



КУРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
KURSK STATE MEDICAL UNIVERSITY

СБОРНИК ТРУДОВ ПО МАТЕРИАЛАМ МЕЖДУНАРОДНОЙ НАУЧНОЙ КОНФЕРЕНЦИИ

ПАМЯТИ ПРОФЕССОРА В. В. ПЛОТНИКОВА

30 – 31 мая 2023
КУРСК

ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России, г. Курск, Россия



СБОРНИК НАУЧНЫХ ТРУДОВ ПО МАТЕРИАЛАМ
МЕЖДУНАРОДНОЙ НАУЧНОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
**«СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ ПСИХИАТРИИ, ПСИХОТЕРАПИИ
И КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ К ДИАГНОСТИКЕ И КОРРЕКЦИИ
ПАТОЛОГИИ ЧЕЛОВЕКА»**, посвященной памяти профессора
Вадима Владимировича Плотникова



SCIMAGO
INSTITUTIONS
RANKINGS



Курск – 2023

УДК 616-036

ББК 52.5

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

Современные подходы психиатрии, психотерапии и клинической психологии к диагностике и коррекции патологии человека: сборник научных трудов по материалам Международной научной конференции (Курск, 30-31 мая 2023 года) / Курский гос. мед. ун-т, сост. И.А. Бельских; отв. ред. Д.В. Плотников. – Курск: КГМУ, 2023. – 1 CD-ROM. – Текст: электронный. – 199 с.

Редакционная коллегия:

проректор по научной работе
и инновационному развитию **В.А. Липатов;**
заведующий кафедрой психиатрии,
д.м.н., профессор **Д.В. Плотников;**
доцент кафедры психиатрии, к.м.н., доцент **И.А. Бельских.**

Составитель: **И.А. Бельских.**

Компьютерная верстка: **А.А. Денисов.**

Рецензент: **Д.В. Плотников.**

В сборнике опубликованы материалы **Международной научной конференции «Современные подходы психиатрии, психотерапии и клинической психологии к диагностике и коррекции патологии человека»,** посвященной памяти профессора **Вадима Владимировича Плотникова,** проходившей в Курском государственном медицинском университете 28 марта 2023 г.

ISBN 978-5-7487-3081-5

DOI 10.21626/cb.23.psychiatry

© ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России, 2023

ОГЛАВЛЕНИЕ

ДЕПРЕССИЯ В ОБЩЕСОМАТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ВРАЧА <i>Левченко Е.В., Додонова Ю.В., Атрощенко М.М.</i>	9
МЕТОДОЛОГИЯ И МЕТОДЫ ИНТЕГРАТИВНОГО МНОГОУРОВНЕВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЧЕЛОВЕКА. ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ В ИЗУЧЕНИИ ПСИХОПАТОЛОГИИ <i>Савченко Т.С., Левченко Е.В.</i>	12
МИКРОСОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ АУТОАГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ <i>Мухторов Б.О., Бабарахимова С.Б.</i>	15
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ПСИХОТЕРАПИИ ДИГЕСТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ <i>Бабарахимова С.Б., Файзуллаева К.Р., Мирворисова З.Ш.</i>	19
РАССТРОЙСТВА ПСИХИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ У ДЕВОЧЕК В ВОЗРАСТЕ 13-15 ЛЕТ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА <i>Азизова Д.К.</i>	21
ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ ТЕХНИКИ «РАСПУСКАНИЕ МЫШЕЧНЫХ ПАНЦИРЕЙ» С ПОДРОСТКАМИ И ВЗРОСЛЫМИ С РАЗНЫМ ПСИХИЧЕСКИМ СТАТУСОМ <i>Исупова Е.О., Мишарин М.А.</i>	23
К ВОПРОСУ О ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ РАССТРОЙСТВ ДЕПРЕССИВНОГО СПЕКТРА <i>Станько Э.П.</i>	26
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СИНДРОМА ХРОНИЧЕСКОЙ УСТАЛОСТИ СРЕДИ СТУДЕНТОВ СТАРШИХ КУРСОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА <i>Кутузова В.И., Черняев И.А.</i>	31
РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ КЛАСТЕРА В КАК СЛЕДСТВИЕ НАРУШЕНИЯ СИСТЕМЫ НАРЦИССИЧЕСКОЙ РЕГУЛЯЦИИ ЛИЧНОСТИ: ВОЗМОЖНОЕ ЭТИОЛОГИЧЕСКОЕ ЕДИНСТВО <i>Лиманская А.Э., Тромбчиньски П.К.</i>	34
ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПСИХОТЕРАПИИ ПРИ СИНДРОМЕ ДИСМЕНОРЕИ <i>Гаффорова Р.Р., Ирмухамедов Т.Б.</i>	40
САМОПОВРЕЖДАЮЩЕЕ ПОВЕДЕНИЕ (СЕЛФХАРМ) У МОЛОДЫХ ВЗРОСЛЫХ <i>Королева П.В., Менделевич В.Д.</i>	42
ПРИМЕНЕНИЕ АЛЬТЕРНАТИВНОЙ СИСТЕМЫ КОММУНИКАЦИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСТИНСУЛЬТНЫХ БОЛЬНЫХ С АФАЗИЯМИ. АВА ТЕРАПИЯ <i>Бахадирова М.А., Бахадирова М.О.</i>	44

OPIOIDS AND THE CONTROL OF RESPIRATION <i>Jimoh A.T., Avdeyeva E.V.</i>	48
МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ МЕДИЦИНСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ СЕКСУАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ ЧЕЛОВЕКА В ПСИХИАТРИИ И СЕКСОЛОГИИ <i>Жигалова Е.В.</i>	50
КОРРЕКЦИЯ РАЗВИТИЯ МЫШЛЕНИЯ И РЕЧИ МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ <i>Валова Н.В.</i>	55
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ СТРЕСС, КАК ОДИН ИЗ ОСНОВНЫХ ФАКТОРОВ ВЛИЯЮЩИЙ НА ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ПАЦИЕНТОВ <i>Муштенко Н.С.</i>	60
РОЛЬ СЕМЬИ В БОРЬБЕ С ЗАВИСИМЫМ ПОВЕДЕНИЕМ <i>Мамаева Е.С., Богданова Г.Н.</i>	63
РЕЗИСТЕНТНОСТЬ МЕМБРАН ЭРИТРОЦИТОВ АКТИВНО КУРЯЩИХ ДОНОРОВ В ЭРИТРОЦИТАХ С РЕДУКЦИЕЙ ЛЕЙКОЦИТОВ <i>Орманова А.Е., Оксикбаев Б.К.</i>	66
ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ РАЗЛИЧНОЙ ПРИРОДЫ НА РАЗВИТИЕ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ <i>Шилова О.В., Шаденко В.Н., Шапаревич А.С., Глебко О.П.</i>	69
ЭТНОСТОРИТЕЛЛИНГ КАК ТЕХНОЛОГИЯ РЕДУКЦИИ НЕГАТИВНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ У СЛАБОВИДЯЩИХ ДЕТЕЙ <i>Велиева С.В., Велиев А.Р.</i>	72
«ДВОЙНОЙ ДИАГНОЗ» В ПРАКТИКЕ СУДЕБНОГО ПСИХИАТРА: АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ СИНДРОМА ЗАВИСИМОСТИ <i>Антоненко М.А., Левченко Е.В.</i>	76
СТРУКТУРНО-ДИНАМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АНГЕДОНИИ ПРИ РАССТРОЙСТВАХ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА <i>Коновалова В.Н., Менделевич В.Д.</i>	79
ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ: ПРОБЛЕМЫ И ВОЗМОЖНЫЕ РЕШЕНИЯ <i>Руженкова В.В.</i>	81
КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ С РАЗЛИЧНЫМИ ТИПАМИ АКЦЕНТУАЦИЙ ТЕМПЕРАМЕНТА <i>Жигулина А.И., Юдин В.А.</i>	85

МОДИФИЦИРОВАННЫЙ ДЕТАЛЬНЫЙ ТЕСТ НА ИНФАНТИЛЬНОСТЬ – DIT-M <i>Дацковский И.М.</i>	89
MEDICAL DISCOURSE. FEATURES OF COMMUNICATION BETWEEN DOCTOR AND PATIENT <i>Yorova S.K., Lavanya Sachdeva</i>	96
ADVANTAGE AND DISADVANTAGE OF DISTANCE LEARNING FORMAT IN A MEDICAL UNIVERSITY <i>Yorova S.K., Garima Arora</i>	99
ОСОБЕННОСТИ АНТИНАРКОТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ СО СТУДЕНТАМИ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ КОРОНАВИРУСА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРОФИЛЯ ОБУЧЕНИЯ <i>Бреусов А.В., Тимошилов В.И.</i>	102
НАРУШЕНИЕ СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ ПРИ ДЕПРЕССИИ <i>Блюм А.И., Василенко Т.Д., Дятлова А.С.</i>	105
РАЗРАБОТКА ПРОГРАММЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМИ НАРУШЕНИЯМИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ <i>Нартова Т.В., Каймакова В.А.</i>	108
ИНТЕГРАТИВНАЯ МОДЕЛЬ КОМПЛЕКСНОЙ ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ НАРКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ <i>Нартова Т.В., Каймакова В.А.</i>	111
СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРЕДСТОЯЩЕЙ МУНИЦИПАЛЬНОЙ РЕФОРМЫ <i>Костина Т.А.</i>	114
ПАТТЕРНЫ ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОСТИ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА <i>Богданов С.И., Широкова Е.И., Тагоев Ю.Ш.</i>	118
ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КОЖНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ <i>Белугина О.С.</i>	122
СООТНОШЕНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ И ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК У ДЕТЕЙ С ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ <i>Метелева И.Г.</i>	125
ФИЗИОЛОГО-ГИГИЕНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ <i>Герчикова А.Ю., Забродняя В.К., Музалева А.В.</i>	129
ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ГЕНЕЗИСА ДЕПРЕССИВНЫХ РЕАКЦИЙ <i>Есенкова Н.Ю.</i>	132
РОЛЬ ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИИ ПРИ ПСИХОДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ <i>Абдуллаева Ю.А., Пожидаева М.Н.</i>	135

ПСИХООНКОЛОГИЯ: МЕСТО И МЕТОДЫ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ЛЕЧЕНИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ <i>Федоровская Ю.А.</i>	138
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ФАБОМОТИЗОЛА В ПРАКТИКЕ ПСИХОТЕРАПЕВТА ПРИ РАССТРОЙСТВАХ АДАПТАЦИИ <i>Клабуков П.П., Левченко Е.В.</i>	141
ДИНАМИКА ВЫЯВЛЯЕМОСТИ НОВЫХ СЛУЧАЕВ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В КУРСКОЙ ОБЛАСТИ СРЕДИ ЛИЦ, ПОТРЕБЛЯЮЩИХ НАРКОТИЧЕСКИЕ ВЕЩЕСТВА <i>Пашина И.В., Алферов Д.В., Бреусов А.В.</i>	144
ПРОБЛЕМА КОМОРБИДНОСТИ В СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЕ. АФФЕКТИВНЫЕ И ДРУГИЕ НЕВРОТИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ В ОБЩЕМЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ <i>Колотилина Т.В., Акимова Д.А.</i>	146
МОТИВЫ СОХРАНЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ РАЗНЫХ ТИПАХ ГОТОВНОСТИ К МАТЕРИНСТВУ <i>Горелова И.С., Земзюлина И.Н.</i>	149
ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА: ПРОБЛЕМА СОВРЕМЕННОСТИ <i>Гурова Е.С., Сошкина Е.Н., Юркина А.В.</i>	152
ИССЛЕДОВАНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВЫРАЖЕННОСТИ СТРЕССА У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ФАКУЛЬТЕТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛОВОЙ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ <i>Фомичева Я.А.</i>	155
РЕСУРСЫ КОПИНГОВОЙ АДАПТАЦИИ К ТРАВМАТИЧЕСКИМ СТРЕССОРАМ У КОМБАТАНТОВ – УЧАСТНИКОВ СВО <i>Мельниченко В.В.</i>	157
ОЦЕНКА УРОВНЯ ТРЕВОЖНОСТИ ЖЕНЩИН В ТРЕТЬЕМ ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ <i>Елисеева А.В., Миненок В.А., Левченко Е.В.</i>	161
PSYCHOSOMATIC AND SOMATOPSYCHIC CORRELATION IN MODERN MEDICAL PRACTICE, THEIR ROLE IN DIAGNOSIS AND THERAPY <i>Nurul H.A.B.N.H., Rajkumar D.S.R., Korekar K.P.</i>	163
THE ROLE OF PSYCHOTROPIC DRUGS IN ADDICTION TREATMENT: A SYSTEMATIC REVIEW OF CURRENT PHARMACOLOGICAL INTERVENTIONS, THEIR EFFECTIVENESS, AND LIMITATIONS IN THE CONTEXT OF MODERN MEDICINE <i>Rajkumar D.S.R., Korekar K.P.</i>	166

