworth // J. Amer. Psychol., 1979. V. 11. P. 67-104.
11. Ainsworth M.D., Blehar M.C, Waters E., Wall S. Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation. / M.D. Ainsworth, M.C. Blehar, E.Waters, S.Wall // N.Y., 1978.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОГРАММЫ СУБЪЕКТИВНО-ЛИЧНОСТНОГО ВОССТАНОВЛЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПСИХОТИЧЕСКОЙ ЛИЧНОСТНОЙ ДЕЗОРГАНИЗАЦИЕЙ

Мельниченко В.В.

Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького,
Донецк, Российская Федерация

Актуальность. Серьезная проблема точного определения и описания личностной дезорганизации отражена в многочисленных исследованиях последних десятилетий [1]. В. Мишель и Ю. Шода [2] независимо от А. Бека и А. Фримена [3] разработали теоретические основы нормальной и дисфункциональной личности, которые фундаментально интегрировали четыре основных компонента личности (познание, эмоции, мотивацию и поведение) для объяснения развития, поддержания и течения личностных нарушений.

Чтобы объяснить связи между различными и разнородными элементами: симптомами, дисфункциональными формами поведения и плохим социальным функционированием - составляющими личностной дезорганизации, был смоделирован самогенез структурных изменений, который представил дисфункции, связи между ними и то, как их взаимодействие поддерживает психические расстройства с течением времени. На наш взгляд, наиболее точными элементами такого самогенеза, учитывая ранее предложенные компоненты личности, являются: а) проблемные содержания (мысли и эмоции) – субъективно переживаемые как состояния сознания и организованные в виде нарративов; б) недостатки метакогниции - способности рефлексировать над собственными и чужими психическими состояниями; в) патогенные межличностные схемы; и г) дезадаптивные процессы принятия решений (саморегуляция). Эти элементы изменяются и взаимодействуют у пациентов в условиях их жизни с психической «болезнью», образуя типичные патологические организации.

Психотерапевтические вмешательства, направленные на восстановление личностной структуры, включают широкий спектр методов лечения, таких как психодинамическая психотерапия, когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) или клиент-центрированная терапия. Кроме того, в последние десятилетия было разработано несколько конкретных психотерапевтических подходов для решения анализируемых проблем, которые четко структурированы и последовательны. Наиболее часто используются: трансферентно-ориентированная терапия (ТФТ), диалектическая поведенческая терапия (ДБТ), ментализационная терапия (МБТ), схема-терапия (СТ) и системный тренинг эмоциональной предсказуемости и решения проблем (СТЭПП). Большинство из этих методов лечения разработаны как амбулаторная психотерапия продолжительностью от шести до 12 месяцев с одним или двумя еженедельными индивидуальными сеансами. Для большинства пациентов такие условия терапевтической среды трудновыполнимы, поэтому актуальным

предстает поиск новых психотерапевтических решений – краткосрочных, полезных, эффективных.

Целью данного исследования является разработка системы психотерапевтической коррекции и субъективно-личностного восстановления больных с психотическим уровнем дезорганизации личности. В ее основу был положен интегративный психотерапевтический подход, включавший комплексное применение элементов схема-терапии, когнитивно-поведенческой психотерапии с использованием групповых и индивидуальных методов для эмоционально-волевого включения.

Материалы и методы. Для оценки эффективности программы субъективно-личностного восстановления больных с психотической дезорганизацией личности было выделено две группы. Основной группе (65 чел.) оказывалась медицинская помощь, которая включала в себя методы психофармакологической и психотерапевтической направленности. Группу сравнения (больные, получавшие только медикаментозное лечение и не привлекавшиеся к участию в программе субъективно-личностного восстановления) составили 55 пациентов. Абсолютное количество больных с психотической дезорганизацией личности приходилось на разделы F20-F23: F20.0 – с параноидной шизофренией; F23.0 – с острыми транзиторными психотическими расстройствами.

Методология и техническая процедура оценки эффективности программы субъективно-личностного восстановления дезорганизованного больного базировались не только на смягчении симптомов заболевания, но и на необходимости улучшения функционирования пациента. В качестве результата оценивались как особенности жизненного пространства больных в системе «жизнь-болезнь», так и степень активации саморегуляционного потенциала, результатом чего явились нормализация и развитие социального и личностного функционирования пациентов.

Интегративный подход к оценке эффективности программы субъективного восстановления больных включал следующие приоритетные направления:

1. Общую оценку изменений клинко-социальной картины пациентов с дезорганизованной личностью;
2. Стандартизованную оценку динамики тяжести клинко-психопатологических симптомов психотических расстройств;
3. Оценку структурных компонентов саморегуляционного потенциала личности с дезорганизацией, включая ресурсные возможности больных.

Результаты исследования. В результате проведенных психокоррекционных мероприятий увеличился удельный вес психотических пациентов с умеренным (29,2%) и высоким (70,8%) уровнем саморегуляционного потенциала ($p \leq 0,05$). Отмечалось снижение выраженности позитивной и негативной симптоматики у психотически дезорганизованных пациентов в областях: возбуждения ($2,8 \pm 0,9$), враждебности ($3,4 \pm 1,8$), пассивно-апатической социальной отстраненности ($3,0 \pm 0,7$) ($p \leq 0,05$). У 46 (38,3%) пациентов определялся средний уровень дисфункциональности когнитивных искажений. Уровень толерантности к неопределенности с высоких отрицательных значений перешел в область умеренных (-42 для 26,7 % случаев). Самоэффективность в межличностной сфере достоверно возросла на 15 дополнительных единиц ($+72 \pm 9,5$, $p \leq 0,05$). Социально-психологическая адаптация увеличилась в отношении принятия себя ($24,3 \pm 2,5$) за счет смещенного локуса контроля в сторону интернальности семейных отношений ($4,5 \pm 1,1$) ($p \leq 0,05$).

Выводы. Таким образом, своевременные, персонифицированные и интегративные программы субъективного восстановления больных с психотическим уровнем дезорганизации личности улучшают клинический и социальный прогноз пациентов, способствует повышению степени саморегуляционного потенциала больных с минимальных значений до умеренных. Из этого следует, что системные психокоррекционные и психотерапевтические мероприятия являются индикатором успешности клинической помощи, а также в значительной мере определяют уровень личностного, психологического и социального функционирования больных.

Оказание психиатрической помощи, ориентированной на субъективно-личностное выздоровление, не ограничивается поддержанием удовлетворительного состояния и предотвращением обострения психотической симптоматики у пациентов, а стремится воспринимать человека с психическим расстройством, как личность, способную выбирать свои долгосрочные цели, приобретая высокую самооценку.

Список литературы

1. Widiger T.A., Simonsen E. Alternative dimensional models of personality disorder: finding a common ground. *Journal of Personality Disorders*. – 2005. – 19(2). – PP. 110-130.
2. Mischel W., Shoda Y. A cognitive-affective system theory of personality: reconceptualizing situations, dispositions, dynamics, and invariance in personality structure. *Psychological Review*. – 1995. – 102(2). – PP. 246-268.
3. Beck A.T., Freeman A. *Cognitive Therapy of Personality Disorders*. New York: The Guilford Press. – 1990.

Раздел IV. ВОПРОСЫ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ И ПРЕВЕНЦИИ ПОГРАНИЧНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

ФОРМИРОВАНИЕ МЫСЛИТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

Алехин А.Н.¹, Протопопова М.А.^{1,2}

¹Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена,
Санкт-Петербург, Российская Федерация

² Курский государственный медицинский университет, Курск, Российская Федерация

Актуальность. Дети с задержкой психического развития составляют одну из наиболее многочисленных групп среди детей с нарушениями онтогенеза [2]. Отечественные ученые рассматривают задержку психического развития как пограничное состояние между нормальным уровнем развития и легкой степенью умственной отсталости. Основными диагностическими критериями задержек психического развития на сегодняшний день признают: сниженный уровень познавательной активности, незрелость эмоционально-волевой сферы, ограниченный и не соответствующий возрасту ребенка запас знаний и представлений об окружающей действительности, трудности при формировании мыслительных процессов [1]. Перечисленные особенности приводят к нарушениям школьной и социальной адаптации, трудностям в обучении и межличностном общении, формированию личностных расстройств.

Одним из основных нарушений познавательного развития у детей с задержкой психического развития является нарушение мыслительной деятельности. Трудности при формировании мышления в старшем дошкольном возрасте находят свое отражение в организации всего поведения ребенка, в этой связи актуальность изучения формирования мышления, как основного звена при организации поведения ребенка возрастает.

Цель работы – экспериментально-психологическое исследование особенностей мышления у детей с задержкой психического развития для уточнения содержания коррекционных задач при подготовке ребенка к школе.

Материалы и методы. Проводилось наблюдение за поведением ребенка при проведении психологических экспериментов, направленных на анализ особенностей мышления. Использовались такие методики, как «Разрезные картинки», «Последовательность событий». В соответствии с психологическими представлениями о мышлении ребенка были выделены характерные признаки умственной работы, которые фиксировались в формализованном протоколе наблюдения, а именно: способность к проблематизации и опосредованию, целенаправленность, операциональный компонент, динамическая сторона мышления, зона потенциального развития. Данные признаки оценивались качественно на основании наличия или отсутствия их в поведении ребенка при выполнении экспериментальных задач.

Анализ полученных данных проводился методом оценивания частоты признаков в долях выборки с помощью углового преобразования ф-Фишера. В исследовании приняли участие 38 детей дошкольного возраста (5 лет). Контрольная группа была представлена детьми с нормальным уровнем развития – 12 детей, их них 7 мальчиков и 5 девочек. В группу наблюдения вошли дети с задержкой психического развития различного генеза – 26 детей, 19 мальчиков и 7 девочек.

Результаты. При выполнении методики «Разрезанные картинки» дети контрольной группы в 100% случаях успешно решали задачу, не нуждались в помощи. Большая часть детей без нарушений развития справилась с этим заданием с помощью зрительного соотнесения. Данный факт может свидетельствовать о сформированности операционального уровня перцептивных действий.

В группе детей с задержками психического развития успешно справились с заданием 85% ($\varphi_{\text{эмп}}=1,99$). Однако дети решали ее медленнее (69%; $\varphi_{\text{эмп}}=3,22$), большинство детей (58%; $\varphi_{\text{эмп}}=1,94$) нуждались в помощи взрослых. Сложности при выполнении данного задания были связаны с низким уровнем проблематизации и целенаправленности у 19% ($\varphi_{\text{эмп}}=2,60$) дошкольников с задержкой психического развития. Дети, неспособные справиться с этим заданием, отличались отвлекаемостью, непоследовательным поведением, не понимали инструкций психолога. Способность к опосредованию в группе наблюдения проявлялась у 54% ($\varphi_{\text{эмп}}=4,28$) детей.