ТЕСТ АКЦЕНТУАЦИЙ СВОЙСТВ ТЕМПЕРАМЕНТА (ТАСТ) КАК УНИКАЛЬНАЯ МЕТОДИКА ДЛЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ	
<i>Плотников Д.В., Левченко Е.В.</i>	168
ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ И КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ЖЕНЩИН В МЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ	
<i>Миненок В.А., Левченко Е.В.</i>	172
САМОПОВРЕЖДЕНИЕ КАК ОДНА ИЗ ФОРМ АУТОДЕСТРУКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ В ПОДРОСТКОВОМ И ЮНОШЕСКОМ ВОЗРАСТЕ	
<i>Петрачевская Ю.Л.</i>	174
ТЕМА ВЫПУСКНОЙ КВАЛИФИКАЦИОННОЙ РАБОТЫ КАК ПРЕДПОЛАГАЕМОЕ НАПРАВЛЕНИЕ БУДУЩЕЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПСИХОЛОГОВ	
<i>Деларю В.В., Кондратьев Г.В.</i>	177
ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ И НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ФАРМАКОТЕРАПИИ БОЛЕЗНИ АЛЬЦГЕЙМЕРА	
<i>Миненок В.А., Левченко Е.В.</i>	180
АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАРКОЛОГИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ В РЕГИОНАХ СЕВЕРО-ЗАПАДНОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ КОРОНАВИРУСА	
<i>Маркеев К.С., Тимошилов В.И.</i>	182
ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ С ОСНОВАМИ ПСИХОТЕРАПИИ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ	
<i>Новикова А.О.</i>	185
ОПРЕДЕЛЕНИЕ РИСКА РАЗВИТИЯ ООД ПОСРЕДСТВОМ КЛАСТЕРНОЙ ОЦЕНКИ ПОЗИТИВНОЙ И НЕГАТИВНОЙ СИМПТОМАТИКИ	
<i>Останков С.Б., Большанин А.В., Каменева А.И.</i>	187
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ДЕТСКОГО РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА	
<i>Ашурков С.Н., Масалева И.О.</i>	189
PRINCIPLES OF TREATMENT OF ARTERIAL HYPERTENSION IN OLDER PATIENTS	
<i>Dorofeeva S.G., Mansimova O.V., Prokofieva Yu.V.</i>	
	Ошибка! Закладка не определена.
ЛОНГКОВИД: НОВАЯ РЕАЛЬНОСТЬ В ФОРМИРОВАНИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ СТРАТЕГИЙ В ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ	
<i>Серёгин А.Г.</i>	194

ДЕПРЕССИЯ В ОБЩЕСОМАТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ВРАЧА

Левченко Е.В., Додонова Ю.В., Апрощенко М.М.

Курский государственный медицинский университет, Курск, Российская Федерация

Аннотация. В статье описана депрессия в общесоматической практике врача. Особое внимание уделено роли врача-специалиста в диагностике депрессивных состояний. Рассмотрено, как депрессия может скрываться под симптомами различных заболеваний.

Ключевые слова: депрессия, психические расстройства, соматические заболевания, практика врача.

Введение. Депрессия (от латинского слова *depressio* – подавление) – это психологическое расстройство, которое характеризуется снижением настроения, торможением умственной и моторной деятельности, снижением к основным потребностям жизни, пессимистическими оценками себя и своего положения в окружающей действительности, соматоневрологическими расстройствами. Данное расстройство является одной из самых распространенных психических патологий у пациентов, обращающихся за помощью в общемедицинские учреждения как амбулаторной, так и госпитальной сети, и считается серьезной медико-социальной проблемой. По оценкам ВОЗ в 2022 году 252-300 тыс. миллионов человек страдают данным заболеванием. Вероятность возникновения этого расстройства в течение всей жизни составляет 10% для мужчин и 20% для женщин. Депрессия поражает примерно 1 из 15 взрослого в год, а каждый 6 человек будет испытывать депрессию в какой-то момент своей жизни. Депрессия приводит к нарушению психосоциального функционирования соматических больных, уменьшению производительности труда, снижению качества их жизни, ухудшению клинического течения соматического заболевания, нарушению выполнения назначенного режима лечения, ухудшению прогноза, повышению риска инвалидизации и смертности [1, 2].

Целью настоящего исследования является изучение взаимовлияния депрессии и соматических заболеваний.

Объект и методы исследования. Нами были проанализированы литературные источники отечественных авторов по теме исследования. В ходе работы использовались следующие методы: анализ публикаций по теме исследования, обобщение и синтез.

Результаты и их обсуждение. Депрессия наносит тяжелые социально-экономические последствия от 10% до 15% людей, страдающих большой депрессией, совершают суициды, но в то же время при своевременной диагностике и правильном лечении большинство этих пациентов могут выздороветь. За медицинской помощью обращаются лишь около 20% пациентов с депрессией, из них 60-90% – не к психиатрам, а к терапевтам, неврологам и врачам других специальностей. Это обусловлено как стигмой психических расстройств, так и частым проявлением депрессии с соматовегетативной симптоматикой. Депрессивные расстройства в общемедицинской практике встречаются:

- при сердечно-сосудистых заболеваниях (при артериальной гипертензии и после перенесенного инфаркта миокарда);
- при заболеваниях дыхательной системы (бронхиальная астма, туберкулез, рак легких);
- при заболеваниях ЖКТ (язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, энтероколиты, гепатиты, циррозы, желчнокаменная болезнь);
- при заболеваниях иммунной системы (СПИД);

- в неврологии (при болезни Паркинсона, невралгии, эпилепсии, рассеянном склерозе, при болезни Гентингтона, при синдроме Жилия де ля Туретта, в постинсультном периоде);
- в эндокринологии (при сахарном диабете, гипотиреозе, синдроме Кушинга, болезни Аддисона, гипертиреозе);
- в акушерстве и гинекологии (при предменструальном синдроме, в постнатальном периоде, в периоде менопаузы, миоме);
- в дерматовенерологии (акне, псориаз, экзема, дерматиты).

Распространенность депрессивных расстройств при онкологических заболеваниях:

- поджелудочная железа – 50%;
- ротоглотка – 21-40%;
- молочные железы – 12-30%, толстый кишечник – 13-25%;
- женские половые органы – 23%;
- желудок – 11%, лимфомы – 16%.

Депрессия выдает себя соматическими расстройствами, локализованными в различных органах и системах организма. У пациентов могут наблюдаться повышенная утомляемость, потеря концентрации, повышенное беспокойство, сонливость, сочетающаяся с бессонницей и ранним пробуждением [3, 4].

Расстройства желудочно-кишечных функций проявляются болью, спазмом, ощущением жжения в животе, онемением. Пациенты чувствуют тяжесть в желудке, переполнение, распирающее, вибрацию и вздутие живота в кишечнике, тошноту и болезненные спазмы. Боль обычно длительная, тупая, но периодически она может быть кратковременной и молниеносной, такие боли не зависят от приема пищи. Наблюдаются потеря аппетита, изменения в массе тела, запоры, реже диарея, метеоризм. Пациенты неоднократно вызывают скорую помощь, их доставляют в больницы с подозрением на желудочно-кишечные заболевания. У них диагностируют гастрит, холецистит, панкреатит, колит, язву желудка и двенадцатиперстной кишки, дискинезию желчевыводящих путей, а в некоторых случаях они подвергаются операциям, но предполагаемый диагноз не подтвержден. Важно отметить, что лечение предполагаемого соматического заболевания неэффективно [2, 4].

Помимо этого депрессия сопровождается сексуальными расстройствами, которые считаются одним из самых ранних симптомов соматической депрессии. Наряду с усилением депрессивных симптомов изменения в сексуальной сфере изменяют продолжительность полового акта, выраженность эрекции по утрам, уменьшают оргазм, количество либидо и поллюций, а также сексуальную активность в целом. Сексуальная дисфункция занимает центральное место в соматической депрессии, препятствует вступлению в брак, негативно сказывается на семейных отношениях и в некоторых случаях приводит к разводу. В этом случае необходима терапия не гормонами, а антидепрессантами [3].

Кроме того, депрессия может скрывать себя за глоссалгией – жжением, покалыванием, зудом, онемением языка и полости рта, сочетающимися с болью. Проявления депрессивных симптомов схожи с симптомами сопутствующего стоматологического заболевания, и даже пациенту трудно понять, что первично. Однако многие объективные обследования не выявляют изменений. В этом случае при позднем выявлении депрессии пациент подвергается ортопедической и стоматологической операции. Большинство пациентов жалуются на увеличенный язык, трудности с речью, усталость при глотании, тяжесть языка, язык воспринимается как инородное тело, горечь во рту, металлический привкус. Боль ослабевает утром и усиливается вечером. В то же время пациенты часто жалуются на бессонницу, тошноту, дискомфорт в желудочно-кишечном тракте, потерю аппетита, боли в различных частях тела (голова, сердце, живот,

суставы). Такое разнообразие симптомов не укладывается в рамки какого-либо стоматологического заболевания; его стойкое и своеобразное течение вызывает подозрение на замаскированную депрессию [4].

Заключение. Таким образом, депрессия занимает важную роль в общесоматической практике врача. Как соматические заболевания оказывают влияние на развитие депрессии, так и депрессия сказывается на функциях организма. Врач-специалист может направить пациента на консультацию к психиатру или самостоятельно назначить антидепрессанты с учетом индивидуальных противопоказаний.

Список литературы.

1. Тураев Б.Т. Распределение тревоги и депрессии при аффективных расстройствах соматизированной депрессии / Б.Т. Тураев, У.У. Очилов, Р.М. Кубаев // *Medicus*. – 2020. – № 3. – С. 58-60.

2. Сукиасян С.Г. О соматопсихических соотношениях при депрессиях в первичном звене здравоохранения: соматическая и психическая депрессии / С.Г. Сукиасян, С.П. Маргарян, Н.Г. Манасян // *Российский психиатрический журнал*. – 2007. – № 3. – С. 58-63.

3. Мазо Г.Э. Депрессивное расстройство / Г.Э. Мазо, Н.Г. Незнанов. – 2 изд., испр. и доп. – Москва: ГЭОТАР – Медиа, 2021. – 46 с.

4. Психиатрия: национальное руководство / Т.Б. Дмитриева, В.Н. Краснова, Н.Г. Незнанова и др. – Москва: ГЭОТАР – Медиа, 2021. – 1000 с.

МЕТОДОЛОГИЯ И МЕТОДЫ ИНТЕГРАТИВНОГО МНОГОУРОВНЕВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЧЕЛОВЕКА. ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ В ИЗУЧЕНИИ ПСИХОПАТОЛОГИИ

Савченко Т.С., Левченко Е.В.

Курский государственный медицинский университет, Курск, Российская Федерация

Аннотация. Интегративное многоуровневое исследование человека представляет огромную важность в изучении клинической психиатрии. Методология в современном мире характеризуется вечным противостоянием традиционного направления и большого количества новых течений. В связи с этим отсутствует целостная картина восприятия психологической реальности.

Ключевые слова. Интегративное многоуровневое исследование, методы, перспективы, психопатология, личность, субличность, повышение социальной эффективности.

Keywords. Integrative multilevel research, methods, perspectives, psychopathology, personality, subpersonality, increasing social efficiency.

Актуальность. Человек представляет собой единство трех важных элементов: психического, биологического и социального. На современном этапе развития нет методологии, которая могла бы учитывать психические проявления на всех уровнях существования человека. В связи с этим возникает необходимость внедрения новых и распространения уже апробированных в практике методов интегративного исследования для изучения людей в пределах каждой из составляющих частей структуры личности.

Психика человека – это сложная многоуровневая саморегулирующаяся система, которая находится в вечном взаимодействии с другими системами и способна к воспроизведению новых структур и уровней организации.

Теорий, согласно которым происходило изучение психических процессов, было огромное множество. Одной из основополагающих является теория Фрейда. Он выделял уровни сознания: предсознательное, сознательное и бессознательное, которые неразрывно взаимодействуют между собой.

В трудах его последователя Г.К. Юнга наша психика представлена как открытая система, омываемая морем, которое он называл «коллективным бессознательным». Юнгу удалось выделить структурные принципы организации сознания: архетипы и комплексы. Первые представляют собой психику на бессознательном уровне и обеспечивают связь индивидуального сознания и общеисторический эмоциональный опыт. Вторые, являясь структурными единицами индивидуального бессознательного, неразрывно связаны как с архетипами, так и с индивидуальным повседневным опытом. Центром психики, по мнению Юнга, является самость. Она представляет собой объединение сознательного и бессознательного в человеке. Для ее достижения необходимо интегрировать комплексы и архетипы посредством непрерывного процесса индивидуализации.

Не стоит забывать о таких авторах, как Р. Ассаджиоли, Ст., К. Уилбер, вклад которых заключается в разработке карт психики. Ассаджиоли предложил схему строения внутреннего мира, в которой выделял три уровня бессознательного: низшее – простейшие формы психической деятельности, среднее – психические элементы, имеющие сходство с элементами бодрствующего сознания, высшее – сверхсознательное: стремление к героическим поступкам, высшие формы интуиции и вдохновения [2].