Выполняя задание на составление рассказа по серии сюжетных картин – «Последовательность событий», большинство (92%) детей в контрольной группе справились с заданием полностью. Отметим, что дети контрольной группы не испытывали трудностей при восприятии проблемной стороны задачи, с первого раза усваивали инструкцию экспериментатора, более половины (67%) из них обращались за помощью к психологу. При выполнении задания дети демонстрировали достаточный уровень операциональных аспектов мыслительной деятельности: они анализировали ситуацию, устанавливали причинно-следственные связи, на которые опирались при составлении рассказов.

Среди детей с задержками психического развития с аналогичным заданием справились лишь 19% ($\varphi_{\text{эмп}}=4,72$) дошкольников. Главным образом, неудачи этих детей были обусловлены их неспособностью к целенаправленному поведению. 85% ($\varphi_{\text{эмп}}=4,28$) детей не понимали, что делать со стимульным материалом, быстро отвлекались на посторонние объекты, с трудом концентрировали свое внимание, требовали организации поведения со стороны взрослого. 77% ($\varphi_{\text{эмп}}=4,45$) детей затруднялись в систематизации и установлении причинно-следственных связей между событиями в последовательности картин. Дети, способные к проблематизации и опосредованию, в 39% случаев ($\varphi_{\text{эмп}}=1,64$) нуждались в помощи взрослого. Так, если ребенок преодолевал первый этап правильного размещения изображений, то в процессе выстраивания логически связного рассказа он испытывал трудности и мог составить его только при помощи психолога. Динамическая сторона выполнения задания характеризовалась низкой скоростью выполнения задания в 89% ($\varphi_{\text{эмп}}=2,99$) случаев.

Выводы. При проведении эмпирического исследования было установлено, что мышление детей с задержкой психического развития отличается низкой способностью к проблематизации, опосредованию. Также для дошкольников с задержанным развитием характерно снижение операциональной стороны мышления. Данные особенности приводят к нарушениям целенаправленного поведения таких детей.

Таким образом, особенности формирования мыслительной деятельности в клинико-психологической структуре задержек психического развития дошкольников оказывает существенное влияние на организацию поведения ребенка в ситуации решения мыслительных задач.

Список литературы

1. Емелина Д.А., Макаров И.В. Задержки психического развития у детей (аналитический обзор) // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. – 2018. – № 1. – С. 4-12.
2. Лебединская К.С. Задержка психического развития / Хрестоматия. Детская патопсихология. – М., 2000. – С. 50.

Актуальность. Суицидальное поведение человека является глобальной проблемой всего человечества. В молодежной среде проблема суицида представляется в настоящее время чрезвычайно актуальной. Суицид представляет собой саморазрушительное поведение человека, которое направлено на преднамеренное лишение себя жизни с отказом от существующих возможностей, избежать смерти в кризисной ситуации.

По данным статистики, суицид среди подростков в возрасте от 15 до 19 лет выходит на первое место. Каждый день в мире более 1000 подростков совершают суицид, и около 1000 предпринимает суицидальную попытку. Из практической суицидологии известно, что подросток-суицидент пойдет до конца к своей цели несмотря на наличие неудачных попыток.

В специальной литературе описаны некоторые причины суицидального поведения у подростков, среди которых безуспешность помощи при возникающих проблемах, бегство от неразрешимой ситуации, разрешение тягостного состояния психики, способ повлиять на чью-либо установившуюся точку зрения, демонстрация своей любви к какому-либо объекту, облегчение жизни других людей, попытка вызвать сожаление у кого-либо, желание напугать или отстоять свое мнение, заставить окружение войти в переживаемое эмоциональное состояние, трудности идентификации своего состояния [1]. Наличие каких-либо проблем у подростка приводит к тому, что он не ищет помощи у своих родителей, своей семьи, а пытается найти ответы на интересующие его вопросы на просторах интернета, тянется к сверстникам с похожими ситуациями.

Семья выступает главным институтом социализации личности подрастающего поколения, а семейные взаимоотношения играют главенствующую роль в личностном росте и развитии. Семейное воспитание обуславливает социализацию ребенка, недооценивание которой может приводить к перекоосу общественного воспитания, педагогическому волюнтаризму, приданию излишнего внимания роли школы в развитии личности.

Многие авторы отмечают, что семья является одним из главных институтов социализации личности, а внутрисемейные отношения играют особую роль в формировании личности. Исследователи говорят об особой роли в нарушении родительских взаимоотношений в патогенезе формирования невротических расстройств у детей [2]. По сведениям, предоставляемым Организацией психического здоровья США, к числу основных факторов риска суицида относятся неблагополучие в семьях, зависимость от психоактивных веществ.

Цель исследования. Изучить психологические особенности семейных взаимоотношений у подростков, склонных к суицидальному поведению.

Материалы и методы исследования. Всего в настоящей работе приняли участие на добровольной основе 40 учеников 9,10,11 классов МБОУ «Средняя общеобразовательная школа с углубленным изучением предметов художественно-эстетического цикла № 27» им. А.А. Дейнеки г. Курска в возрасте от 15 до 17 лет. Выборка испытуемых была сплошной.

В качестве основных методов исследования были использованы клинико-психологический метод (беседа, наблюдение, сбор психологического анамнеза жизни и заболевания), экспериментально-психологический метод (Скрининг-тест Л.Н. Юрьевой для выявления предрасположенности к суицидальному поведению; Шкала семейной адаптации и сплоченности FACES-3 (тест Олсона), а также статистический метод.

Результаты исследования. При сравнительном анализе состава семей подростков были обнаружены различия на уровне статистической тенденции

($\Phi^*_{эмп} = 2,032$) ($0,01 \leq p \leq 0,05$) по параметру состав семьи. Так, подростки с установленной склонностью к суицидальному поведению отличались неполным составом семьи. Абсолютное большинство респондентов отличалось отсутствием склонности к суицидальному поведению (33 человека – 82,3%).

Также нами были исследованы особенности внутрисемейного взаимодействия у подростков в их семьях. В большинстве случаев подростки характеризовали внутрисемейную атмосферу как неблагоприятную. Для них были присущи дистанцированные отношения с родителями вплоть до холодных, трое сообщали о физических наказаниях за промахи в учебе и непослушание. Они крайне редко проводили вместе с родителями свой досуг, предпочитая прогулки с друзьями и компьютерные игры.

При анализе семейной адаптации и сплоченности были установлены статистически значимые различия по всем показателям, характеризующим адаптацию ($p \leq 0,01$) и по отдельным показателям (гибкий и хаотичный вид сплоченности), характеризующим сплоченность. Это значит, что такие семьи в ситуации стресса не могут адаптироваться к меняющимся условиям, склонны к принятию необдуманных, импульсивных решений, перекладыванию ответственности ввиду отсутствия четкого лидерства, руководства. В целом семьи подростков с установленной склонностью к суицидальному поведению характеризовались как разобщенные и хаотичные, а также как сцепленные и хаотичные. Что позволяет отнести их к дисфункциональным типам семьи.

При анализе особенностей семейных взаимоотношений у подростков в анализируемых группах нами были получены статистически значимые различия ($p \leq 0,01$) по ряду характеристик, таких как характер внутрисемейных взаимоотношений, эмоциональные контакты и степень внутрисемейной близости. У подростков по результатам проведения проекционной методики «Рисунок семьи» наблюдались неблагоприятные внутрисемейные взаимоотношения, недостаточные эмоциональные контакты, низкая степень внутрисемейной близости.

Выводы. Из полученных нами данных следует, что семьи подростков с установленной склонностью к суицидальному поведению в своем большинстве отличаются эмоциональной разделенностью, несогласованностью, трудностями в совместном преодолении жизненных проблем, возникновением чувства тревоги при несвойственном эмоциональном сближении. Полученные сведения не противоречат научным данным, согласно которым установлено, что неполные семьи могут потенцировать дисгармонию личности, что в свою очередь может способствовать актуализации суицидальной идеации (мыслей) у подростков в ситуациях фрустрации.

Для семей подростков без установленной склонности к суицидальному поведению были свойственны связанный и разделенный уровни семейной адаптации, гибкий и структурный уровень семейной сплоченности. Такие семьи в своем большинстве отличались выраженной эмоциональной близостью, демократичностью во взаимоотношениях, некоторой зависимостью друг от друга без нарушения личных границ и интересов, частым проведением совместного досуга. В отдельных случаях им была свойственна умеренная сплоченность, некоторая некритичная разделенность со способностью совместного времяпровождения, принятия решений и обсуждения насущных вопросов, поддержка друг друга.

Список литературы

1. Емяшева Ж.В., Розанов В.А., Бирон Б.В. Оценка степени выраженности жизненного стресса в половозрастном аспекте и его связи с суицидальными тенденциями // Медицинская психология. – 2009. – Том 4, № 1. – С. 39-44.

2. Мамедова С.А. Взаимосвязь личностных особенностей матерей и их детей в условиях неполной семьи // Современные исследования социальных проблем. – Красноярск: Научно-инновационный центр, 2016. – № 4. – С. 124-130.

СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТЬ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ В СЛОЖНОЙ ЖИЗНЕННОЙ СИТУАЦИИ В КОНТЕКСТЕ РАЗВИТИЯ ЛИЧНОСТНОГО ПОТЕНЦИАЛА

Колобова С.В.^{1,2}

¹Мариупольский государственный университет, Мариуполь, Российская Федерация

²Московский гуманитарный университет, Москва, Российская Федерация

Аннотация. Многие ученые, рассматривая феномен личностного потенциала, определяют его в контексте стрессоустойчивости личности в формате приобретенных в стрессовых условиях навыков самозащиты с последующей имплантацией их в структуру личности и ЛП. Важно рассмотреть понятие стрессоустойчивости в рамках изучения ЛП человека, что особенно актуально в изучении лиц старшего возраста, в жизни которых было много сложных жизненных и стрессовых ситуаций, которые по-разному влияли на формирование их личностного потенциала.

Ключевые слова: структура личностного потенциала; пожилые люди; стрессоустойчивость; стресс.

Изучению стрессоустойчивости, в том числе у лиц старшего возраста, уделяли внимание многие авторы: Л.И. Анцыферова, Р.М. Грановская, О.А. Карабанова, Т.Л. Крюкова, А.Е. Личко, А.Б. Леонова. Мы рассмотрим понятие стрессоустойчивости как свойство личности, которое является одним из базовых аспектов ЛП и состоит из различных личностных качеств как их совокупность, оказывающая влияние на поведение человека, социальную деятельность в эмоционально-сложных ситуациях [2, с. 111].