Так как человеческая личность состоит из множества динамических структур, которые, находясь в относительно самостоятельном существовании, оказывают поочередное влияние на психику. Важный элемент психосинтеза – это понятие субличности. Последний представляет собой различные ситуативные роли,

мифологические фигуры, воображаемых героев, животных [3]. Задача психосинтеза – выявить имеющиеся субличности и объединить их в эффективно функционирующее единое целое.

В настоящий момент существует методологическая неопределенность в дальнейшем движении антропологических наук. Существуют два основных подхода:

– коммуникативная методология (В.А. Мазиллов), направленная на решение вопросов путем кооперативного взаимодействия наук, школ и направлений;

– интегративная методология (К. Уилбер, В.В. Козлов, С. Гроф), которая представлена консолидацией большого количества областей, школ, направлений, уровней знаний о человеке в смысловом поле психологии.

Интегративный подход включает в себя следующие принципы:

1. Принцип целостности, в котором личность является сложной, самоорганизующейся, открытой системой, способной к поддержанию динамического равновесия и производству новых структур и форм организации. Она ориентируется как на прошлый опыт, так и на настоящее, и позволяет объединить эмоции, чувства, мышление, духовные переживания, ощущения в целостность [1].

Следует подчеркнуть, что в интегративной методологии играет роль социальное влияние на каждого отдельного индивидуума, под действием которого изменяется связь индивидуальной психики с окружающим миром. Немаловажную роль играют социальные интересы: чувство общности, кооперации, заботы о других.

Сложность заключается в том, что за демонстрируемыми личностными проблемами, как правило, стоят глубокие неосознаваемые структуры, так как гештальты, субличности, системы психической реальности.

Предмет интегративной психологии – процесс саморазвития, самораскрытия, самораспаковывания индивидуального сознания.

Объектом исследования является как эволюция сознания, так и вся ее феноменология.

Целями, которые преследует методологический принцип целостности, являются:

а) формирование теоретических моделей;

б) построение проектов трансформации и роста личности;

в) использование адекватных психотехнологий при взаимодействии с клиентом.

Таким образом, принцип целостности в интегративной методологии подразумевает раскрытие субстациональных свойств и глубинных связей, выявление различных феноменов психической реальности и воздействие на его трансформации.

2. Генетический принцип, важным аспектом которого являются точки кризисного состояния. В них перед личностью стоит выбор в отношении пути дальнейшего развития. Человек, находясь в данных точках особо чувствительными к внешним воздействиям, поэтому происходят мобилизация всех имеющихся ресурсов и активный поиск новых путей развития. Это состояние наиболее эффективно для применения психотехнологий, оказывающих значительное влияние на измененное сознание.

3. Принцип обусловленности основан на существовании причинно-следственных отношений и акаузальных взаимосвязей между событиями внутреннего и внешнего мира и внутри психики. Исходя из этого, психическое пространство представлено пространственно-временными сознательными и бессознательными структурами, характер взаимодействия которых определяют паттерны отношений с окружающим миром.

4. Принцип позитивности заключается в центрировании клиента и специалиста на положительном опыте и опоре на факты, жизненный опыт, житейскую мудрость. Взаимодействие с клиентом в рамках этого принципа основано на следующих шагах:

осознание состояния личности, вживание в проблемную ситуацию, постановка цели, разрешение проблемной ситуации. Положительный эффект данного принципа заключается не только в улучшении внутреннего психологического комфорта, но и в повышении социальной эффективности групп [4].

5. Принцип соотнесенности подразумевает сопоставление интенсивности действия психотехнологии и уровнем психологических возможностей клиента. Немаловажную роль здесь играет дистанцирование.

6. Принцип потенциальности, при котором индивидум мобилизует свои ресурсы с целью преодоления кризисного состояния при отсутствии поддержки окружающих.

7. Принцип многомерности истины заключается в том, что понимание индивидуальной психической реальности всегда будет неполным, а следовательно, неистинным. В силу высокой динамичности психической реальности нельзя говорить об абсолютной или относительной истине. Таким образом, теории о психической реальности может быть справедлива лишь при определенных обстоятельствах.

Интегративный подход в понимании психики до сих пор продолжает свое развитие, так как динамичность и чрезвычайная пластичность психики делают создание единой теории психики практически невозможным. Поэтому требуется множество теорий для решения различных проблемных ситуаций.

Многоуровневость психики предоставляет возможность использования разных направлений мышления, представленных методологическими принципами интегративного подхода, при использовании которого можно выявить и ликвидировать белые пятна, расширить горизонты психопатологии и других наук и технологий.

Список литературы.

1. Жариков Н.М. Психиатрия: учебная литература для студентов медицинских вузов / Н.М. Жариков, Ю.Г. Тюльпин. – М. – 2002. – С. 248-253.

2. Психосинтез Ассаджиолли. Карта психики / URL: <https://studfile.net/preview/9118428/page:2/> (дата обращения 06.12.2022).

3. Субличности / URL: <https://studfile.net/preview/9118428/page:3/> (дата обращения 03.12.2022).

4. Многоуровневая концепция методологического знания. Классификация методов / URL: https://bstudy.net/933173/iskusstvo/mnogourovnevaya_kontseptsiya_metodologicheskogo_znaniya_klassifikatsiya_metodov / (дата обращения 29.11.2022).

МИКРОСОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ АУТОАГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ

Мухторов Б.О., Бабарахимова С.Б.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

Введение. Актуальность проблемы исследования аутоагрессивных тенденций у детей и подростков обусловлена стремительным ростом случаев самоповреждающего несуицидального поведения среди данного контингента населения [1, 13, 15]. Внутрисемейные взаимоотношения, микроклимат в семье являются значимыми факторами, формирующими поведение ребенка в семье и социуме и влияющими на его отношения с другими людьми в будущем [10, 12]. В пубертатном периоде отмечается нарастание депрессивной симптоматики на фоне идей собственной неполноценности и дисморфофобических включений со склонностью к суицидальному поведению, своевременно не диагностированных вследствие неблагоприятного эмоционального микроклимата в семье и отсутствия взаимопонимания между детьми и родителями [4, 11]. В научных трудах большинство исследователей проводят корреляционную взаимосвязь аутоагрессивных тенденций с девиантными и делинквентными формами поведения, социализированными расстройствами поведения [6, 8, 9]. Возникновению несуицидального самоповреждающего поведения способствуют депрессивные состояния, которые проявляются у подростков соматическими симптомами и поведенческими эксцессами [3]. По мнению ряда исследователей, суицидальные тенденции обусловлены развитием внутриличностного конфликта под воздействием внешних стрессогенных факторов, а также возникновением психопатологических нарушений, вызывающих аутодеструктивное поведение, в связи с патологическими внутрисемейными взаимоотношениями [5]. По данным ряда авторов, микросоциальное окружение, в том числе семья, стили родительского воспитания и образовательные учреждения способствуют риску развития аутоагрессивного поведения у детей и подростков [7, 14].

Цель исследования: изучить семейные факторы риска формирования аутоагрессивных тенденций у подростков допризывного возраста для ранней превенции и оптимизации психокоррекционной помощи данному контингенту населения.

Материал и методы: обследовано 111 подростков допризывного возраста с поведенческими нарушениями и суицидальными намерениями депрессивного генеза. В группу вошли пациенты с наличием диагностических критериев акцентуированных личностных черт по МКБ-10–Z73.1. Вся исследуемая выборка была распределена на две группы в зависимости от наличия аутоагрессивных тенденций самоповреждающего характера несуицидального генеза. В основную группу были отобраны 61 подросток с самоповреждающимися действиями. В группу сравнения вошли подростки с отсутствием аутоагрессии. Личностные особенности подростков (ЛОП) мы определяли при помощи Модифицированного Патохарактерологического Диагностического Опросника (МДПО Личко А.Е., Иванов Н.Я., 2001 г.). Структурированный личностный опросник, разработанный сотрудниками кафедры психиатрии совместно с клиническими и социальными психологами, содержал перечень психологических тестов-вопросов для выявления факторов риска формирования несуицидального самоповреждающего поведения с учетом личностных особенностей.

Результаты исследования и обсуждения. Согласно данным научных исследований, семья, стили родительского руководства, типы воспитания, семейный микроклимат являются значимыми факторами в формировании гармонично развитой личности и при неблагоприятном негативном влиянии способствуют риску развития суицидальных тенденций у подростков. Семейные взаимоотношения и факторы микросоциального окружения оказывают значительное влияние на формирование ребенка в личностном

плане, и в том числе, в какой-то мере способствуют развитию аддиктивного поведения, в частности – на склонность к развитию суицидальных тенденций. Одной из задач нашего исследования явилось изучение семейных взаимоотношений, как предикторов формирования несуицидального самоповреждающего поведения. В ходе исследования мы на основании сбора анамнестических сведений выявили состав семьи подростков и провели распределение подростков основной группы и группы сравнения в зависимости от состава микросоциального окружения. Сравнительный анализ распределения подростков в зависимости от состава семьи и микросоциального окружения определил, что в полной семье воспитывалась значительная доля пациентов из группы сравнения – 76% случаев наблюдения. А у подростков основной группы были зарегистрированы высокие показатели по параметрам – воспитание одним родителем – в 36% случаев, наличие неродного родителя установлено у 6 пациентов (9,8% случаев), воспитание у родственников (чаще всего бабушки по материнской линии) – у 5 (8,2%) подростков, воспитание вне семьи при наличии родителей (в детском доме, интернате со спецколледжом) – у 4 (6,6%) подростков. Таким образом, обобщая полученные данные результатов исследования особенностей состава семьи и микросоциального окружения определили, что наиболее опасными в плане формирования аутоагрессивных тенденций являются такие факторы, как неполный состав семьи, наличие неродных родителей, воспитание у родственников или вне семьи. Нами также были изучены уровни доверительных и гармоничных отношений семейных взаимоотношений, в зависимости от которых мы распределили подростков на воспитывающихся в гармоничных и дисгармоничных семьях. Дисгармоничная семья в свою очередь подразделялась на деструктивную, дисфункциональную и амбивалентную. Под деструктивной семьей мы подразумевали семью, где один или оба родителя злоупотребляли спиртными напитками или в семье один из родителей страдал психическим заболеванием. Дисфункциональная семья – это неблагополучная семья с постоянными конфликтами, ссорами между родителями, оскорблениями и унижениями, где присутствует неблагополучный микроклимат и родители не выполняют основные свои предназначения по воспитанию ребенка. Амбивалентная семья состояла из противоречивых взаимоотношений психологического и социального уровня, между членами семьи присутствовало полное отчуждение, отношение к ребенку в такой семье показное, слова расходятся с действительностью, внешне это благополучная семья с достаточным материальным достатком, где забота о ребенке ограничивается удовлетворением материальных потребностей, но отсутствуют любовь, эмоциональные привязанности, духовное взаимопонимание. Исследование распределения подростков по видам семьи установило, что в общей выборке преобладали деструктивные семьи (64%), на втором месте по встречаемости определены амбивалентные семьи (32%), дисфункциональные семьи установлены в 29,7% случаев. Гармоничная семья наблюдалась только у 4 (3,6%) подростков из группы сравнения. Мы провели распределение подростков по видам семей в основной группе и группе сравнения для анализа количественной представленности этого параметра исследования. В основной группе высокие показатели подростков из деструктивных семей – 24 (39,3% случаев), а в группе сравнения преобладали подростки из амбивалентных (34%) и дисфункциональных (30%) семей. При изучении типов родительского воспитания мы использовали классификацию А.Е. Личко. Нами были определены следующие формы родительского воспитания и контроля в семьях: гипопротекция, доминирующая гиперпротекция, потворствующая гиперпротекция, эмоциональное отвержение, повышенная моральная ответственность и воспитание вне семьи. С целью сравнения стилей родительского воспитания мы распределили подростков по типам воспитания. В основной группе подростки чаще всего воспитывались в семьях, для которых были характерны гипопротекция (27,9%), жестокое обращение

(21,3%) и потворствующая гиперпротекция (26,2%). В группе сравнения наблюдалась высокая доля пациентов с типом воспитания, где на ребенка накладывалась повышенная моральная ответственность (28% случаев). Межгрупповой анализ стилей родительского воспитания установил преобладающие показатели жестокого обращения, потворствующей гиперпротекции, гипопротекции и эмоционального отвержения в основной группе обследуемых подростков, что позволяет отнести их к предикторам риска развития суицидальных тенденций.

Выводы. Таким образом, проведенное исследование семейных факторов риска формирования несуицидального самоповреждающего поведения у подростков допризывного возраста, определило, что стили неправильного родительского воспитания в дисфункциональных семьях способствуют развитию аутоагрессивных тенденций со склонностью к суицидальному поведению депрессивного регистра. Наиболее опасными в плане формирования аутоагрессивных тенденций являются такие факторы, как неполный состав семьи, наличие неродных родителей, воспитание у родственников или вне семьи. Раннее выявление дисфункциональных и амбивалентных семей и деструктивных стилей воспитания является первоочередной задачей в превенции фактов самоповреждающих действий у подростков допризывного возраста для снижения риска по суицидальной готовности среди данного контингента населения.