В своих исследованиях Е.В. Вересякина показала, что высокий уровень стрессоустойчивости является личностным ресурсом, который активизируется в стрессовых ситуациях и способствует преодолению стресса [7, с. 377]. По мнению многих авторов, для изучения стрессоустойчивости целесообразно применять модели, учитывающие динамичность этого процесса. Так как статические модели не позволяют учитывать подвижные взаимосвязи между ЛП человека, уровнем стрессоустойчивости и силой, и продолжительностью стрессора [9, 10, 11].

В работах С.С. Комисаренко показано, что сильные затяжные стрессы, неразвитые механизмы стрессоустойчивости влияют на ЛП и здоровье человека более сильно, чем интенсивные, краткие по продолжительности стрессовые воздействия [12, с. 152].

Для изучения стрессоустойчивости целесообразно рассмотреть и научные подходы к определению стресса. Стресс является совокупностью реакций организма, которые проявляются неспецифическими психофизиологическими состояниями на внешнее травмирующее воздействие. Родоначальником концепции стресса является Г. Селье, разработавший понятие адаптационного синдрома [6].

В указанной концепции Г. Селье описал последовательность формирования защитных реакций организма на действие пагубных, неблагоприятных событий (стрессоров). Г. Селье выделил три стадии адаптационного синдрома: тревога, сопротивление, истощение [15].

На первой стадии адаптационного синдрома в результате воздействия стрессового фактора у человека возникает тревога, вследствие которой возникает снижение уровня резистентности организма с соматическими и вегетативными проявлениями. В этот период мобилизуются защитные силы организма и запускаются механизмы саморегуляции и

защитные процессы. При прекращении воздействия внешнего стрессора происходит компенсация тревоги, а организм возвращается к нормальному функционированию.

При продолжении действия стрессового фактора стадия тревоги переходит в стадию резистентности организма, при которой расходуются резервные возможности организма и возникают нарушения вегетативных функций центральной и периферической нервной системы и соответственно нарушения регуляции деятельности органов. Если на этапе резистентности прекращается действие стрессового фактора, функции организма восстанавливаются.

При длительном воздействии стрессора наступает третья стадия адаптационного синдрома – истощения. Возникают выраженные нарушения регуляции систем организма и защитно-приспособительных механизмов, снижается адаптационный потенциал личности. Формируются психосоматические заболевания и психические расстройства.

Выделяются следующие модели стресса [8]:

- генетическая модель, заключается в том, что человек имеет индивидуальные способности к противостоянию стрессовым факторам, которые обусловлены генетически на психическом и физиологическом уровне организма;

- предрасположенность к стрессу, модель основана на утверждении о том, что у каждой личности имеются индивидуальные механизмы взаимодействия физиологических особенностей организма и внешних факторов для сопротивления стрессовому воздействию;

- психодинамическая модель, основана на теории З. Фрейда, который полагал, что тревога формируется в двух вариантах: предвосхищающая как результат сдерживания внутренней агрессии и возникающая вследствие психической травмы [16];

- междисциплинарная модель, основана на том, что у стресс-реакции организма имеются две составляющие психологическая и физиологическая;

- системная модель стресса, заключается в том, что каждая личность индивидуальна и определить формирование стрессового состояния возможно при сравнении с реакцией организма на обыденные ситуации не являющиеся стрессогенными;

- интегративная модель, заключается в суждении о том, что стресс является проблемой человека, требующей рационального и эффективного решения, и если происходит решение данной проблемы, стрессовые проявления редуцируются;

- когнитивная модель стресса, согласно теории, разработанной Р. Лазарусом. На любой стресс человек реагирует при помощи эмоций, которые возникают при осмыслении ситуации, то есть когнитивное отношение к стрессовой ситуации зависит от личностных особенностей, осмысления и восприятия человека [13].

Важность изучения механизмов противостояния стрессу обусловлена необходимостью сохранения соматического и психического здоровья человека [14, с. 212]. Изучение теорий стресса позволяет понять, что включает в себя понятие стрессоустойчивости, включающее личностные качества, которые являются определяющими в формировании реакции человека на стрессовое событие.

Изучению стрессоустойчивости посвящено много исследований как отечественных, так и зарубежных авторов: Л.И. Анцыферовой, Р.М. Грановской, О.А. Карабановой, Т.Л. Крюковой, А.Е. Личко, А.Б. Леоновой.

Проблемы устойчивости к стрессовым воздействиям лиц юношеского возраста рассматривали: Л.И. Божович, А.И. Захаров, Д.А. Леонтьев, С.С. Либих, В.Н. Мясищев, А.М. Прихожан, В.Е. Рожнов. В работах авторов отмечено, что юношеский возраст является наиболее уязвимой категорией в отношении стресса. Это связано с тем, что в указанный возрастной период происходят кардинальные изменения личности и социального функционирования людей.

В процессе изучения научной литературы по проблеме стрессоустойчивости были проанализированы работы следующих исследователей: Р. Лазаруса, Л. Мерфи, Б.Х. Варданяна, В.А. Бодрова, П.Б. Зильбермана и других известных ученых.

Мы рассмотрим понятие стрессоустойчивости как свойство личности, которое состоит из различных личностных качеств как их совокупность, оказывающая влияние на поведение человека, социальную деятельность в эмоционально-сложных ситуациях, при этом не возникает негативных последствий для человека [14, с. 200].

В своих исследованиях С. Хобфолл показал, что высокий уровень стрессоустойчивости является личностным ресурсом, который активизируется в стрессовых ситуациях и способствует преодолению стресса [17]. По мнению многих авторов, для изучения стрессоустойчивости целесообразно применять модели, учитывающие динамичность этого процесса. Так как статические модели не позволяют учитывать подвижные взаимосвязи между ресурсом человека, уровнем стрессоустойчивости и силой, и продолжительностью стрессора [18, с. 22].

Стрессоустойчивость у пожилых людей состоит из трех взаимосвязанных между собой компонентов, включающих: степень выраженности понимания, значимости и состоятельности собственного «Я», принятие себя и ответственности за свои решения и поступки; открытость к новому опыту [1, 3, 4, 5].

С учетом роста количества стрессовых ситуаций в мире, в том числе техногенного, экономического, геополитического, социального и военного характера, активно изучаются механизмы формирования стрессоустойчивости личности. Появились новые направления психологической науки в данной области исследований, так как стрессы влияют на здоровье, качество и продолжительность жизни людей.

Вывод. Согласно проведенному нами анализу литературных источников, стрессоустойчивость является основополагающим аспектом для обеспечения качества жизни человека. В связи с этим нам представляется важным дальнейшее изучение механизмов преодоления стрессового воздействия внешних факторов у пожилых людей.

Комфортное эмоциональное состояние пожилого человека является как стимулом для дальнейшего раскрытия его личностного потенциала, так и критерием успешности реализации данного потенциала.

В этой связи специалистам, разрабатывающим коррекционные программы по оказанию поддержки пожилым людям, необходимо уметь диагностировать их состояние на основе научно обоснованного инструментария, в частности определения уровня их стрессоустойчивости.

Список литературы

1. Абрамова Г.С. Возрастная психология / Г.С. Абрамова. – М. : Академический проект, 2012. – 340 с.
2. Абульханова, К.А. Методологический принцип субъекта: исследование жизненного пути личности [Текст] / Психологический журнал. – 2014. – Т. 35. № 2. – С. 5-18.
3. Альперович В.А. Социальная геронтология / В.А. Альперович. – Ростов н/Д. : Феникс, 2009. – 576 с.
4. Анциферова Л.И. Поздний период жизни человека: типы старения и возможности поступательного старения личности / Л.И. Анциферова // Психологический журнал. – 1996. – № 6. – С. 60-71.
5. Бабакова, Л.В. Повседневные неприятности и удовлетворенность жизнью в связи со стратегиями совладания в период старения (на примере Болгарии). [Текст]: дис. канд. психол. наук / Л.В. Бабакова. – СПб. – 2017. – 215 с.
6. Блехарская Е.В. Пожилой возраст как переходный этап жизненного пути человека [Электронный ресурс] / Е.В. Блехарская // Педагогическое образование в России. – 2017. – № 12.
7. Веряскина, А.Н. Самореализация человека в контексте устойчивого развития. [Текст] / Евразийское научное объединение. – 2019. – № 5-6 (51). – С. 377-380.
8. Водопьянова, Н.В. Психодиагностика стресса [Текст] / Н.В. Водопьянова. – СПб.: Питер. – 2009. – 336 с.

9. Гильмутдинова Р.И., Ширшаева Ю.С. Самооценка психоэмоционального состояния у женщин пожилого возраста. Физическая культура: воспитание, образование, тренировка. – 2022. – № 6. – С. 16.
10. Гудзовская А.А. Социально-психологические факторы геронтологического эйджизма [Электронный ресурс] / А.А. Гудзовская // Социальные явления. – 2018. – № 2 (9). – С. 49-55. – Электрон. версия.
11. Корнилова, Т.В. Личностные ценности, моральное развитие и эмоциональный интеллект в регуляции выбора в ситуации межличностного взаимодействия / Т.В. Корнилова, И.А. Чигринова // Психология. Журнал Высшей школы экономики. – 2014. – Т. 11, № 4. – С. 56-74.
12. Комиссаренко С.С. Ресоциализации пожилых людей как социально-педагогическая проблема [Электронный ресурс] / С.С. Комиссаренко, Е.Н. Згурская // Вестник Казанского государственного университета культуры и искусств. – 2018. – № 2. – С. 152-157.
13. Лазарус Р. Совладание // Психологическая энциклопедия. 2-е изд. / Под ред. Р. Корсини и А. Ауэрбаха. С-Питер, 2003. – С. 815-816.
14. Либина, А.В. Психология совладания : учебное пособие для вузов / А.В. Либина. – 2-е изд., перераб. и доп. – Москва : Издательство Юрайт, 2019 – 318 с.
15. Селье, Г. Стресс без дистресса [Электронный ресурс]. URL: <http://psyberia.ru/book/distress.pdf> (дата обращения: 15.10.2022).
16. Фрейд З. Психоанализ. Религия. Культура / З. Фрейд. – М. : Канон, 2014. – 368 с.
17. Cho J. Successful aging and developmental adaptation of oldest-old adults : Graduate Theses and Dissertations. – Iowa State University, 2011. – 136 p. 213.
18. Gilleard C. The Third Age and the Baby Boomers: Two Approaches to the Social Structuring of Later Life / C. Gilleard, P. Higgs // International Journal of Ageing and Later Life. – 2021. – Vol. 2. – P. 13-30.

ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ У ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ АНТЕНАТАЛЬНУЮ ГИБЕЛЬ ПЛОДА НА ПОЗДНЕМ СРОКЕ БЕРЕМЕННОСТИ

Глушкова В.П.

Курский государственный медицинский университет, Курск, Российская Федерация

Несмотря на проводимую политику государства в РФ в области охраны материнства и детства, направленную на реализацию комплекса социально-экономических и лечебно-профилактических мер по укреплению здоровья женщин и детей, обеспечению условий нормальной жизнедеятельности, мертворождение остается важной проблемой в акушерстве.

Особое внимание при этом уделяется рассмотрению причин перинатальной смертности, среди которых существуют как «необъяснимые», так и связанные с задержкой роста плода на фоне соматической патологии у беременной женщины.

Так, по клиническим данным «необъяснимые» антенатальные потери составляют от 17 до 50% случаев, учитывая многофакторность влияния на состояние плода. Для женщины потеря ребенка на позднем сроке беременности это сложный процесс переживаний, связанных с психологическими, поведенческими, социальными и физическими реакциями на утрату. Ситуация потери ребенка рассматривается как специфическая стрессовая ситуация, требующая от личности мобилизации всех психологических ресурсов для достижения определенного оптимального уровня взаимодействия с социумом и достижения социально-психологической адаптации (СПА) [1, 5, 6].

В связи с этим важным является изучение особенностей СПА у женщин, перенесших антенатальную гибель плода на позднем сроке беременности [2, 3, 4].

Исследование проводилось на базе ОБУЗ ОПЦ г. Курска в отделении патологии беременных (АОПБ). В нем приняло участие 60 женщин, среди них в экспериментальную группу вошли 30 женщин, которые были госпитализированы в акушерское отделение патологии беременных (АОПБ) с диагнозом антенатальная гибель плода на сроках беременности от 28 до 40 недель для последующего родоразрешения, в контрольную группу – 30 беременных женщин с угрозой преждевременных родов. Все женщины во время беременности наблюдались в женских консультациях по месту жительства, состоят в браке, имеют опыт успешной завершённой беременности, т.е. есть ребенок.

Для диагностики особенностей социально-психологической адаптации использовалась методика СПА Роджерса Даймонда.

В результате исследования основных интегральных показателей в обеих группах испытуемых выявлена тенденция, согласно которой как показатели адаптации ($X_{ср.} = 43 \pm 14,91$), самопринятия ($X_{ср.} = 46 \pm 15,01$), так и показатели эмоционального комфорта ($X_{ср.} = 39 \pm 12,03$) соответствуют низкому уровню в экспериментальной группе (беременные с антенатальной гибелью плода на поздних сроках беременности), тогда как в группе беременных, находящихся на дородовой госпитализации с угрожающими преждевременными родами, показатели адаптации ($X_{ср.} = 54,84 \pm 15,91$), эмоционального комфорта ($X_{ср.} = 47,08 \pm 16,14$) и самопринятия ($X_{ср.} = 59,96 \pm 17,18$) соответствуют среднему уровню. При этом стремление к доминированию и интернальность в обеих группах соответствуют высокому уровню ($X_{ср.} = 76,86 \pm 16,91$) и проявляется в сосредоточенности на своих внутренних переживаниях, в стремлении контролировать все медицинские манипуляции и эмоциональной напряженности.

Для выявления различий в уровне исследуемого признака (СПА) использовался U-критерий Манна-Уитни.

На основании оценки значимости различий показателей СПА с использованием критерия Манна-Уитни у беременных с антенатальной гибелью плода и у беременных, находящихся на дородовой госпитализации с угрожающими преждевременными родами, получены следующие результаты: адаптации (U эмп. = 238*; U кр. = 1010); эмоционального комфорта (U эмп. = 648*; U кр. = 1010), самопринятия (U эмп. = 237*; U кр. = 1010).

Таким образом, беременные с антенатальной гибелью плода характеризуются более низкими показателями СПА: снижена адаптация, эмоциональный комфорт и самопринятие, т.е. по отношению к окружающим проявляется неопределенность, настороженность и трудности в эмоциональном реагировании (ощущение неопределенности, внутреннего беспокойства). При этом отмечается высокая интернальность, когда ответственность за случившееся приписывается самой себе («не уследила», «не смогла все проконтролировать», «надо было прислушиваться к своему состоянию» и т.д.) и стремление к доминированию, проявляющееся в попытке контролировать и влиять на ситуацию.

Полученные результаты позволяют нам сделать вывод о том, что беременные с антенатальной гибелью плода на поздних сроках беременности находятся в ситуации переживания потери, которая сопровождается снижением социально-психологической адаптации и нуждаются в психологическом сопровождении, как на этапе госпитализации, так и после родоразрешения. При оказании своевременной психологической коррекции снижается риск формирования эмоционально-волевых нарушений и повышается адаптация к роли матери при планировании и наступлении последующей беременности.

Список литературы

1. Добряков И.В. Помощь при перинатальных утратах // Здоровье человека, семьи, общества. Социодинамическая парадигма в психиатрии, наркологии, психотерапии и психологии. сборник материалов Всероссийской конференции с международным участием памяти профессора Цезаря Петровича Короленко. Новосибирск, 2021. – С. 61-69.

2. Добряков И.В., Фаерберг Л.М. Психологическая помощь при перинатальных потерях. Учебно-методическое пособие. СПб: Издательство ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России, 2016. – 45 с.
3. Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. Личностные и диссоциативные расстройства: расширение границ диагностики и терапии. – Новосибирск: Издательство НГТУ, 2006. – 448 с.
4. Троицкая-Смит А. (Troitskaya-Smith A.) Горевание — концепция «утраты» в акушерской практике (пер. с англ.) // Перинатальная психология и медицина: сборник материалов межрегиональной конф. СПб: АМСУ, 2001. – С. 144-154.
5. Guidelines, 2001 Guidelines for health care professionals supporting families experiencing a perinatal loss. Fetus and Newborn Committee. Canadian Paediatric Society (CPS): Paediatrics & Child Health 2001 6 (71). – P. 469-477.
6. Dobryakov I., Nikolskaya I. Crisis Psychotherapy in Children with PostTraumatic Stress Disorder: Method of Cognitive-Metaphorical Reconstruction of Traumatic Experiences in Drawings. // In: Comprehensive Guide to PostTraumatic Stress Disorder. Springer International Publishing, Switzerland, 2016. – P. 1349-1365.

ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ СФЕРА ЖЕНЩИН С УГРОЗОЙ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Глушкова В.П., Лозина О.Н.

Курский государственный медицинский университет, Курск, Российская Федерация

Одной из основных задач многих исследований современной психологии является изучение психологического состояния женщины в период беременности. Ожидание ребенка не только важное событие в жизни каждой мамы, но и критический, кризисный период в жизни женщины, этап гендерно-ролевой идентификации и особая ситуация адаптации [1].

В связи с этим наиболее важной и актуальной проблемой нарушений репродуктивного здоровья является такое состояние, как частое невынашивание беременности. Согласно данным официальной статистики, частота самопроизвольных абортов составляет 15-30% от всех зарегистрированных беременностей [2].

Поиск решения этой важной для общества проблемы актуализирует исследовательские задачи, связанные с ранним выявлением симптомокомплексов, свидетельствующих о нарушениях естественного течения беременности и факторах, их вызывающих. К числу таких факторов относятся имеющиеся проблемы со здоровьем женщины, возраст, стремление к беременности, эмоциональное состояние женщины (депрессивные состояния, высокий уровень тревожности, наличие страхов, семейная дисгармония, острые и хронические стрессы) [3].

В последние десятилетия в психологии и медицине активно изучаются психологические особенности женщин с нарушением физиологического течения беременности, установлена связь между психоземotionalными и индивидуально-характерологическими особенностями беременных с угрозой прерывания беременности, участие эмоциональных факторов в развитии осложнений беременности [4].

По данным литературы, для беременных с медицинским диагнозом «невынашивание» характерны эмоциональная неустойчивость, раздражительность, высокий уровень личностной тревожности, сенситивность, мнительность, астеничность, снижающая личную активность, неадекватная самооценка [5]. Все это способствует формированию у беременных с угрозой невынашивания нарушения со стороны вегетативной нервной системы, при стрессовых переживаниях они склонны к чрезмерным эмоциональным реакциям, не всегда к неадекватным ситуации, что способствует неуверенности в себе, низкой самооценке. При хроническом стрессе у этих женщин развиваются различные невротические расстройства, отмечается астенизация, реакция «ухода в себя», отрицание проблем, соматизация [6]. Поэтому в психологии сама ситуация беременности и материнства рассматривается как кризис, требующий адаптации к беременности как физиологическому и психосоматическому состоянию и адаптации к материнству как принятия роли матери и материнской позиции, женщина учится воспринимать нерожденное ребенка, связывая ее потребности с фактом его существования [2].

Таким образом, проанализировав тему возможной опасности прерывания беременности у женщин, можно сделать вывод: эмоциональная сфера характеризуется повышенной тревожностью, страхами перед будущим, недостаточной подготовкой к материнству. Женщинам этой группы свойственна идеализация контроля над собственной жизнью, психологическая зависимость от физиологических факторов, тревога и депрессия, затрудняющие прохождение психологических этапов беременности.

Список литературы

1. Творогова, Н.Д., Кулешова К.В. Состояние благополучия женщины в период беременности // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2017. – Т. 9, № 4(45).

2. Ветчанина Е.Г. Психологические состояния беременных женщин в условиях острого и хронического стресса и особенности их психокоррекции // Автореф. канд. псих. наук // Томск, 2015.
3. Абрамченко В.В. Современные методы подготовки беременных к родам. – С-П. – 2016.
4. Филиппова Г.Г. Репродуктивная психология в России: современные проблемы и тенденции развития // Психотерапия. – 2015.
5. Вараксина Г.Н. Особенности течения беременности и развития симптомов угрожающего аборта у женщин под влиянием характерологических и психосоциальных факторов / автореф. Казань. – 2015.
6. Карпухина, О.В. Анализ эмоциональных нарушений у женщин с угрозой прерывания беременности / О.В. Карпухина. – Текст : непосредственный // Молодой ученый. – 2019. – № 39.

ВЛИЯНИЕ МЕДИЦИНСКОГО АБОРТА НА ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ЖЕНЩИН

Глушкова В.П., Гололобова К.В.