Список литературы.

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

2. Бабарахимова С.Б. Суицидальное поведение депрессивного спектра у подростков // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2020. – № 2 (17). – С. 23-28.

3. Бабарахимова С.Б., Абдуллаева В.К. Исследование суицидальных тенденций у подростков с синдромом бродяжничества с учетом личностных особенностей // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2020. – № 4 (19). – С. 4-10.

4. Банников Г.С. Ведущие механизмы самоповреждающего поведения у подростков: по материалам мониторинга в образовательных учреждениях / Г.С. Банников, Н.Ю. Федунина, Т.С. Павлова, О.В. Вихристюк, А.В. Летова, 207 М.Д. Баженова // Консультативная психология и психотерапия. – 2016. – Т. 24. № 3. – С. 42-68.

5. Ведяшкин В.Н. Аддиктивные предпосылки аутоагрессивного поведения у подростков с учетом гендерных особенностей / В.Н. Ведяшкин // Актуальные вопросы психиатрии и наркологии. – 2011. – № 15. – С. 210-212.

6. Мухторов Б.О., Бабарахимова С.Б., Абдуллаева В.К. Роль конфликтных ситуаций в формировании несуицидального самоповреждающего поведения у мальчиков подростков допризывного возраста // Проблемы биологии и медицины. – 2022. – № 3 (136). – С. 67-71.

7. Abdullaeva V.K., Abbasova D.S. et al. Predict depressive disorders at the earliest stages of its formation in adolescents // Annali d/ Italia (2020) VOL 1, No 7; pp 15-18.

8. Abdullaeva V.K., Babarakhimova S.B. Analysis of psychosocial factors in development of suicidal tendencies at adolescents / Central Asian Journal of Pediatrics 2 (1), 201-204, 2019.

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

10. Babarakhimova S.B., Abdullaeva V.K., Abbasova D.S., et al. Relationship of personal characteristics in adolescents with suicidal tendencies // NJD-i-science. VOL 2, No 40 (2020). – PP. 19-22.
11. Babarakhimova S.B., Abdullaeva V.K., Abbasova D.S., et al. Research of influence personal characteristics in adolescents in development types of suicidal tendencies // Austria-science. VOL 1, No 24 (2019) pp. 16-18.
12. Babarakhimova S.B., Sharipova F.K. Efficacy using the psychology and pedagogical help to teenagers with diabetes of the 1st type // Education and Psychology. No 3 (2017) pp. 77-801.
13. Babarakhimova S.B., Sharipova F.K. The psychology and pedagogical help to teenagers with diabetes of the 1 type // Personality in Changing World: Health, Adaptation, Development. No 3 (18) 2017, pp. 381-390.
14. Matveeva A.A., Sultonova K.B., Abbasova D.S. et al. Optimization of psychodiagnostics of emotional states // Danish Scientific Journal. VOL 3, No 5(2020) pp.24-2.
15. Nurkhodjaev S., Babarakhimova S., Abdullaeva V. Early Detection and Prevention of Suicidal Behavior in Adolescents – Indian Journal of Forensic medicine; Toxicology. VOL 14, No 3(2020) pp.7258-7263.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ПСИХОТЕРАПИИ ДИГЕСТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Бабарахимова С.Б., Файзуллаева К.Р., Мирворисова З.Ш.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

Актуальность проблемы исследования расстройств пищевого поведения у пациентов с параноидной шизофренией является одной из важнейших задач практического здравоохранения [1, 3, 7]. В литературе научных работ, посвященных дигестивным нарушениям у пациентов шизофренического профиля, очень мало, и в основном они исследуют клинические проявления данного явления, не акцентируя внимания на гендерные различия и своеобразии клинических различий в синдромологическом аспекте [2, 6]. Дискутабельным вопросом в практической психиатрии остается и по настоящее время эффективность проведения психотерапевтического вмешательства у пациентов с параноидной шизофренией, коморбидной с расстройствами пищевого поведения [4, 5].

Цель исследования: изучить эффективность применения арт-терапии у пациентов с расстройствами пищевого поведения, встречающимися в клинической картине параноидной шизофрении, для улучшения медико-психологической помощи данному контингенту больных.

Материалы и методы исследования: в исследование были включены 37 пациентов с параноидной шизофренией, находившихся на стационарном лечении в психиатрической больнице. Среди них лиц женского пола было 19 пациенток и 18 мужчин с расстройствами пищевого поведения. В ходе исследования использованы клиничко-психопатологический и катamnестический методы исследования. Из психометрических методов использованы Шкала Calgary, Шкала PANSS, EAT-40: тест отношения к приему пищи (диагностика анорексии и булимии), а также ретроспективный анализ историй болезней пациентов. Всем пациентам проводилась психокоррекционная работа в виде групповых сеансов арт-терапии в комбинации с рациональной психотерапией и музыкотерапией.

Результаты и обсуждения: из 37 обследованных больных у 65% диагностирована параноидная шизофрения с непрерывным типом течения F-20.00, у 35% обследованных – параноидная шизофрения с эпизодическим типом течения F-20.01. В обследованной группе в результате тестирования с помощью Шкалы Calgary выявлено наличие депрессивных расстройств различной степени выраженности, более чем у половины пациентов было отмечено наличие депрессии средней степени выраженности (55%), у 36% обследуемых – депрессии легкой степени и у 10% пациентов регистрировалась депрессия тяжелой степени. В клинической картине параноидной шизофрении у наблюдаемых пациентов преобладали в основном специфические симптомы дефицитарного, негативного ранга – апатия, абулия и аутизация. Гендерные особенности дигестивных нарушений у женщин преимущественно были представлены склонностью к избыточному перееданию, формированием метаболического синдрома. У мужчин нарушения пищевого поведения чаще всего проявлялись отказами от еды, употреблением биологически активных пищевых добавок, способствующих похуданию, что приводило к снижению комплайенса и рецидиву эндогенного процесса. Основным методом психотерапевтического вмешательства явилась арт-терапия с использованием антистресс-раскрасок трафаретов «Еда». До проведения арт-терапии у всех обследуемых пациентов был установлен уровень тяжести депрессивной симптоматики. Большинство пациентов мужского пола с удовольствием выполняли задания психотерапевта, в основном использовали яркие теплые краски в ходе проведения арт-терапии. Пациенты мужского пола в большинстве случаев предпочитали раскрашивать

трафареты мясной продукции, фаст-фуда, причем наблюдалось у мужчин применение натуральных, естественных цветов палитры красок акварели и гуаши. В отличие от пациентов женского пола мужчины редко в арт-терапевтическом сеансе использовали мозаику, аппликацию, украшение трафаретов рисунков бисером. Лица женского пола с удовольствием раскрашивали трафареты, отражающие кондитерские изделия – торты, пирожные, конфеты, хлебобулочные выпечки. В отличие от мужчин лица женского пола выбирали холодные цвета палитры красок для раскрашивания картинок с едой, мотивируя свой выбор отвращением к пище и отсутствием аппетита. Пациентки в большинстве случаев сочетали раскрашивание акварельными красками трафаретов с оформлением мозаики, аппликации, наклеиванием на рисунки зерен риса, гречки, фасоли. Комбинированное использование методов арт-терапии женщины объясняли более эффективным воздействием релаксирующего компонента психокоррекционного вмешательства. После групповых сеансов арт-терапии отмечались значительное снижение тяжести депрессивной патологии и редукция расстройств пищевого поведения. Данные исследования позволяют оптимизировать комплексный подход к терапии дигестивных нарушений у пациентов с параноидной шизофренией, сократить количество госпитализаций, продлить сроки ремиссии и предотвратить возможные соматические осложнения.

Выводы. Таким образом, полученные в ходе исследования результаты способствуют улучшению планирования оказания фармакотерапии в комбинации с психотерапией. Использованные интегративные методы психотерапии для пациентов с параноидной шизофренией с учетом гендерных особенностей в условиях психиатрических больниц помогут оптимизировать реабилитацию пациентов с ограничительным пищевым поведением, сократить количество госпитализаций и максимально продлить период ремиссии.

Список литературы.

1. Антохин Е.Ю. Гендерные аспекты психогенных депрессий: особенности клиники, подходы к терапии // Социальная и клиническая психиатрия. – 2010. – № 2. – С. 52-60.

2. Бабарахимова С.Б., Шаханская О.В., Искандарова Ж.М. Личностные особенности женщин с депрессивными расстройствами и их влияние на качество жизни // Сборники конференций НИЦ Социосфера. – 2013. – № 21. – С. 109-112.

3. Бабарахимова С.Б., Мирворисова З.Ш., Файзуллаева К.Р. Особенности психокоррекции расстройств пищевого поведения у больных параноидной шизофренией с учётом гендерных особенностей // Материалы международной научно-практической конференции «Интеграция науки и практики в медицине: достижения и перспективы», Кемерово. – 2022. – С. 236-242.

4. Демидова, Т. Ожирение проблема всех возрастов и всех стран / Т. Демидова // Диабет. Образ жизни. – 2000. – № 2. – С. 38-41.

5. Ромацкий, В.В. Феноменология и классификация нарушений пищевого поведения: аналитический обзор литературы, часть II / В.В. Ромацкий, И.Р. Семин // Бюллетень сибирской медицины. – 2006. – № 4. – С. 83.

6. Neumarker, K. Perspectives of eating disorders from the Charite Hospital in Berlin / K. Neumarker, A. Bartsch // Eur. Child Adolesc. Psychiatry. 2003. – V. 12. – P. 14-19.

7. Matveeva A.A., Sultonova K.B., Abbasova D.S. et al. Optimization of psychodiagnostics of emotional states // Danish Scientific Journal. 2020. VOL 3, No 5 pp. 24-27.

РАССТРОЙСТВА ПСИХИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ У ДЕВОЧЕК В ВОЗРАСТЕ 13-15 ЛЕТ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Азизова Д.К.

Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников
Министерства здравоохранения Республики Узбекистан, Ташкент, Узбекистан

Избыток массы тела является одной из актуальных проблем человечества. Он предшествует развитию метаболического синдрома и таких его компонентов, как артериальная гипертензия, сахарный диабет, синдром поликистозных яичников и др. В числе основных причин избыточной массы тела исследователи называют расстройства пищевого поведения [1]. В экономически развитых странах 16% детей уже имеют ожирение и 31% входят в группу риска по формированию этой патологии. Практически во всем мире количество детей, страдающих ожирением, неуклонно растет и удваивается каждые три десятилетия [2]. Избыток массы тела во многом связан с изменениями в гипоталамусе, который регулирует эндокринные и обменные функции. Гипоталамус, в свою очередь, является важной составляющей лимбико-ретикулярного комплекса, с функциями которого непосредственно связаны эмоции. Можно предполагать, что изменения в гипоталамусе, приводящие к избыточной массе тела, предрасполагают также к расстройствам эмоциональной сферы, лежащим в основе психической дезадаптации [3].

Целью нашего исследования является выявление корреляции уровня психической адаптации с нарушениями углеводного и жирового обмена, а также с состоянием гормональной сферы организма у девочек 13-15 лет. В исследовании используются экспериментально-психологические методики для оценки эмоциональной реактивности, пищевого поведения, отношения к приему пищи и пищевых предпочтений.

Нами проведена скрининговая оценка «Индекса массы тела» (ИМТ) у 394 девочек в возрасте 13-15 лет, являющихся учащимися общеобразовательных школ Яшнабадского района г. Ташкента. Интерпретация результатов ИМТ производилась в соответствии с рекомендациями ВОЗ: 16 и менее $\text{кг}/\text{м}^2$ – сильно выраженный дефицит массы тела, 16-18,5 – недостаток массы тела, 18,5-25 – оптимальный вес, норма, 25-30 – избыток массы тела, 30-35 – 1-я степень ожирения, 35-40 – 2-я степень ожирения, 40 и выше $\text{кг}/\text{м}^2$ – 3-я (максимальная) степень ожирения. Исследование показало, что лишь 54,5% девочек имеют нормативные показатели ИМТ, соответствующие оптимальной массе тела. У 45,5% девочек выявлены отклонения показателей ИМТ от нормативного уровня либо в сторону дефицита (30,8%), либо избыточной (14,7%) массы тела. При этом у 0,5% обследованных показатели ИМТ соответствовали 1-й степени ожирения.

Сравнение уровня психической адаптации у девочек, имеющих нормальную и избыточную массу тела, показало, что в последнем случае значительно чаще возникают неприятие образа и неудовлетворенность собственным телом, а также дисморфофобические реакции, свойственные подростковому возрасту. Среди таких девочек выявляются высокая частота встречаемости алекситимии (сниженная способность распознавать и называть собственные чувства), заниженная самооценка, трудности контакта со сверстниками, проблемы взаимоотношения с родителями, реакции пассивного протеста.

Таким образом, избыточная масса тела у девочек в возрасте 13-15 лет может расцениваться в качестве фактора риска психической дезадаптации, обусловленной чувством собственной неполноценности, неудовлетворенностью своей внешностью, являющейся объектом повышенного интереса у лиц подросткового возраста, неприятием образа своего тела, неудовлетворенной потребностью в аффилиации и группировании со сверстниками.