Курский государственный медицинский университет, Курск, Российская Федерация

На сегодняшний день на территории России происходит примерно 4 млн. аборт в год. На каждого новорожденного ребенка приходится двое, не появившихся на свет в результате аборта, и этот показатель продолжает расти. Среди осложнений аборта наиболее частыми являются заболевания женских половых органов, бесплодие [1]. Но аборт наносит не только физическую, но и серьезную психическую травму. Патологические психологические симптомы, возникающие у женщин после прерывания беременности, объединяются в литературе в специфический послеабортный синдром, который развивается в течение нескольких месяцев после проведения медицинского аборта и может беспокоить женщину в течение длительного времени.

В связи с этим наиболее важной и актуальной проблемой является влияние медицинского аборта на психоэмоциональное состояние женщин и качество их жизни после прерывания беременности с помощью медицинского аборта и разработка системы лечебно-реабилитационных мероприятий [2; 3].

К данным мероприятиям можно отнести получение психологической консультации психолога для принятия осознанного решения и выявления истинных женщин, которые решают прервать беременность под влиянием сложившейся ситуации и находятся в подавленном и тревожном состоянии. В их настроении доминирует страх, они не могут принять волевое решение, так как испытывают давление на себя и чувствуют себя беспомощными, так как не видят другого выхода [6]. Спектр различных психологических осложнений, вызванных травмой проведенного аборта, очень широк: от незначительных психологических расстройств до серьезных психических нарушений.

Первоначально, после прерывания беременности, у женщин срабатывают механизмы психологической защиты, которые временно смягчают их травму. Однако, когда защитная система дает сбой, женщины начинают испытывать нарушения сна (бессонница, кошмары по ночам), отсутствие аппетита, резкие перепады настроения – все это характерно для женщин после аборта. У них часто наблюдаются психосоматические расстройства одновременно с мигренями, болями в животе и т.д. [4] Также могут наблюдаться психические расстройства, которые проявляются в отстранении от людей, чрезмерном употреблении лекарственных препаратов и алкоголя. Одни женщины становятся недоверчивыми, другие – параноидальными вплоть до развития психоза.

Таким образом, проанализировав тему возможной опасности прерывания беременности у женщин, можно сделать вывод о том, что среди последствий медицинского аборта на первый план выходят психологические и психические последствия, которые приводят к нарушению существующей модели восприятия мира [5].

Список литературы

1. Альбицкий В.Ю., Юсупова А.Н., Шарапова Е.И., Волков И.М. Репродуктивное здоровье и поведение женщин России. – Казань: Медицина, 2001. – С. 13-15.
2. Ваганов Н.Н. Охрана материнства и детства как медико-социальная проблема // Здравоохран. Рос. Фед. – 1991. – С. 14.
3. Кулаков В.И., Серов В.Н., Ваганов Н.Н. и др. Руководство по планированию семьи. – М., 1997. – С. 23.
4. Кулаков В.И., Вихляева Е.М., Савельева И.С. и др. Медико-консультативная помощь при искусственном аборте. – М., 2005. – С. 15.
5. Ралко В.В. Искусственный медицинский аборт (ранние осложнения, прогнозирование, профилактика): Автореф. дисс. ... канд.мед.наук. – Омск, 1994.С. 14-15.
6. Филиппова Г.Г. Репродуктивная психология в России: современные проблемы и тенденции развития // Психотерапия. – 2015. – С. 23.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОСЛЕ ПТСР

Колобова С.В.^{1,2}

¹Мариупольский государственный университет имени А.И. Куинджи, Мариуполь

²АНО ВО «Московский гуманитарный университет», Москва, Российская Федерация

Аннотация. Данная статья посвящена описанию одного из самых современных, эффективных и научно-обоснованных методов реабилитации после ПТСР (посттравматического стрессового расстройства) – ДПДГ (десенсибилизация и переработка с помощью движений глаз). ДПДГ широко применяется в рамках когнитивно-поведенческой терапии для лечения ПТСР и дает быстрые результаты, что возможно благодаря эффективной переработке информации, связанной с травматическими событиями.

Ключевые слова: ПТСР, ДПДГ, десенсибилизация и переработка с помощью движений глаз, депрессия, травматическое событие, психотравма.

В современных условиях напряженной социально-экономической и геополитической ситуации, случаев физического, сексуального и психологического насилия, боевых действий, террористических актов, природных и техногенных катаклизмов люди оказываются подверженными острым или хроническим событиям. Эти травмирующие события приводят к снижению общего психологического и психического благополучия индивида, снижению качества жизни и в результате проявляются как посттравматические стрессовые расстройства (ПТСР).

Несмотря на общепринятое мнение, что ПТСР характерно для солдат и участников боевых действий, с данным расстройством сталкивается множество людей, перенесших или переносящих такой психологический стресс, с которым психика справиться не в силах. ПТСР может возникнуть в результате любой ситуации, связанной с угрозой жизни и здоровью человека: насилие, авткатастрофа, нападение, стихийное бедствие и пр. Событие считается травматичным в случае, если оно субъективно интерпретируется тем, кто переживает это событие, как потенциально опасное для жизни, чрезвычайно напряженное, пугающее и находящееся вне индивидуального контроля. Психологическая травма подавляет нервную систему человека, вызывая в значительной степени неконтролируемый стресс. Травмирующие жизненные переживания, как правило, неожиданны, и многие, кто

переживает травматический опыт, чувствуют себя бессильными остановить или изменить это событие.

Травмирующее событие может иметь разную степень влияния на разных людей в силу их особенностей психики и умения справляться со стрессовыми ситуациями, однако, как правило, негативный эффект травмирующего события типичен для всех его объектов.

Оставленная без лечения и однажды укоренившаяся как ПТСР, травма вызывает навязчивые симптомы в виде нежелательных и непрекращающихся визуальных, слуховых и обонятельных воспоминаний о травмирующем событии, кошмаров и навязчивых мыслей, раздражительности, подавленности, эмоционального оцепенения и оторванности от привычной жизни. Пациенты с ПТСР могут страдать от симптомов других расстройств. Так, распространенной является коморбидность между ПТСР и депрессивным расстройством.

Со временем ПТСР становится центральным элементом жизни человека и может длиться всю жизнь, что делает данное расстройство одним из самых изнуряющих состояний. Несмотря на негативные последствия ПТСР, люди зачастую не обращаются за помощью из-за боязни стигматизации, связанной с ярлыком психического заболевания.

Ведущим экспертом в области ПТСР являлась Ф. Шапиро – создатель терапевтического метода по работе с ПТСР ДПДГ (десенсибилизация и переработка с помощью движений глаз), английское название EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing).

ДПДГ, а также когнитивно-поведенческая терапия являются наиболее эффективными методами работы с ПТСР [4]. ДПДГ – это психотерапевтический метод, который экспериментально разработан для устранения последствий психологической травмы и других негативных жизненных переживаний. Он позволяет пациентам обрабатывать тревожные воспоминания и заменять их новыми адаптивными, сосредоточившись на прошлых воспоминаниях, нынешних нарушениях и будущих действиях [5].

Начало методу ДПДГ было положено в 1987 г., когда Ф. Шапиро случайно заметила, что при определенных движениях глаз наблюдается снижение интенсивности негативных навязчивых мыслей. Изначально Ф. Шапиро использовала данный метод на себе как средство лечения психотравмы от онкологического заболевания, диагностированного у нее ранее. Уже в 1989 г. было впервые сообщено об успешном применении метода при лечении жертв травматического события. С тех пор внимание многих исследователей со всего мира было приковано к данному методу – его применению, изучению, модификации, доказательству его эффективности.

Несмотря на достаточно простой принцип работы ДПДГ представляет собой полноценную систему психотерапии, которая согласуется с постулатами клиент-ориентированной терапии К. Роджерса.

Теоретической основой ДПДГ является адаптивная обработка информации (AIP – Adaptive Information Processing Model). В рамках модели AIP симптомы расстройства объясняются дисфункционально хранящимися воспоминаниями, которые в результате переработки соединяются с более обширными адаптивными нейронными сетями [6]. При ассимиляции нового опыта в нейронные сети памяти он становится той основной, на которую опирается человек в течение последующей жизни. Примером этому может послужить одергивание руки от горячей поверхности и нежелание к ней прикоснуться из-за опыта получения ожога [2]. Процесс переработки информации осуществляется во время сна в БДГ-фазу и сопровождается быстрыми движениями глазных яблок. Однако при воздействии травматического события переработка информации нарушается и новая информация, не присоединяясь к адаптивным нейронным сетям, начинает храниться изолированно. В результате, сталкиваясь с триггерами, индивид проявляет неадекватные реакции на когнитивном, поведенческом и эмоциональном уровне, а также клинические симптомы в виде бессоницы, тревоги и пр.

Таким образом, в рамках модели AIP патология рассматривается как не переработанный в прошлом негативный, травматичный опыт, который хранит в себе аффект в виде стыда, страха, вины и пр., негативные представления о самом себе и телесные ощущения. «Личностные установки, эмоции и ощущения рассматриваются не как простые реакции на события прошлого, а как проявление физиологически сохраненных ощущений и реакций на них, зафиксированных в памяти. Такой взгляд на возникающие в настоящем симптомы вследствие активации недостаточно переработанных воспоминаний является ключевым для EMDR» [7, с. 316].

Сущность метода ДПДГ заключается в искусственной активизации переработки информации, заблокированной в нейронных сетях мозга. Предполагается, что движения глаз или другие формы стимуляции в виде поочередных постукиваний по ладоням или щелчков пальцами попеременно у ушей приводят к запуску процессов, аналогичных тем, что происходят в БДГ-фазе сна, когда у человека быстро двигаются глазные яблоки. Движения, применяемые в ДПДГ, открывают доступ к непереработанной травматической информации, которая начинает перерабатываться, трансформируясь из негативной в нейтральную. Благодаря этому представления и убеждения пациента приобретают адаптивный характер [1, с. 5].

Лечение с помощью ДПДГ осуществляется в соответствии со стандартизированными протоколами. В клинических рекомендациях «Посттравматическое стрессовое расстройство» указано, что ДПДГ является одним из рекомендуемых методов лечения ПТСР [3]. ДПДГ рекомендуется использовать в течение 6-12 индивидуальных сессий, которые могут проводиться каждый день, либо 1-2 раза в неделю.