Список литературы.

1. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология: учебное пособие. – М. : МЕД-ПРЕССИНФОРМ, 2008. – С. 383-385.
2. Николаева Н.О., Мешкова Т.А. Нарушения пищевого поведения: социальные, семейные и биологические предпосылки // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2011. – № 1. – С. 39-49.
3. Zalar D., Weber U., Sernec K. Aggression and impulsivity with impulsive behaviours in patients with purgative anorexia and bulimia nervosa // Psychiatr. Danub. – 2011. – Vol. 23 (1). – P. 27-33.

ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ ТЕХНИКИ «РАСПУСКАНИЕ МЫШЕЧНЫХ ПАНЦИРЕЙ» С ПОДРОСТКАМИ И ВЗРОСЛЫМИ С РАЗНЫМ ПСИХИЧЕСКИМ СТАТУСОМ

Исупова Е.О., Мишарин М.А.

Сыктывкарский государственный университет имени П. Сорокина, Сыктывкар,
Российская Федерация

Телесно-ориентированный подход в психотерапии применяется при решении различных психологических запросов на разных возрастных группах. Нами проведен сравнительный анализ результатов наблюдения и самонаблюдения при выполнении техники В. Райха «Распускание панцирей» подростками и взрослыми разного психического статуса.

В исследовании приняли участие 39 человек разного пола, собранные в 3 группы: 11 подростков, проходящих реабилитацию в социально-реабилитационном центре, в возрасте от 10 до 16 лет; 17 взрослых в возрасте от 18 до 67 лет с психическими заболеваниями, проходящих лечение в дневном стационаре психиатрической больницы: 6 человек с органическими расстройствами настроения, 4 человека – с невротическими расстройствами, 4 человека – с разными формами шизофрении, 3 человека – с рекуррентным депрессивным расстройством; 11 студентов-психологов Сыктывкарского университета в возрасте от 20 до 24 лет.

Методы исследования: телесная техника В. Райха «Распускание панцирей», наблюдение, самонаблюдение, опрос. Метод обработки: качественный анализ.

Наблюдаемые параметры: телесные и поведенческие проявления (мимика, признаки телесного напряжения, высказывания, особенности выполнения упражнений, отказы).

Результаты и их обсуждение. Группа 1 (подростки). Мимика активная, преобладали позитивные эмоции (удивление, радость). Телесное напряжение выражено достаточно сильно. Девочки более расслаблены и свободны в движениях. Обратная связь положительного содержания. Обратная связь преимущественно затронула изменения в настроении. Четверо подростков не стали давать обратную связь. Упражнения, показывающие степень раскрепощенности, вызывали неловкость и зажатость, ввиду чего многие из подростков не выполняли их, наблюдая за остальными участниками. Это связано и с физиологическими особенностями полового созревания в подростковом возрасте. Выполнение упражнений оказалось активным благодаря подростковому любопытству. Большую часть отказов наблюдалось у старших подростков независимо от пола, предположительно, потому, что подобного рода занятия ими были восприняты нелепыми. При этом эти же подростки выполняли упражнения качественно, получая положительные эмоции. Отметим, что протест и неподчинение являются характерными психологическими особенностями подросткового периода [1].

Группа 2 (пациенты психиатрической больницы). Наблюдается чуть менее яркая мимика, чем в группе 1. Взрослые люди, подвергшиеся изменениям психики в силу психического заболевания, имеют менее выраженные эмоции, также участники данной группы сдерживали себя, что привело к возникновению телесных зажимов. Обратная связь участников сдержанная, эмоционально положительная или нейтральная. В целом по содержанию высказываний в течение тренинга группа показывала позитивный отклик на выполнение упражнений.

Участники старались выполнять упражнения качественно, при этом некоторые задания вызвали страх и непонимание у отдельных участников. Достаточно резкий отказ проявился только у одной участницы, которая по роду деятельности является воспитателем в детском саду и «не терпит отношения к ней как к испытуемой». Пациентка

будто находилась в ступоре: «Я не могу это делать». Из работ В. Райха известно, что при тревожном состоянии мускулатура жесткая, сильно напряжена, что может привести к параличу или реакции бегства [2]. Так и наша испытуемая после окончания тренинга высказала, что она хотела уйти, но не смогла, «застыла».

Группа 3 (студенты). Мимические проявления: наиболее активное выражение мимики из всех трех исследовательских групп, так как студенты-психологи понимают значимость проявления эмоций и чувств. Студенты работали открыто, не подавляя эмоций.

Наблюдались минимальные проявления напряжения, в основном признаками телесного напряжения являлись напряжение глаз из-за макияжа у участников женского пола и напряжение в ногах как следствие перенесенных физических травм. Участники данной группы чувствовали себя свободно, расслабленно.

Обратная связь студентов развернутая, с акцентом на телесные ощущения (например, «мне понравилось, все было очень активно, музыка понравилась»; «было напряжение в шее в конце, в лопатке и пояснице»; «было расслабление при тазовых движениях»; «напряжения не было, кроме давления на живот, расслабление после всего, готова работать над своими зажимами»). По уровню обратной связи группа показала наиболее заинтересованный и позитивный отклик, поскольку данное занятие является для участников лично и профессионально значимым. Это объясняется и тем, что среди профессиональных ориентаций студентов-психологов в большей степени выражены альтруистическая, коммуникативная и гностическая направленности [3].

Все упражнения выполнялись достаточно активно и позитивно, кроме одного студента. Участники активно переговаривались между собой, обсуждая процесс выполнения упражнений. Возник один отказ в участии в тренинге, при выполнении упражнений остальными участниками отказов не было, все упражнения выполнялись в полной мере.

Можно заключить, что подростки более скованы, в ходе работы ребята комментируют выполняемые действия, много смеются, что можно объяснить реакцией на экспериментаторов, непривычной деятельностью. Проговаривание, смех являются для несовершеннолетних способом снятия напряжения и скованности, способом переключения внимания с тела на мысли и эмоции. То же прослеживается и в обратной связи (только 3 подростка проговорили собственные телесные ощущения). Данные результаты свидетельствуют о том, что у подростков не развит навык наблюдения и обращения к собственному телу. Процесс интроспекции по результатам опроса участников тренинга глубже и целенаправленнее у взрослых испытуемых. Похожий уровень обратной связи выявлен и у студентов-психологов, поскольку это является одним из их профессионально важных качеств. Наиболее включенными в процесс выполнения упражнений являются студенты-психологи, что можно объяснить профессиональной значимостью участия в подобных тренингах для них.

Выводы.

1. Группа подростков показала искренность в выполнении заданий. Их обратная связь включает описание мыслей и настроения, реже – телесные изменения после проведенного занятия. Старшим подросткам наиболее характерны мышечные зажимы, отказы от выполнения упражнений тренинга.

2. Группа взрослых людей с психическими заболеваниями показала более глубокий и целенаправленный процесс осмысления проведенного тренинга, однако обратная связь является менее полной по сравнению с группой студентов. Женщины данной группы проявили напряжение и настороженность.

3. Студенты-психологи показали наибольшую телесную свободу, раскрепощенность и открытость, включенность, развернутую обратную связь, которая включала как описание своих мыслей, так и настроения, телесные ощущения.

Список литературы.

1. Остапова А.В. Психологические особенности подросткового возраста: <https://cyberleninka.ru/article/n/psihologicheskie-osobennosti-podrostkovogo-vozrasta>.

2. Райх В. Анализ характера. – М. : Изд-во ЭКСМО-Пресс, Апрель-Пресс, 2000.

3. Тимченко И.Н., Кунц Л.Н. Профессиональная направленность студентов психологов // Психологические науки. – 2007. – № 2. – С. 5.

К ВОПРОСУ О ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ РАССТРОЙСТВ ДЕПРЕССИВНОГО СПЕКТРА

Станько Э.П.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Белоруссия

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 $36,4 \pm 6,5$ лет.

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 (HDRS) 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 $p \leq 0,05$. 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 τ_{B} и 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 τ_{B} и Tau B = -0,36, $p \leq 0,01$). Отличительной чертой в группе пациентов с депрессивным эпизодом была положительная корреляция когнитивных нарушений с аффективными (Kendall τ_{B} и Tau B = 0,42, $p \leq 0,01$). 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 τ_{B} и Tau B = 0,4, $p \leq 0,01$).

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

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]; $p \leq 0,01$).

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 ($p \leq 0,01$). 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 ($p\leq 0,01$). 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 ($p\leq 0,01$), а также у пациентов с депрессивным эпизодом и невротической депрессией ($p\leq 0,01$).

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 ($p\leq 0,01$), депрессивным эпизодом и невротической депрессией ($p\leq 0,01$). 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 ($p\leq 0,01$) 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 ($p\leq 0,01$), с органической и невротической депрессиями ($p\leq 0,01$), с депрессивным эпизодом и невротической депрессией ($p\leq 0,01$).

Физиологические нарушения были представлены нарушениями сна и аппетита, снижением влечений и склонностью к запорам. Физиологические нарушения чаще наблюдались у пациентов с депрессивным эпизодом (ОР=4; CI [3,61-3,93]), реже у пациентов с органической (ОР=2; CI [1,87-2,46]) и невротической (ОР=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 депрессии ($p=0,88$); 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 ($p\leq 0,01$), депрессивным эпизодом и невротической депрессией ($p\leq 0,01$). 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 ($p\leq 0,01$), с депрессивным эпизодом и невротической депрессией ($p\leq 0,01$) 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 ($p\leq 0,02$), с депрессивным эпизодом и невротической депрессией ($p\leq 0,01$).

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 (ОР=6; CI [5,62-6,24]) более тяжелой была по сравнению с органической (ОР=4; CI [3,86-4,53]) и невротической (ОР=2,5; CI [2,07-2,92]) депрессиями. Следует отметить наличие различий в степени когнитивных нарушений у обследованных: с органической депрессией и депрессивным эпизодом ($p\leq 0,01$), органической и невротической депрессиями ($p\leq 0,01$), депрессивным эпизодом и невротической депрессией ($p\leq 0,001$). 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 ($p\leq 0,01$), 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 ($p\leq 0,001$), депрессивным эпизодом и невротической депрессией ($p\leq 0,01$) 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 клинико-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. – № S2. – 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.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СИНДРОМА ХРОНИЧЕСКОЙ УСТАЛОСТИ СРЕДИ СТУДЕНТОВ СТАРШИХ КУРСОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Кутузова В.И., Черняев И.А.

Уральский государственный медицинский университет, Екатеринбург,
Российская Федерация

Актуальность. Особенности обучения на старших курсах медицинского университета является сочетание учебы на клинических кафедрах с работой со средним медицинским персоналом, участием в общественных студенческих организациях, организацией и проведением значимых научных и культурных мероприятий. В связи с высоким уровнем нагрузки важным аспектом выступает для студентов грамотный тайм-менеджмент и регулирование цикла «нагрузка-отдых». Возможность приобретения профессионального опыта выходит для молодых людей на первый план, нередко занимая время увлечений, активного отдыха, занятий физической культурой и даже сна, что обуславливает наличие у молодых людей факторов риска по развитию синдрома хронической усталости (СХУ) [1, 2].

Введение.

Синдром хронической усталости (СХУ) (Chronic fatigue syndrome, синдром иммунной дисфункции, синдром поствирусной астении, миалгический энцефаломиелит) – состояние постоянной, необъяснимой усталости, длящееся более 6 месяцев, которое сопровождается неспецифическими симптомами (нарушение сна, ухудшение памяти и внимания, головная боль, миалгия, артралгия и др.) и негативно сказывается на привычном образе жизни [3, 4]. Распространенность СХУ в популяции, по разным оценкам, может достигать от 0,2 до 6,4% [5]. Заболевание с высокой частотой поражает людей, отличающихся высокой работоспособностью и профессиональной успешностью, нередко приводя к выраженной инвалидизации. СХУ включен в МКБ-10 как G93.3 Синдром утомляемости после перенесенной вирусной болезни. Доброкачественный миалгический энцефаломиелит.

Этиология и патогенез СХУ в настоящее время активно изучаются, актуальными на данный момент являются иммунологическая [4, 5], аутоиммунная [7], инфекционная [4, 7, 8] и эндокринная [5] теории.

Актуальные критерии постановки диагноза «Синдром хронической усталости» были сформулированы Национальным институтом здравоохранения и усовершенствования медицинского обслуживания (Великобритания, Лондон) в 2021 году [9]:

- клинические симптомы наблюдаются в течение 6 и более недель у взрослого человека / 4 и более недель у детей и молодых людей (от 5 до 16 лет включительно);
- продуктивность пациента в профессиональной, образовательной и социальной деятельности субъективно снижена;
- клинические симптомы не объясняются иными патологическими состояниями/заболеваниями.

Цель исследования – определить распространенность синдрома хронической усталости среди студентов старших курсов медицинского университета.

Материалы и методы.

Исследование проводилось социологическим методом, путем стихийной выборки и анкетирования на основании авторского опросника, составленного на основании диагностических критериев СХУ NICE 2021 [9]. Вопросы были связаны с субъективными изменениями общего состояния, когнитивных функций, сна после длительной эмоциональной и интеллектуальной нагрузки (осенний семестр). Размер выборки

определялся по методике К.А. Отдельновой [10], был задан средний уровень значимости при достоверности $p \leq 0,05$. Было опрошено 88 студентов или 51,7% от всей численности 5 курса педиатрического факультета УГМУ. Произведен расчет статистических величин, достоверность различий оценивалась t-коэффициентом Стьюдента, значимым принимался уровень $p < 0,05$).

Выводы.

Признаки СХУ в конце осеннего семестра выявлены практически у половины (48,6%) опрошенных студентов. Девушки чаще отмечают у себя повышенную тревожность по поводу предстоящей сессии, изменения пищевого поведения, усталость, усиливающуюся после физической нагрузки, навязчивые сновидения, симптомы ОРВИ. Мужчины придают меньшее значение контрольным мероприятиям, поэтому редко испытывают тревогу, однако они чаще отмечают нарушения сна (чувство «разбитости», трудности подъема по будильнику) и трудности в общении (замедленная реакция на вопросы, снижение памяти). Более 30% студентов в ходе опроса выбирали вариант «Затрудняюсь ответить», что может указывать на нежелание сосредоточиться на оценке собственного состояния, граничащее с безразличием, и может косвенно подтверждать наличие признаков СХУ у таких студентов.

Таким образом, широкая распространенность заболевания среди студентов 5 курса педиатрического факультета УГМУ обуславливает актуальность дальнейшего изучения их физического и эмоционального состояния в динамике, распространенности синдрома среди студентов других факультетов и курсов, а также представителей других специальностей данной возрастной группы.

Список литературы.

1. Зыкун, Ж.А. Значимость физической культуры для студентов в современном мире / Ж.А. Зыкун, А.И. Конон // Молодой ученый. – 2018. – № 46 (232). – С. 412-415. – URL: <https://moluch.ru/archive/232/53860> (дата обращения: 28.02.2023).

2. Галеев И.Ш., Святова Н.В., Ситдикова А.А., Миннахметова Л.Т., Мисбахов А.А., Садыкова А.И. Анализ умственной работоспособности студентов на фоне занятий физической культурой и спортом // Современные проблемы науки и образования. – 2013. – № 2. – URL: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=9137> (дата обращения: 28.02.2023);

3. Воробьева Ю.Д., Данилов А.Б. Синдром хронической усталости: современные аспекты диагностики и лечения. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2021. – 121. – С. 113-120. <https://doi.org/10.17116/jnevro2021121402113>.

4. Amit Sapra, Priyanka Bhandari. Chronic fatigue syndrome. – URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557676/> (дата обращения: 30.11.2022).

5. Никитина А.Ю., Левин О.С. Синдром хронической усталости на фоне пандемии COVID-19. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2021;121 (10 вып. 2). – С. 92-98. <https://doi.org/10.17116/jnevro202112110292>;

6. Синдром хронической усталости: современные представления об этиологии / Е.А. Пигарова [и др.] // Ожирение и метаболизм. – 2010 (3). – С. 8-12.

7. Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome – Evidence for an evidence disease / Franziska Sotzny et al. // Autoimmunity Reviews. – 17 (2018). – P. 601-609.

8. Ruiz-Pablos M., Paiva B., Montero-Mateo R., Garcia N. and Zabaleta A. (2021) Epstein-Barr Virus and the Origin of Myalgic Encephalomyelitis or Chronic Fatigue Syndrome. Front. Immunol. 12:656797. <https://doi.org/10.3389/fimmu.2021.656797>.

9. Myalgic encephalomyelitis (or encephalopathy)/chronic fatigue syndrome: diagnosis and management // National Institute for Health and Care Excellence. – 2021. – 95 p.

10. Наркевич А.Н., Виноградов К.А. Методы определения минимально необходимого объема выборки в медицинских исследованиях // Социальные аспекты здоровья населения. – 2019. – 65 (6):10. – URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1123/30/lang.ru> (дата обращения: 15.12.2023).

11. IOM (Institute of Medicine). 2015. Beyond myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome: Redefining an illness. Washington, DC: The National Academies Press.

**РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ КЛАСТЕРА В КАК СЛЕДСТВИЕ НАРУШЕНИЯ СИСТЕМЫ
НАРЦИССИЧЕСКОЙ РЕГУЛЯЦИИ ЛИЧНОСТИ:
ВОЗМОЖНОЕ ЭТИОЛОГИЧЕСКОЕ ЕДИНСТВО**

Лиманская А.Э., Тромбчиньски П.К.

Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург,
Российская Федерация

Представленная работа является пилотной версией исследования, направленного на изучение ряда личностных аномалий через исследование структуры и функционирование системы Self в норме и в группе пациентов, объединяемых по системе DSM в кластер В расстройств личности, характеризующихся драматическим, эмоциональным или неустойчивым поведением.

Актуальность.

Несмотря на достигнутую в ведущих классификациях психической патологии ясность диагностических дефиниций, строящихся на описательном подходе, дифференциальный диагноз отдельных типов личностной аномалии и разграничение клинических картин при смешанной личностной патологии остается особенно сложным для определенных типов расстройств со схожими проявлениями. Исследователи признают, что наибольшие трудности дифференциального диагноза вызывают расстройства личности, по классификации DSM-V объединенные в кластер В (истерическое расстройство личности, пограничное расстройство личности, нарциссическое расстройство личности и антисоциальное расстройство личности [3]) из-за их высокой коморбидности и крайне низкой дискриминативной валидности [4]. Гипотетичность и разноречивость этиологических представлений касаясь данных расстройств по сей день не преодолены, хотя объем доступных объективных методов диагностики и разнообразие накопленных описательных данных только растут, в связи с чем кажется, что настало время возвратиться к поиску более конкретных объединяющих факторов для ряда расстройств с уже известным сходством клинических проявлений. Данные затруднения потенциально могут быть преодолены путем создания этиопатогенетической модели «драматических» расстройств, которая решила бы дифференциально-диагностические проблемы, сократила бы время до постановки окончательного диагноза и оказания эффективной помощи, усовершенствовала бы психологические вмешательства для данной группы пациентов и позволила бы создать новые, возможно, групповые формы психосоциальных вмешательств при сохранении их эффективности, снизила бы количество сопутствующих диагностических единиц в медицинских картах, стигматизацию и самостигматизацию пациентов, улучшила бы качество их жизни.

«Драматические» расстройства личности наиболее ярко характеризуют следующие общие клинические проявления, в той или иной степени свойственные всем типам данного кластера: эмоциональная неустойчивость и возбудимость; личностная незрелость (обуславливающая высокую уязвимость к негативной внешней оценке, нестабильную самооценку с колебаниями от крайне низкой до завышенной, неустойчивое мотивационно-волевое обеспечение деятельности: от апатичности до завышенного уровня притязаний, формирование сверхценных образований, нестабильные отношения с окружающими с периодическими идеализациями и обесцениваниями значимых других); отчетливые трудности саморегуляции, импульсивность; искажения эмпатии [5, 6]. Именно эти проявления аномальной личности приводят к формированию драматических, непредсказуемых, манипулятивных, эксплуататорских моделей поведения, не свойственных обычным картинам расстройств других кластеров [3].

Согласно современным психоаналитическим представлениям важной составляющей психического здоровья является система нарциссической регуляции личности (система Self). Под нарциссической регуляцией понимается поддержание аффективного равновесия в отношении чувств внутренней стабильности, собственной ценности, уверенности в себе, т.е. в отношении чувства себя, или Self. Данное понятие отражает целостность личности, ее биопсихологическое единство и в отличие от Эго включает в себя также осознаваемую сферу, представляя собой регуляторный, стержневой компонент личности. Центральным симптомом нарушенной нарциссической системы являются нестабильное чувство собственной ценности (как завышенное, так и заниженное чрезмерно) и развиваемые вследствие такой нестабильности компенсаторные механизмы [2].

Данное пилотное исследование призвано апробировать выбранный нами методический аппарат для достижения поставленных целей. В работе представлен дизайн планируемого исследования, проанализированы первые результаты пациентов и условно здоровой категории испытуемых, дан общий вывод о соответствии материалов и методов целям исследования.

Планируемое исследование направлено на поиск психосоциальных предпосылок для установления патогенетического и этиологического единства группы расстройств личности, характеризующихся драматическим, эмоциональным или неустойчивым поведением (расстройств личности кластера В).

В соответствии с представленной целью исследования его задачами являются:

1. Изучение профиля клинических проявлений других типов аномальной личности у пациентов с установленным расстройством личности, характеризующимся драматическим, эмоциональным или неустойчивым поведением.

2. Изучение семейной среды и социальной ситуации становления аномальной личности с драматическими, эмоциональными или неустойчивыми проявлениями в поведении.

3. Исследование функционирования системы нарциссической регуляции у аномальной личности с драматическими, эмоциональными или неустойчивыми проявлениями в поведении.

Гипотезы исследования:

1. У лиц с установленным расстройством личности, характеризующимся драматическим, эмоциональным или неустойчивым поведением, будет наблюдаться большее количество проявлений, характерных для других личностных расстройств той же группы.

2. У лиц с установленным расстройством личности, характеризующимся драматическим, эмоциональным или неустойчивым поведением, будут наблюдаться схожие дисфункции системы Self, отличные от группы здоровых лиц без личностных аномалий.

Материалы и методы.

В настоящем пилотном исследовании приняли участие 6 человек в возрасте от 19-55 лет, из них 2 мужчин и 4 женщины. Исследование проводилось на базе Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева, а также с помощью сети Интернет. Испытуемые были разделены на две категории: пациентов и условно здоровых людей. В категорию пациентов вошли испытуемые с клинически подтвержденными диагнозами из рубрики расстройств личности МКБ-10 (F60, F61), соответствующими расстройствам личности кластера В по системе DSM-5: Циклотимия у психопатической личности (F34, F61.1), Смешанное расстройство личности (истеро-неустойчивый тип), состояние декомпенсации (F61.02), Эмоционально-неустойчивое расстройство личности (пограничный тип) (F60.31).

Категорию условно здоровых составили люди без клинически подтвержденных психиатрических диагнозов. Все испытуемые были проинформированы о конфиденциальности собираемых данных. Согласие на исследование давалось испытуемыми в устной форме. Личные данные участников исследования были подвергнуты шифровке, что обеспечило полную анонимность данных. Всем испытуемым, у которых возникло желание получить обратную связь, были представлены результаты по индивидуальным опросникам, в течение одной недели после заполнения обратная связь предоставлялась в устной форме.

Наличие и выраженность признаков отдельных типов аномально-личностного патопсихологического симптомокомплекса диагностировались с помощью диагностического теста личностных расстройств PDQ-4 [1].

Анализ семейной среды и социальной ситуации становления личности проводился в ходе клинической беседы.

Структура функционирования Self-системы испытуемых оценивалась по результатам теста оценки нарциссизма Ni [2].

Результаты обследования пациентов и здоровых людей.

По результатам диагностического теста личностных расстройств PDQ-4 у всех троих испытуемых из категории пациентов выявлены признаки по крайней мере одного расстройства личности кластера В по системе DSM-V, причем у двоих из троих испытуемых были выявлены признаки и других личностных расстройств из группы расстройств, характеризующихся драматическим, эмоциональным или неустойчивым поведением: в одном случае – нарциссического с признаками демонстративной акцентуации, в другом – нарциссического и диссоциального личностных расстройств.

Стиль воспитания пациентов, исследованный в ходе клинической беседы, характеризуется выраженной противоречивостью с эмоциональным отвержением разной степени со стороны обоих значимых взрослых. В картине родительно-детских отношений всех испытуемых данной категории присутствовали элементы попустительства, повторяющееся физическое и/или психологическое насилие. Во всех семьях эмоциональная холодность и отстраненность одного из родителей сочетались с нестабильным, непредсказуемым, угрожающим поведением второго. При этом те испытуемые, результаты которых по диагностическому опроснику личностных расстройств показали наличие в структуре личности нарциссических черт, сообщали о стремлении значимых взрослых подчеркнуть особый, исключительный социальный статус испытуемых в ходе их взросления или высокую желательность достижения такового.

Все испытуемые из категории условно здоровых описали в целом гармоничный стиль воспитания, предсказуемость, последовательность поведения значимых взрослых на протяжении своего детства. Их отношения с хотя бы одним из родителей характеризовались эмоциональной близостью и принятием, отсутствием ощущения угрозы и признаков хронической травматизации.

Анализ социального окружения на протяжении школьного возраста показал неоднозначный результат. О неблагоприятном, криминогенном социальном окружении в среде сверстников сообщил лишь пациент с антисоциальными проявлениями личности, тогда как остальные испытуемые из данной категории сообщали о неблагоприятной семейной обстановке и неблагоприятном окружении из ближнего круга семьи. В группе условно здоровых людей двое испытуемых охарактеризовали свою подростковую социальную среду как благоприятную, одна испытуемая сообщила о неблагоприятной семейной обстановке и криминогенной среде сверстников в отдельные моменты взросления.