Стандартная процедура ДПДГ осуществляется в соответствии со следующими этапами:

1) подготовка – выявление травмирующего воспоминания, определение дисфункциональных поведенческих паттернов и болезненных симптомов, объяснение пациенту сути метода;

2) определение цели воздействия – определение конкретного эпизода, который подлежит переработке;

3) определение негативного самопредставления, то есть убеждения пациента о самом себе;

4) определение положительного представления о себе;

5) определение выраженности негативного эмоционального реагирования и телесного дискомфорта;

6) десенсибилизация и переработка – вначале пациент должен сосредоточиться на мысленном образе травмирующего события, своих негативных самопредставлениях, неприятных ощущениях и негативных эмоциях, затем начинаются серии стимулирующих движений глаз. После каждой серии пациент должен постараться отбросить травматический образ. Данный этап длится до тех пор, пока чувство тревоги пациента не снизится до 0-1 балла по ШБС;

– инсталляция – пациент должен снова рассказать о том, что он чувствует по отношению к себе, к травмирующему событию, при этом серии движения глаз повторяются. В результате успешного прохождения этапов пациент переосмысливает свой негативный опыт;

– сканирование тела – удерживая в сознании первоначальное воспоминание и положительное самопредставление пациент с закрытыми глазами мысленно сканирует свое тело от макушки до пяток. В случае наличия напряжения или телесного дискомфорта его снова прорабатывают до полного устранения;

– завершение.

В отличие от других форм психотерапии ДПДГ дает быстрые результаты, что объясняется следующими причинами:

– благодаря соединению однотипных негативных воспоминаний в своего рода кластеры нет необходимости в проработке каждого из этих воспоминаний – терапии подвергается только самый яркий и типичный эпизод, и этого достаточно для переработки сразу всех воспоминаний кластера;

– ДПДГ осуществляет воздействие напрямую на дисфункциональный материал;

– информация перерабатывается сразу на нейрофизиологическом уровне, что является целью любого терапевтического метода.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что ПТСР является расстройством, которое требует обязательной реабилитации, и одним из наиболее эффективных методов является ДПДГ, который способствует быстрой переработке информации, связанной с травматической ситуацией.

Список литературы

1. Доморацкий В.А. Краткосрочные методы психотерапии // В.А. Доморацкий. – М.: Издательство Института психотерапии, 2007. – 221 с.

2. Казенная Е.В., Дивид Е.К. Десенсибилизация и переработка при помощи движений глаз (EMDR) и теория структурной диссоциации личности (TSDP) при работе с тяжелой психической травмой // Проблемы современного образования. – 2017. – № 5. – С. 91-98.

3. Клинические рекомендации. Посттравматическое стрессовое расстройство. [Электронный ресурс]. Режим доступа: URL: https://psychiatr.ru/download/6016?view=1&name=KP_ПТСР_10.11.22.pdf (дата обращения 12.02.2023).

4. Greenberg N., Megnin-Viggars O., Leach J. Occupational health professionals and 2018 NICE post-traumatic stress disorder guidelines // Occup. Med. – 2019. – № 69. – P. 397-399.

5. Myers L., Zeng R., Perrine K. Cognitive differences between patients who have psychogenic nonepileptic seizures (PNESs) and posttraumatic stress disorder (PTSD) and patients who have PNESs without PTSD // Epilepsy Behav. – 2014. – № 37. – P. 82-86.

6. Shapiro Fr. EMDR, Adaptive Information Processing, and Case Conceptualization // Journal of EMDR Practice and Research. 2007. Vol. 1. No. 2. – P. 68-87.

7. Solomon R.M., Shapiro Fr. EMDR and the Adaptive Information Processing Model Potential Mechanisms of Change // Journal of EMDR Practice and Research. – 2008. – Vol. 2. – No. 4. – P. 315-325.

ГОТОВНОСТЬ К МАТЕРИНСТВУ В СИТУАЦИИ ПСИХОГЕННОГО БЕСПЛОДИЯ

Горелова И.С., Земзюлина И.Н.

Курский государственный медицинский университет, Курск, Российская Федерация

Актуальность. Проблема репродуктивного здоровья актуальна на протяжении долгого времени и остается таковой и на данный момент. На качество выполнения репродуктивной функции влияют не только физиологические факторы, но и социально-психологические [2]. В качестве социально-психологических факторов мы рассматриваем готовность к материнству.

Готовность к материнству – это личностный конструкт, основой которого является субъектно-объектная ориентация в отношении к еще не родившемуся ребенку [1].

Психологическая готовность к материнству определяет потребность в роли матери, позитивное отношение к рождению и воспитанию ребенка. Готовность к материнству формируется под воздействием культурных и социальных установок. Современные условия дают повод для женщины к переоценке значимости материнства. Появляются ценности образования, самореализации, карьерного роста и иные ценности, не связанные с

продолжением рода [3]. В связи с этим мы исследуем доминирующие сферы жизни у женщин, которые, по нашему мнению, могут быть связаны со статусом репродуктивного здоровья.

Социально-политическая эмансипация женщин и все более широкое привлечение их в общественное производство делает их семейные роли, включая материнство, не столь всеобъемлющими и, возможно, менее значимыми для них. Даже если потребность быть матерью и заложена в женской природе, общественные нормы и ценности оказывают определенное влияние на проявления материнского отношения [4].

Модель психогенного бесплодия рассматривает бесплодие как психосоматическое расстройство: нарушение фертильности у женщин происходит из-за патологического воздействия аффективных переживаний, в том числе конфликтом между карьерой и материнством [5; 6].

Цель исследования – изучение взаимосвязи готовности к материнству и психогенного бесплодия.

Для достижения цели ставились следующие задачи:

- изучить особенности готовности к материнству у беременных женщин и женщин с психогенным бесплодием;
- выявить преобладающие сферы жизни в идентификационных характеристиках личности бесплодных и беременных женщин.

Материалы и методы. В исследовании использовались следующие методы:

- интервью;
- наблюдение;
- психодиагностические методы;
- математико-статистический анализ.

В качестве психодиагностического материала использовался тест «Фигуры» Г.Г. Филипповой и тест «Кто я?» М. Куна (М. Кун, Т. Макпартленд; модификация Т.В. Румянцевой).

Математико-статистический анализ производился с помощью программ Microsoft Excel и STATISTICA 8.0. Применялся критерий 2 для номинативных шкал.

Участники исследования. В исследовании приняли участие замужние женщины, не имеющие физиологических проблем с репродуктивным здоровьем, в количестве 29 человек. В контрольную группу вошли женщины с первой беременностью (3 триместр) в возрасте от 23 до 29 лет в количестве 14 человек. Экспериментальную группу составили 15 женщин, страдающие психогенным бесплодием, в возрасте от 27 до 32 лет.

Исследование проводилось на базе ОБУЗ «Областной перинатальный центр» г. Курска.

Результаты. В результате обработки данных были выявлены статистически значимые различия в готовности к материнству и по преобладающим сферам жизни в идентификационных характеристиках.

Среди бесплодных женщин выявлено 7% с адекватным типом готовности к материнству, 53% с конфликтным типом и 40% с игнорирующим типом. В группе беременных женщин следующее соотношение по типам готовности к материнству: 50% адекватный тип, 43% конфликтный тип, 7% игнорирующий тип.

Большинство бесплодных женщин имеют противоречивое отношение к появлению ребенка. Это может быть следствием внутреннего конфликта, вызванным борьбой ценностей. Желание женщины самореализоваться в сферах, не связанных с семьей, вызывает несогласованность в компонентах формирования психологической готовности к материнству. Среди беременных женщин половина готова принять на себя роль матери. Однако 43% беременных имеют средний уровень готовности к материнству. Это может быть связано с незапланированной беременностью и, как следствие, процессом переоценки ценностей.

Доминирующие сферы жизни в идентификационных характеристиках у бесплодных представлены следующим образом: семейные роли – 34%, иные сферы – 66%. Среди иных преобладающих сфер наблюдались: работа (33%), отдых (13%), досуг (7%), сфера интимно-личностных отношений (13%). В группе беременных женщин 65% отводится на семейные роли и 35% на иные сферы (работа 7%, отдых 7%, досуг 7%, сфера интимно-личностных отношений 7%, учеба 7%).

Семейная сфера у бесплодных женщин представлена в меньшей степени, по сравнению с группой беременных. Среди прочих сфер у бесплодных женщин преобладает профессиональная. Это говорит о соответствующих потребностях бесплодной женщины: в материальном достатке, карьерном росте, труде и т.д. Данные потребности могут быть более значимыми, чем потребность в материнстве.

Выводы. Бесплодная женщина характеризуется противоречивым отношением к материнству, что сопровождается преобладанием в идентификации сфер жизни, не связанных с семейным аспектом. Беременная женщина психологически готова принять роль матери и среди сфер жизни придает большее значение семейной сфере.

Таким образом, готовность к материнству и доминирующие сферы жизни в идентификационных характеристиках личности связаны с состоянием репродуктивного здоровья.

Список литературы

1. Емельянова К.А. Понятие психологической готовности к материнству / К.А. Емельянова // В сборнике: Актуальные вопросы и достижения современной науки. Материалы Международной (заочной) научно-практической конференции. Под общей редакцией А.И. Вострецова. – 2020. – С. 141-144.
2. Земзюлина И.Н. Личностные детерминанты переживания психологического бесплодия в супружеской паре / И.Н. Земзюлина, А.И. Блюм, Е.Д. Тюнина, Н.В. Забелина // Известия Юго-Западного государственного университета. Серия: Лингвистика и педагогика. – 2018. – Т. 8. – № 3 (28). – С. 163-169.
3. Кыштымова И.М. Взаимосвязь психологической готовности к материнству с социально-психологическими установками женщин / И.М. Кыштымова, А.В. Каменюк // Известия Иркутского государственного университета. Серия: Психология. – 2021. – Т. 36. – С. 53-64.
4. Максимова А.В. Формирование психологической готовности женщины к материнству посредством активного психологического влияния / А.В. Максимова // Интериал. – 2019. – № 1 (5). – С. 131-135.
5. Малкина-Пых И.Г. Психосоматика. Справочник практического психолога / И.Г. Малкина-Пых. – М: Эксмо, 2005. – 990 с.
6. Мордас Е.С. Отношения мать-дочь у женщин, страдающих психогенным бесплодием: психолого-психоаналитический взгляд / Е.С. Мордас, И.Н. Иванова // Психолог. – 2020. – № 4. – С. 1-11. DOI: 10.25136/2409-8701.2020.4.33161.