Функционирование системы Self пациентов с личностными расстройствами кластера В отличалось от людей без клинически подтвержденных личностных аномалий

по следующим шкалам: Индекс Функционирования Системы Self, Потеря контроля эмоций и побуждений, Дерекализация/Деперсонализация, Базисный потенциал надежды, Социальная изоляция, Бессильное Self, Незначительное Self, Негативное телесное Self, Жажда похвал и подтверждения, Нарциссическая ярость, Обесценивание объекта, Ипохондрическая защита от тревоги, Нарциссическая выгода от болезни.

Система Self у пациентов с подтвержденными расстройствами кластера В функционирует сходным образом по следующим шкалам: Индекс Функционирования Системы Self, Потеря контроля эмоций и побуждений, Дерекализация/Деперсонализация, Социальная изоляция, Бессильное Self, Незначительное Self, Грандиозное Self, Жажда похвал и подтверждения, Обесценивание объекта, Идеал самодостаточности, Идеал ценностей, Ипохондрическая защита от тревоги.

Средний индекс функционирования Self-системы (ИФСС) отражает среднюю эффективность механизмов, регулирующих ее деятельность, и является сводным количественным показателем силы личности. Чем указанный индекс меньше, тем эффективнее функционирует данная система регуляции. Пациенты с личностными расстройствами кластера В в большей степени (ИФСС=28,77±2,35), а здоровые люди без личностных аномалий в меньшей степени (ИФСС=17,67±0,92) отличаются от идеально сильной личности.

Обсуждение результатов обследования пациентов и здоровых людей.

Если шкалы «Социальная изоляция», «Базисный потенциал надежды», «Потеря контроля эмоций и побуждений» свидетельствуют скорее об уровне социальной и поведенческой дезадаптации личности, а дерекализация/деперсонализация, ипохондрическая и нарциссические защиты выступают следствиями дисфункции всего механизма и выполняют компенсаторную роль, то остальные показатели, отражающие отдельные проявления данной дисфункции, могут не только обосновывать патогенетическое сходство личностных расстройств с драматическими проявлениями, объединенных по американской классификации DSM-V в группу расстройств личности кластера В, но и предполагать их некоторую этиологическую общность. По-видимому, такими проявлениями могут выступать показатели по шкалам «Бессильное Self», «Незначительное Self», «Грандиозное Self», «Жажда похвал и подтверждения», «Обесценивание объекта», «Нарциссическая ярость». Ослабление системы Self по параметру «Бессильное Self» отражает состояние тотальной беспомощности [2]. Условно сильная личность, испытывая интенсивный страх, сохраняет самоорганизацию и саморегуляцию поведения. Повторяющаяся травматизация в детстве, хроническое отсутствие чувства безопасности, непредсказуемость значимых взрослых, их взрывные эмоциональные реакции, несущие угрозу для ребенка, потенциально могут привести к снижению ощущения личностью своей психической целостности; невозможности использовать ненадежный социум для своей экзистенциальной защиты; отсутствию реального целеполагания в условиях сосредоточения на витальных потребностях; тотально негативной самооценке, реализующейся в аутоагрессии. Рост показателей одновременно по параметрам «Грандиозное Self» и «Незначительное Self» характеризует ослабление организации Self-системы, сопровождаемое мучительными сомнениями в ценности собственной личности. Переживания собственной исключительности, иллюзорные представления о возможности достижения абсолютно любой цели, отрицание существования каких-либо границ своих способностей могут как напрямую, так и косвенно транслироваться ребенку в родительской семье, в зрелом же возрасте чувство грандиозности у аномальной личности будет выступать гиперкомпенсаторным стремлением к власти как к средству достижения максимальной безопасности и обретения полного или близкого к полному контроля над своей жизнью [2].

По-видимому, в ответ на ослабление функционирования системы Self по данным параметрам аномальная личность «театрального» типа использует три разнонаправленные стратегии компенсации или отреагирования на хронические негативные эмоции: личность может стремиться к избеганию мучительного ощущения пустоты и незначительности в ходе неутолимого поиска внешнего одобрения, однако вслед за нарастающей фрустрацией из-за невозможности получить похвалу в любой ситуации, нарастает внутренняя тенденция к очернению, обесцениванию окружающих, восприятию их опасными, разочаровывающими. Искусственное снижение значимости нестабильного или неудовлетворяющего объекта снижает зависимость от него аномальной личности, анестезируя нарциссическую обиду. Однако при накоплении негативных эмоций или при остром переживании обиды, стыда, разочарования личность теряет свою способность сопротивляться нарциссическому шоку, ответная агрессия количественно возрастает и выражается в деструктивном ключе, запуская неконтролируемый индивидом порочный круг дестабилизации Self-системы [2].

Выводы.

Представленные результаты являются итогом пилотной части исследования, посвященного разработке единой этиопатогенетической модели «драматических» личностных расстройств. Небольшая выборка исследования обусловлена желанием апробировать для целей исследования выбранный нами методический аппарат. Полученные результаты позволяют заключить, что методическая база исследования себя оправдала и в дальнейшем не требует дополнительных изменений.

Также на основе полученных нами данных можем отметить некоторые особенности функционирования системы Self у испытуемых из исследованных категорий. Таким образом, у лиц с установленным расстройством личности, характеризующимся драматическим, эмоциональным или неустойчивым поведением, действительно наблюдалось большее количество проявлений, характерных для других личностных расстройств той же группы (кластера В). Кроме того, у лиц с установленным расстройством личности, характеризующимся драматическим, эмоциональным или неустойчивым поведением, наблюдались схожие дисфункции системы Self, отличные от здоровых лиц без личностных аномалий. Семейная среда, в которой происходило становление аномальной личности с драматическими, эмоциональными или неустойчивыми проявлениями в поведении, характеризуется противоречивостью стиля воспитания; эмоциональным отвержением со стороны обоих значимых взрослых; сочетанием отстраненности одного из родителей с нестабильным, непредсказуемым, угрожающим поведением второго; хронической психологической травматизацией в период детства и подросткового возраста. Вклад социальной среды в становление аномальной личности неоднозначен, вероятно его большее значение для фиксации диссоциальных черт и коморбидных аддиктивных расстройств. Вероятно повышенное значение семейных установок для фиксации нарциссических черт.

С целью проверки работы предложенных гипотетических механизмов необходимы дальнейшие статистические исследования данных показателей в группах личностных расстройств различных кластеров на широких выборках. В рамках данного исследования не изучались устойчивые биологические характеристики нервно-психических процессов испытуемых и другие биологические факторы, что является одним из его ограничений. Вероятно, что при общем характере психосоциальной травматизации именно врожденные характеристики обуславливают специфику клинической картины расстройств внутри кластера, определяют те черты, которые впоследствии заостряются на фоне выраженного ослабления системы нарциссической регуляции личности. Дальнейшие исследования на репрезентативной выборке с изучением биологических переменных необходимы для вскрытия возможного этиологического единства расстройств личности с

драматическими проявлениями и создания единой модели этиологии и патогенеза для данной группы расстройств.

Список литературы.

1. Дворщенко В.П. Диагностический тест личностных расстройств. – СПб. : Речь, 2008. – 112 с.

2. Залуцкая Н.М., Вукс А.Я., Вид В.Д. Индекс функционирования Self-системы (на основе теста оценки нарциссизма). – СПб. : НИПНИ им. Бехтерева, 2003.

3. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed. American Psychiatric Publishing, 2013.

4. Bellino S., Paradiso D., Bozzatello P., Brignolo E., Bogetto F. Defences and personality disorders: A clinical study comparing three Cluster B disorders. 2014. Journal of Psychopathology. 20. 163-170.

5. Skodol A.E., Bender D.S., Oldham J.M. Personality pathology and personality disorders. / American Psychiatric Association Publishing Textbook of Psychiatry. 7th Edition. Washington, DC. 2019. PP. 711-748.

6. Zimmerman M. Overview of Personality Disorders, Rhode Island Hospital: Medical review. May 2021.

ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПСИХОТЕРАПИИ ПРИ СИНДРОМЕ ДИСМНОРЕИ

Гаффорова Р.Р., Ирмухамедов Т.Б.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

Актуальность. На сегодняшний день вопросы гинекологии, а именно область сексуальных нарушений является актуальной проблемой общества. В основном эти нарушения имеют психосоматическую природу и нашли свое излечение путем психотерапевтических методов [5]. В данном исследовании будут рассмотрены психотерапевтические методы лечения дисменорей и аменорей. Психогенная аменорея и дисменорея возникают в результате взаимодействия интрапсихической уязвимости, внешнего стресса и нейроэндокринных нарушений. Это может быть результатом воздействия известного стресса или может быть связано с серьезным психическим расстройством. Психогенная аменорея часто купируется спонтанно, особенно при устранении или адаптации больных к внешним стрессам [6]. Различные виды психотерапевтического воздействия эффективны при более стойкой аменорее и продолжительной дисменорее. Кроме психотерапии включается также гормональная терапия, которая проводится одновременно.

Ключевые слова: дисменорея, аменорея, гипнотерапия, гормоны, стресс, психосоматика

Resume. Today, the issues of gynecology, namely the field of sexual disorders, is an urgent problem of society. Basically, these disorders are of a psychosomatic nature and have been cured by psychotherapeutic methods. This study will consider psychotherapeutic methods for the treatment of dysmenorrhea and amenorrhea. Psychogenic amenorrhea and dysmenorrhea result from the interaction of intrapsychic vulnerability, external stress, and neuroendocrine disorders. This may be the result of exposure to known stress or may be associated with a serious mental disorder.

Keywords: dysmenorrhea, amenorrhea, hypnotherapy, hormones, stress, psychosomatics

Цель исследования: изучить и показать один из действенных методов терапии нарушений менструации у женщин путем психотерапии.

Материалы и методы. Для исследования была использована гипнотерапия в сочетании с гормонокоррекцией.

Результаты.

В ходе исследования было доказано, что небеременные женщины страдали от нарушения менструального цикла под воздействием постоянного стресса (отсутствие менструации в течение 3 мес и более при условии исходно регулярного менструального цикла), которое встречается у 3-5% женщин фертильного возраста [1, 2]. Первичная стрессогенная аменорея составляет всего 3% от всех случаев функциональной гипоталамической аменореи [3]. И так большинство женщин фертильного возраста страдали от аменореи после перенесенных стрессовых ситуаций, таких как семейные конфликты, изменение условий места проживания, сепарация от родителей, природные катаклизмы, неразрешенные внутренние конфликты.

В литературе приведены несколько экспериментов, где в одном проспективном рандомизированном исследовании приняли участие 16 молодых женщин с функциональной гипоталамической аменореей. Женщины в основной группе проходили курс когнитивно-поведенческой терапии, направленной на коррекцию проблемных убеждений. Из 8 женщин у 6 восстановилась овуляция, еще у 1 были отмечены признаки восстановления функции яичников без овуляции, у 1 женщины изменений не произошло. В контрольной группе овуляция восстановилась только у 1 пациентки, еще у 1 восстановление функции было частичным, у остальных 6 изменений не произошло [4].

Для лечения аменореи эффективность также показала сеансы гипнотерапии, которая применяется в разговорном формате. Один из исследований показывает, что при проведении сеансов по 45-70 мин у 12 женщин дали хорошие результаты. После окончания терапии через 12 недель у 9 женщин наблюдалось возобновление менструального цикла, а у остальных 3 повысилась самооценка и улучшился уровень жизни.

И так психогенная аменорея и дисменорея возникают на фоне стрессовых ситуаций и из-за недоразвития адаптивных механизмов.

Выводы. Стрессовая реакция воздействует на изменение продукции стероидных гормонов и поведенческую сферу, что отражается на нарушении менструального цикла. Когнитивно-поведенческая и гипнотерапия хорошо помогают в восстановлении целостности половых органов и их функции.

Список литературы.

1. Агарков В.А., Бронфман С.А., Кудаева Л.М., Уварова Е.В. Психологические аспекты патогенеза функциональной аменореи. Психическое здоровье. – 2012; 7 (74): 70-8 / V.A. Agarkov, S.A. Bronfman, L.M. Kudaeva, E.V. Uvarova. Psikhologicheskie aspekty patogeneza funktsional'noi amenorei. Psikhicheskoe zdorov'e. 2012; 7 (74): 70-8. [in Russian].

2. Palm-Fischbacher S., Ehlert J. Dispositional resilience as a moderator of the relationship between chronic stress and irregular menstrual cycle. J Psychosom Obstet Gynaecol 2014; 2 (35): 42-50.

3. Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Current evaluation of amenorrhea. Fertil Steril 2006; 86: S148.

4. Michopoulos V., Mancini F., Loucks T.L., Bergs S.L. Neuroendocrine recovery initiated by cognitive behavioral therapy in women with functional hypothalamic amenorrhea: a randomized, controlled trial. Fertil Steril 2013; 99 (7): 2084-91.