К ВОПРОСУ ИЗУЧЕНИЯ ОСОЗНАННЫХ СНОВИДЕНИЙ

Морозова О.Н.¹, Богушевская А.А.²

¹МБОУ «Лицей № 21», Курск, Российская Федерация

²Курский государственный медицинский университет, Курск, Российская Федерация

Сны – отражение реальности. Реальность – отражение снов
Зигмунд Фрейд

Изучение сновидений во все времена вызывает не только обывательский интерес. Многие из нас в повседневной жизни в той или иной степени обращают внимание на содержание снов, от которых часто зависит не только настроение, но и самочувствие человека. Отдельная категория людей, с чертами внушаемости в характере, придают сновидениям особую значимость и обращаются к их толкованию, наделяя «увиденное» сверхъестественным смыслом. Важное значение сновидения как феномен имеют в медицинской практике. На протяжении всей истории медицины вопрос физиологии сна вызывал исследовательский интерес с точки зрения разграничения нормы и патологии. В области клинической психологии, психиатрии и психотерапии нарушения сна, в частности кошмарные сновидения, являются симптомами некоторых психических расстройств. Изучение физиологических механизмов сна у человека подчеркивает сохраняющийся исследовательский интерес, существование различных научных школ и направлений, практических техник вмешательства в процесс осознанных сновидений.

Цель исследования: изучение теоретических аспектов физиологии осознанных сновидений, обоснование практических рекомендаций в отношении возможностей влияния на осознанные сновидения.

Методы исследования: проблемологический анализ специальной литературы в отношении различных аспектов осознанных сновидений.

Сон как явление человеческой жизни, постоянно притягивает внимание писателей, философов, мистиков, художников, ученых. Как объект изучения различные аспекты сна интересуют ученых биологов, социологов, клиницистов, психологов. По-настоящему глубокие, основанные на объективных методах научных исследований труды о сновидениях стали появляться только в XX веке. Речь идет о работах З. Фрейда, К. Г. Юнга, А. Адлера и их последователей.

В современной науке изучаются самые разные аспекты сна: от влияния использования сновидений на поведение в стрессовой ситуации до отражения в сновидениях нерешенных общественных проблем, пропущенных через призму индивидуального сознания. Представляют научный интерес связи между детскими сновидениями и депрессией в зрелом возрасте, влияние ночного сна на дневную активность человека, мнестические функции, связь генетическими аспектами, воздействие лишения сна на повышение дневной активности.

Сон можно определить как необходимое для восстановления функций, обработки информации эмоциональной памятью генетически обусловленное физиологическое состояние живого организма, в целом характеризующееся уменьшением активности мозга и изменением ее характера по сравнению с бодрствованием.

Сновидение (в этом значении иногда используют понятие «сон») – результат активации в фазе быстрого сна определенных отделов мозга. Образно можно провести сравнения – «визуального мозга» и «эмоционального» и дезактивации высших функций мозга, участвующих в осознании. Субъективно сновидение переживается как эмоционально насыщенная смена образов разной степени ясности, иногда фантастического характера. Это состояние, в котором суждения, если они есть, не отличаются логичностью, последовательностью и завершенностью, однако субъект сновидения безразличен к этому. Некоторые ученые проводят аналогии между сновидением и отдельными психопатологическими феноменами (бред и галлюцинации). При указанных болезненных

состояниях существует определенное сходство в характере активности мозга. До середины 20-го века изучение сновидений было преимущественно областью психоанализа, который трактовал их как символический текст – результат обмена информацией между сознанием и подсознанием и занимался его интерпретацией.

Осознанным сновидением (ОС) называют состояние сознания, возникающее в фазе быстрого сна, которое субъективно воспринимается как сон, при этом сновидения приобретают высокую степень образной и эмоциональной насыщенности. Главная характеристика заключается в возможности управления сновидением сновидцем, который осознает себя субъектом сновидения. Состояние осознанного сна может наступить спонтанно, но может быть инициировано спящим в момент засыпания или в состоянии сна. Существуют специально разработанные методики погружения в осознанный сон, контроля за развитием сюжета сновидения и выхода из него. Опыт ОС на протяжении XX века описывался неоднократно, интерес к изучению этого феномена сохраняется и по настоящее время.

Во время того, как человек видит сновидение, он не понимает, что спит. Однако существует исключения, когда во время сна человек обладает четким пониманием того, что находится во сне, и может полностью или частично управлять его ходом. Такой феномен называется осознанным сновидением (с англ. Lucid dreaming — «ясный сон») [3, 4, 7, 8, 9, 10, 11]. Во время них можно ясно рассуждать, помнить то, что происходило наяву или действовать в соответствии с планом, принятым ранее. Осознанные сновидения, как правило, редки. Большинство людей сообщают, что видели осознанный сон хотя бы один раз в жизни, и только около 20 % утверждают, что видят их раз в месяц или чаще. Обычно они возникают у детей раннего возраста, и частота их возникновения снижается к 16 годам.

Некоторое время назад осознанные сновидения считались невозможными и даже абсурдными, поскольку существовало мнение, что мозг во время сна не способен на такую высокую степень активности. Их считали не частью сна, а «микро-пробуждениями» [3]. Однако, если спящий человек сознательно пытался почувствовать одеяло или услышать тиканье часов, они не могли услышать или почувствовать что-либо кроме того, что они видели в своих снах.

Сон со сновидениями – это особое состояние организма, при котором мозг столь же интенсивно работает, как и при бодрствовании, только эта работа иначе организована. Существует предположение, что во время сна мозг находится в пассивном состоянии. В сновидениях может отражаться предвидение заболеваний задолго до его выявления врачом и здесь нет никакой мистики. Это подтверждается тем, что сроки предвидения «сна-диагноста» почти совпадают с продолжительностью скрытого (инкубационного) периода заболевания. Мозг не только чувствует тончайшие процессы в организме человека, но и оценивает окружающую обстановку, моделирует возможные, наиболее вероятные исходы ситуации. Таким образом, в «пророческом» диагнозе, который ставит сам мозг, нет ничего сверхъестественного. При заболевании человека мозг во сне, получив едва уловимый сигнал от заболевшего органа, вырабатывает свою ассоциативную картину, мы ее и наблюдаем в виде сна. Заболевания сердца нередко вызывают кошмарные видения, они могут сопровождаться сильным чувством страха смерти, может сниться падение в пропасть или обрыв. Д.И. Менделеев увидел окончательный вариант таблицы химических элементов во сне. Леви (1920 г.) увидел во сне схему опыта для доказательства химической природы синаптической передачи, в 1936 г. он получил Нобелевскую премию.

Результаты многочисленных исследований свидетельствуют о том, что одной из основных функции сновидений является эмоциональная стабилизация. Первый систематический анализ этой функции сновидений предпринял З. Фрейд, который полагал, что главная задача сновидения заключается в доведении до сознания в замаскированном виде вытесненных биологических мотивов и эмоционально неприемлемых представлений. Такая трактовка с современных позиций признается ограниченной. Показано, что сновидения составляют важное звено в системе психологической защиты. Искусственное

лишение фазы быстрого сна меняет всю структуру механизмов психологической защиты, повышает уровень эмоциональной напряженности, ухудшает запоминание эмоционально значимого материала, тормозит процессы творческого мышления. Потребность в сновидениях повышена при невротической тревоге, депрессии и всех состояниях, которые характеризуются отказом от поиска способов изменения неприемлемой ситуации. Функциональная неполноценность сновидений, проявляющаяся в уменьшении содержательных отчетов, вероятно, играет важную роль в патогенезе неврозов и психосоматических заболеваний.

В первую очередь стоит отметить психотерапевтическую составляющую. У человека может появиться возможность избавиться от своих фобий и страхов путем проигрывания их во сне. После сновидец может перенести состояние уверенности из сновидения в реальный мир. Такой метод эффективен тем, что его можно повторять бесконечное количество раз, пока нужный эффект не будет достигнут, но осуществить это сможет только поистине мастер осознанных снов. Можно обозначить ряд клинико-психологических моментов, которые имеют важное значение для процесса лечения в психотерапии: 1) борьба с кошмарами. Если в момент ночного кошмара удастся осознать что это сон, он легко может превратиться в развлечение; 2) улучшение различных умений (обучение). При отработке физических навыков во сне так же, как и наяву, мозг в состоянии образовывать новые нейронные связи. 3) Поиск вдохновения. В истории есть примеры, когда люди, видя или слыша что-то во сне, переносили это в реальный мир. Если овладеть искусством осознанных сновидений, то можно моделировать изобретения, картины, сюжеты произведений. Благодаря тому, что в осознанных снах стираются границы, парализованный человек сможет ходить, слепой видеть, а при желании можно полететь, участвовать в средневековых сражениях. Здесь все ограничивается только воображением.

В интернет-пространстве существует много методик, описывающих, как можно достичь состояния осознанного сна. Однако все они достаточно сложные и требуют серьезной подготовки. На наш взгляд, важным моментом здесь является предостеречь обывателя от предлагаемых рекомендаций, разъяснив отсутствие целесообразности использования этих советов, последствия применения приемов вмешательства в осознанные сновидения.

Наибольший интерес на данный момент представляют технические средства, которые помогают войти в осознанный сон. В ходе экспериментов Гарвардской медицинской школы было выявлено, что с помощью транскраниальной электромагнитной стимуляции можно изменить волновую активность мозга. Во время REM-сна мозг подвергался стимуляции различными частотами. Наилучший результат показала стимуляция на частоте 37-43 Гц (гамма-ритм, соответствует интенсивной мозговой деятельности в состоянии бодрствования), в результате которой испытуемые понимали, что они находятся во сне [1, 2, 6]. Практическое значение нашего исследования – это предупреждение аудитории не пользоваться информацией некомпетентных авторов, не имеющих соответствующего образования посредством обоснования того вреда и опасности для психического состояния человека осознанных попыток повлиять на содержание сновидений. Попытки вмешательства в процесс осознанных сновидений на обывательском уровне может привести к нежелательным последствиям для организма человека, а в ряде случаев представляют опасность.

Негативные последствия осознанных сновидений. *Сонный паралич*. Одним из самых частых осложнений является сонный паралич – состояние, когда функциональный паралич мышц наступает раньше засыпания, или пробуждение происходит до его спада. Это состояние зачастую сопровождается иллюзорными фантазиями, на которые человек не может реагировать из-за физической неспособности двигаться. По своей физиологии это состояние близко к естественному параличу, который наступает во время REM-сна. Сонный паралич обычно длится до двух минут и является относительно безвредным.

Ложные пробуждения. Иногда, пытаясь проснуться, у человека не всегда получается это сделать. Спящему кажется, что он проснулся, но сон все еще не закончился. Люди чувствуют, что они оказались в ловушке сна и не способны вернуться к реальности. Такие состояния неприятны, но не несут опасности.

К наиболее редким опасностям относятся *зависимость*. Речь идет о частом применении вмешательств в осознанные сновидения, которые закрепляются в виде условного рефлекса и формируется привычка совершать аналогичные действия. И если первые попытки вызвали интерес и какое-то удовольствие, то со временем такой способ получения положительных эмоций не вызывает прежнего эффекта.

Другим осложнением попытки вмешательства в осознанные сновидения является *неадекватность восприятия реального мира*. Проявляется это в том, что субъект переносит способы и манеры поведения из сна, в котором легко удаются невозможные в обычной жизни вещи, в повседневную жизнь. Этот феномен опасен, к примеру, человек, который много раз совершал полеты во сне, межпланетные путешествия, легко перемещаясь в пространстве и времени, может забыть, что сон закончился, стоя на балконе высокого этажа, придавшись своим фантазиям и др.

Осложнение в виде так называемого «раздвоения личности» может наблюдаться у лиц с отягощенной наследственностью по психическим заболеваниям. «Игры» с сознанием могут стать провоцирующими факторами для психического расстройства, но не являются причиной расщепления личности.

В отношении провалов в памяти и некоторых других психических расстройств следует отметить, что они носят функциональный и обратимый характер.

Выводы. Исследование физиологических аспектов осознанных сновидений показало их важность для медицинской, в частности – психотерапевтической практики. Можно обозначить ряд клинико-психологических моментов, которые имеют важное значение для процесса лечения в психотерапии: 1) преодоление страхов, кошмарных сновидений. Осознание во сне ночного кошмара, помогает избавиться от неприятных переживаний, приобрести уверенность в себе. 2) Улучшение различных навыков и умений (обучение). При отработке физических навыков во сне так же, как и наяву, мозг в состоянии образовывать новые нейронные связи. Теоретически, научившись жонглировать во сне, можно научиться этому наяву быстрее. 3) Поиск вдохновения. В истории есть примеры, когда люди, видя или слыша что-то во сне, переносили это в реальный мир. Если овладеть искусством осознанных сновидений, то можно моделировать изобретения, картины, сюжеты произведений.

Список литературы

1. Агаджанян Н.А. Нормальная физиология: Учебник / Н.А. Агаджанян, В.М. Смирнов. – 3-е изд., испр. и доп. – М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2012. – 576 с.
2. Ковзов В.В. Психофизиология осознанных сновидений. Физиология сна: Учебное пособие / В.В. Ковзов, В.К. Гусаков, А.В. Островский. – Витебск: УО ВГАВМ, 2005. – 59 с.
3. Лаберж С., Рейнгольд Г. Исследование мира осознанных сновидений / С. Лаберж, Г. Рейнгольд – М., 2009.
4. Метцингер Т. Туннель Эго (Наука о сознании и миф о самосознании). Перевод с англ. В. Михайлова [электронный формат]. – 2014.
5. Фрейд, З. Толкование сновидений / З. Фрейд / ред. Иванова В. – Издательство: Эксмо-Пресс, 2022 г.
6. Hobson Dream life : an experimental memoir. New York, 2011.
7. Hobson Psychodynamic Neurology: Dreams, Consciousness, and Virtual Reality. New York, 2015.

8. M. Schredl и D. Erlacher, «Frequency of lucid dreaming in a representative German sample», *Percept. Mot. Skills*, т. 112 №. 1, p. 104-108, 2011.
9. U. Voss, C. Frenzel, J. Koppehele-Gossel, и A. Hobson, «Lucid dreaming: an age-dependent brain dissociation», *J. Sleep Res.*, т. 21, №. 6, p. 634-642, 2012.
10. U. Voss *и др.*, «Induction of self awareness in dreams through frontal low current stimulation of gamma activity», *Nat. Neurosci.*, т. 17, №. 6, p. 810-812, июн. 2014.
11. S. LaBerge, K. LaMarca, и B. Baird, «Pre-sleep treatment with galantamine stimulates lucid dreaming: A double-blind, placebo-controlled, crossover study», *PLoS One*, т. 13, №. 8, 2018.

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ И КОРРЕКЦИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНО-ВОЛЕВОЙ СФЕРЫ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Антюхина М.Н.¹ Глушкова В.П.¹, Пастух И.А.²

1

¹ОБУЗ «Областной Перинатальный центр», г. Курск, Россия

²Курский Государственный Медицинский университет г. Курск, Россия

Областной Перинатальный центр г. Курска (ОБУЗ ОПЦ) – одно из ведущих медицинских учреждений, координирующее деятельность всей службы родовспоможения и детства в Курской области. Выполнение профессиональных обязанностей медицинскими работниками данного медицинского учреждения реализуется в условиях постоянного психоэмоционального напряжения и интенсивности труда, поскольку основную группу больных составляют женщины с тяжелой акушерско-гинекологической патологией. Так, в 2022 г. в ОБУЗ ОПЦ врачи приняли более четырех тысяч родов. К врачам, среднему и младшему медицинскому персоналу предъявляются особые, повышенные требования, главными из них являются психоэмоциональная устойчивость, высокая личная ответственность и профессионализм.

В связи с этим особое внимание уделяется психологическому сопровождению и коррекции эмоционально-волевой сферы медицинских работников.

Задача руководителя медицинского учреждения и медицинского психолога состоит в том, чтобы помочь сотрудникам справиться с негативными последствиями стрессовых факторов, обучить навыкам поддержания хорошего самочувствия и психоэмоционального равновесия, которые так необходимы для выполнения профессиональных обязанностей.

Одним из основных направлений в работе медицинского психолога с сотрудниками ОБУЗ ОПЦ является психодиагностическое направление, в рамках которого проводится клинко-психологическое исследование для оценки таких важных параметров, как удовлетворенность трудом, эмоциональное выгорание и психологический климат в коллективе. Используются методики А.Фидлера «Психологический климат в коллективе», В.В. Бойко «Эмоциональное выгорание» и «Оценка удовлетворенности трудом». На основании полученных результатов разрабатываются рекомендации и корректирующие мероприятия. Психокоррекционные занятия с сотрудниками проводятся в индивидуальной и групповой форме, используются динамическое наблюдение, экспресс методики для регуляции и контроля психоэмоционального состояния.

Важным вектором в работе психолога с медицинскими работниками является выявление группы стрессоров, влияющих на профессиональную деятельность, так как для всех сотрудников характерно накопление психоэмоционального напряжения, создающего определенный фон, на котором протекает профессиональная деятельность.

Отмечается взаимосвязь: чем больше трудовой стаж у сотрудника, тем больше определенного рода стрессоров влияет на психоэмоциональное состояние.

У врачей со стажем работы от 5 до 10 лет синдром эмоционального выгорания находится в стадии формирования хотя бы в одной из фаз, итоговое количество баллов в одной из фаз находится от 37 до 60 баллов, отмечены складывающиеся симптомы: тревога и депрессивное состояние, неудовлетворенность собой, эмоциональный дефицит.

У врачей со стажем работы от 10 лет и выше синдром эмоционального выгорания находится в стадии формирования нескольких фаз, т.е. итоговое количество баллов в одной из фаз более 60, отмечены доминирующие симптомы: переживание психотравмирующей ситуации, неудовлетворенность собой, расширение сферы экономии эмоций, эмоциональный дефицит, психовегетативные и психосоматические проявления [4]. Многие из стрессоров лежат вне служебной деятельности, к ним относятся: ситуация в стране с проведением специальной военной операции на Украине, материальная обеспеченность, а также проблемы лично-семейного плана [3]. Также можно выделить особую группу стрессоров, лежащих в структуре профессиональной деятельности: напряженный график ночных дежурств, взаимодействие со сложными пациентками (высокая группа риска по развитию осложнений и конфликтные пациенты и их родственники), психоэмоциональная напряженность и высокая ответственность за жизнь и здоровье пациентов [1].

Напряженная профессиональная деятельность, недосыпание, нехватка положительных эмоций - все это предъявляет к нервной системе медицинского работника повышенные требования, с которыми не каждый может успешно справиться без помощи специалиста психолога [2].

В связи с этим чрезвычайно важным направлением работы психолога в ОБУЗ ОПЦ является обучение практическим навыкам саморегуляции, умениям снять эмоциональное напряжение, справиться с чувством страха и неуверенности, сконцентрировать внимание и мобилизовать все силы для выполнения поставленных задач.

Психологическая подготовка сотрудников складывается из проведения занятий с персоналом (в форме лекций и упражнений), различных тренингов, индивидуальных бесед [5]. Темы лекций актуализируются в зависимости от поставленных задач, например, «Профилактика стрессов и формирование психологической устойчивости», или «Развитие коммуникативных умений». В результате занятий сотрудники узнают, как возникает стресс, как на него реагирует организм и что необходимо предпринять для снятия психоэмоционального напряжения, осваивают экспресс методики регуляции и контроля психоэмоционального состояния, направленные на: снятие нервно-психического напряжения, повышение общего фона эмоционального состояния, создание деловой рабочей обстановки [6,7].

Таким образом, снижение высокого уровня тревожности, а также мобилизация психофизиологических ресурсов позволит исключить нарушение служебной и исполнительской дисциплины, возникновение конфликтных ситуаций. При возникновении внештатных ситуаций подготовленные сотрудники в большинстве случаев отреагируют правильно и рационально.

Список литературы

1. Авдеенко А.С. Особенности проявления жизнестойкости человека в трудных жизненных обстоятельствах / А.С. Авдеенко // Клинические и биологические направления современной психиатрии: матер. международной научно-практической конференции. – 2016 – Т. 4. – №2 (13). – С. 29-31.
2. Авдеенко А.С. Социально-психологический портрет трудового коллектива медицинского учреждения / А.С. Авдеенко // Вестник Совета молодых учёных и специалистов Челябинской области. – 2017 – Т. 2 – №1 (16). – С. 12-15.

3. Винокур В.А., Рыбина О.В. Клинико-психологические характеристики синдрома профессионального «выгорания» у врачей // Новые Санкт-Петербургские врачебные ведомости. 2004. № 1. С. 73–75.
4. Говорин Н.В., Бодагова Е.А. Синдром эмоционального выгорания у врачей
5. // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. 2016. № 1. С. 98–106.
6. Долгова В.И. Диагностико-аналитическая деятельность специального психолога: традиции и инновации: Учебное пособие для студентов высших педагогических учебных заведений / В.И. Долгова, Е.Г. Капитанец, О.А. Шумакова. – Челябинск, 2008. – 115 с.
7. Patel R.S., Sekhri S., Bhimanadham N.N. et al. A review on strategies to manage physician burnout [Electronic resource] // Cureus. 2019. Vol. 11, N 6.
8. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine USA. Taking action against clinician burnout: a systems approach to professional well-being [Electronic resource]. Washington, DC : The National Academies Press, 2019.