5. Yannone M., Scott J., Chapler F. : Amenorrhea-A clinical guide. Iowa Med Soc 51340- 349, 1976.

6. Katz M., Cooper H. : SPURIOUS primary amenorrhea. S Afr Med J 52:499-500, 1977.

САМОПОВРЕЖДАЮЩЕЕ ПОВЕДЕНИЕ (СЕЛФХАРМ) У МОЛОДЫХ ВЗРОСЛЫХ

Королева П.В., Менделевич В.Д.

Казанский государственный медицинский университет, г. Казань, Российская Федерация

Актуальность. Самоповреждающее поведение (селфхарм) – это сознательное аутоагрессивное действие, направленное на собственное тело, без суицидального намерения. В последние годы данный феномен все чаще встречается среди подростков и молодых людей, однако до сих пор остается малоизученным. Точных значений по распространенности селфхарма нет, в исследованиях имеется большой разброс данных: от 5,5% до 60% [1, 2, 3, 4]. Явление отмечается в разных возрастных группах. Начальный возраст 12-15 лет. Пик отмечается в подростково-юношеском возрасте от 12 до 24 лет. Кроме того, выявляется связь между самоповреждением и риском суицидальных действий в будущем. В отдельных исследованиях утверждается, что в первый год после самоповреждающего поведения риск суицида увеличивается.

В номенклатуре DSM-5 выделена отдельная рубрика: несуицидальные самоповреждения, а также разработаны критерии для постановки диагноза. В МКБ-11 не предусмотрено выделение в отдельную категорию самоповреждающего поведения, в связи с чем мы продолжаем рассматривать его в рамках других психических расстройств.

Цель: выявить специфику самоповреждающего поведения у подростков.

Материалы и методы: данная работа проводилась на базе РКПБ г. Казани, где были опрошены 75 пациентов в возрасте от 18 до 25 лет, находящихся на стационарном лечении. Критерием включения являлось: наличие самоповреждающего поведения. Методы исследования: клиничко-психопатологические и экспериментально-психологические.

Результаты. В половом соотношении отмечается преобладание женского пола – 53 человека (71%), в то время как на мужской пол приходится 22 человека (29%). Большинство отмечают неблагоприятный семейный анамнез – наследственная отягощенность по суициду – 19 человек (25%), по алкоголизму – 42 человека (56%), по шизофрении – 5 человек (7%), а также тяжелое детство: случаи насилия – 39 человек (52%), развод родителей – 42 человека (56%), конфликтные отношения с родителями – 56 человек (75%). Нозологическая структура пациентов представлена следующим образом: 18 человек (24%) имеют расстройства шизофренического спектра, 38 человек (51%) – расстройства личности и 19 человек (25%) – аффективные расстройства.

Средний возраст начала самоповреждающего поведения составил 15,5 лет. У 69 человек (92%) отмечалось более одной формы самоповреждений. Порезы присутствовали у всех 75 человек (100%), чаще местом выбора становились бедра и предплечья – 61 человек (81%), реже грудь – 6 человек (8%), плечи – 5 человек (7%), живот – 3 человека (4%). Следующие формы так же часто отмечались пациентами: сильное расцарапывание – 38 человек (51%), самоушибы – 31 человек (42%), прижигания – 29 человек (39%), вырезание на коже – 21 человек (28%), другое (растирание кожи о грубую поверхность, втыкание игл, укусы, вырывание волос) – 19 человек (25%).

По шкале Монтгомери-Асберга чаще выявляется средняя – 36 человек (48%) и легкая – 34 человека (45%) степени депрессии, что соотносится с показателями ангедонии по шкале Снайта-Гамильтона: пониженный показатель – 18 человек (24%), средний показатель – 35 человек (47%), повышенный показатель – 22 человека (30%). Согласно опроснику волевой саморегуляции 38 человек (51%) демонстрировали низкий показатель.

Выводы: самоповреждающее поведение не является нозологически специфичным. Возраст, пол, формы и длительность самоповреждений могут показать нам специфику в рамках конкретного психического расстройства. В комбинации к самопорезам среди

мужского пола чаще выбирали прижигание и самоушибы ($p=0,016$), а у женского пола сильное расцарапывание и вырезание на коже ($p=0,042$). Среди мотивов чаще рассматривался аспект «снятие аффекта, разрядка» ($p=0,031$) и «самонаказание, отвращение к себе» ($p=0,028$).

Список литературы.

1. Kaess M., Parzer P., Mattern M., Plener P.L., Bifulco A., Resch F., Brunner R. Adverse childhood experiences and their impact on frequency, severity, and the individual function of nonsuicidal self-injury in youth. *Psychiatry Res.* 2012; 206 (2-3): 265-272.

2. Ose S.O., Tveit T., Mehlum L. Non-suicidal self-injury (NSSI) in adult psychiatric outpatients – A nationwide study. *Journal of psychiatric research.* 2021;133 (1-9). doi:10.1016/j.jpsychires.2020.11.031.

3. Swannell S.V., Martin G.E., Page A., Hasking P., St John N.J. Prevalence of Non-suicidal Self-Injury in Nonclinical Samples: Systematic Review, Meta-Analysis and Meta-Regression. *Suicide and Life-Threatening Behavior.* 2014;44(3): 273-303. <https://doi.org/10.1111/sltb.12070>.

4. Молчанова А.А. Подростковый селфхарм как форма деструктивного поведения / А.А. Молчанова // Социальная динамика населения и устойчивое развитие: Сборник тезисов III Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, Москва, 01 декабря 2020 года / Под общей редакцией А.И. Антонова. – Москва: ООО «МАКС Пресс». – 2020. – С. 232-235.

ПРИМЕНЕНИЕ АЛЬТЕРНАТИВНОЙ СИСТЕМЫ КОММУНИКАЦИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСТИНСУЛЬТНЫХ БОЛЬНЫХ С АФАЗИЯМИ. АВА ТЕРАПИЯ

Бахадирова М.А., Бахадирова М.О.

Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников,
Ташкент, Узбекистан

Резюме. Обследовали 40 пациентов с афазиями в остром, раннем и позднем восстановительном периодах инсульта, а также в резидуальном. Средний возраст пациентов составил 49-76 лет. Пациенты находились на лечении в неврологических отделениях ГKB № 1, а также в частном реабилитационном центре RENOVA. В комплексном реабилитационном лечении всем пациентам, находившимся под нашим наблюдением, применили систему коммуникации PECS (Picture Exchange Communication System).

Занятия проводились индивидуально три раза в неделю на протяжении 6 месяцев, у каждого пациента был одинаковый набор карточек. Работа проводилась по технологии обучения, по которой необходимо было нарастание количества карточек от занятия к занятию. На начальных этапах занятия подавалась карточка PECS и называлась исследователем. На следующем этапе карточка подавалась исследователем, называлась им и повторялась пациентом. Любая форма реакции поощрялась прямым подкреплением, т.е непосредственно тем, что было указано на карточке, тем самым поведение « подавать определенную карточку» в зависимости от своих нужд и желаний в данный момент закреплялось. И уже на последующих этапах пациент сам начинал подавать и наименовывать карточку, исходя из своих потребностей. Следующим этапом была генерализация этих навыков, т.е подача и наименование карточки не только исследователю, но и всем членам семьи. Несомненно, что позитивным в плане результативности наших реабилитационных мероприятий было активное участие родственников больного в процессе восстановительного лечения. При этом явно повышался уровень мотивации к восстановлению нарушенных функций, снижался уровень социальной и бытовой дезадаптации, а также удлинялся период сохранения достигнутого реабилитационного эффекта.

Ключевые слова. Афазия, инсульт, реабилитация, АВА терапия, альтернативная система коммуникации.

Актуальность. Конечно же, по-прежнему в центре внимания в современной неврологии является проблема восстановления нарушенных функций головного мозга у пациентов, перенесших инсульт.

В последние годы реабилитация больных после инсульта, пройдя долгий путь, вышла на принципиально новый уровень. К традиционным методам реабилитации добавились передовые разработки, которые основаны на применении цифровых технологий и нестандартных подходов к реабилитации. Афазия наблюдается более чем у 30% больных, перенесших инсульт, локализующийся в левой гемисфере, в 70% случаев сочетается с парезом мышц языка, то есть речевые нарушения имеют сложное патогенетическое происхождение, что требует комплексного подхода к реабилитации.

Одним из важных направлений в реабилитации является коррекция речевых нарушений, так как у более чем у трети больных наблюдаются афазии и дизартрия.

Метод АВА (прикладной анализ поведения) – единственный научно доказанный и наиболее эффективный метод коррекции при расстройствах аутистического спектра. Цель терапии – изучение поведения и влияния на факторы, воздействующие на поведение. Мы решили применить методы альтернативной коммуникации по технологиям АВА для реабилитации пациентов с речевыми нарушениями после перенесенного инсульта.

Цель исследования: выявить и теоретически обосновать тот факт, что альтернативная система коммуникации необходима при реабилитации постинсультных больных, а в частности, при афазиях различного вида и различной степени тяжести.

Задачи исследования.

Доказать высокую действенность технологий АВА терапии у пациентов с афазиями.

Разработать индивидуальный план занятий и реабилитации для каждого пациента.

Повысить уровень коммуникации и интеграции больных в новых условиях жизни и окружающей среды после инвалидизации.

Доказать, что реабилитация, начатая в остром и раннем реабилитационном периоде инсульта, имеет более высокую степень восстановления.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 40 пациентов, перенесших инсульт в остром и раннем восстановительном и позднем восстановительном периодах, а также в резидуальном периоде инсульта. Средний возраст пациентов составил 49-76 лет. Пациенты находились на лечении в неврологических отделениях ГКБ № 1, а также в частном реабилитационном центре RENOVA. В комплексном реабилитационном лечении всем пациентам, находившимся под нашим наблюдением, применили систему коммуникации PECS (Picture Exchange Communication System).

Занятия проводились индивидуально три раза в неделю на протяжении 6 месяцев, у каждого пациента был одинаковый набор карточек. Работа проводилась по технологии обучения, по которой необходимо было нарастание количества карточек от занятия к занятию. На начальных этапах занятия подавалась карточка PECS и называлась исследователем. На следующем этапе карточка подавалась исследователем, называлась им и повторялась пациентом. Любая форма реакции поощрялась прямым подкреплением, т.е. непосредственно тем, что было указано на карточке, тем самым поведение «подавать определенную карточку» в зависимости от своих нужд и желаний в данный момент закреплялось. И уже на последующих этапах пациент сам начинал подавать и наименовывать карточку, исходя из своих потребностей. Следующим этапом была генерализация этих навыков, т.е. подача и наименование карточки не только исследователю, но и всем членам семьи. Несомненно, что позитивным в плане результативности наших реабилитационных мероприятий было активное участие родственников больного в процессе восстановительного лечения. При этом явно повышался уровень мотивации к восстановлению нарушенных функций, снижался уровень социальной и бытовой дезадаптации, а также удлинялся период сохранения достигнутого реабилитационного эффекта.

Результаты и обсуждения.

В ходе исследования нам удалось выявить прямую зависимость результатов реабилитации от периода заболевания, чем раньше начата реабилитация, тем выше реабилитационный потенциал и благоприятнее исход лечения.

Все пациенты без исключения освоили систему альтернативной коммуникации PEGS.

У 8 пациентов, что составило 80% (всего 10 пациентов) в остром периоде заболевания произошло восстановление речи на 80-90% от исходного уровня.

У 6 пациентов, что составило 60% (10 пациентов), в раннем восстановительном периоде инсульта произошло восстановление речи на 70% от исходного уровня.

У 7 пациентов, что составило 70% (из 10 пациентов), в позднем восстановительном периоде инсульта произошло восстановление речи на 50% от исходного уровня.

У двух пациентов из 10, что составило 20%, через год после инсульта произошло восстановление речи на 30% от исходного уровня, у 4 пациентов, что составило 40%, восстановление на 10% от исходного уровня и у остальных 4 пациентов, составивших тоже 40%, появились в речи лишь отдельные звуки.

Выводы.

1. Применение альтернативной системы коммуникации PECS в реабилитации афазий у постинсультных пациентов является высокоэффективным методом.

2. Наши наблюдения еще раз доказали зависимость эффективности реабилитации от времени, прошедшего после инсульта, необходимость ранней реабилитации афазий с целью получения лучших результатов реабилитации.

3. Применение методик АВА терапии, в частности карточек PECS, повышает уровень интеграции, коммуникации и социализации людей.

4. Эффективность АВА терапии в реабилитации пациентов с инсультами имеет хорошую прогностическую значимость и может применяться в комплексном лечении афазий.

Список литературы.

1. Бандаков М.П., Ковязина Г.В. Обоснование содержания методики физической реабилитации последствий инсульта в различные периоды заболевания // Вестник Вятского государственного гуманитарного университета. – 2011. – № 1-3. – С. 90-94.

2. Виленский Б.С. Инсульт: профилактика, диагностика и лечение. – СПб. : Фолиант, 2002. – 397 с.

3. Ворлоу Ч.П., Деннис М.С., ван Гейн Ж. и соавт. Инсульт. Практическое руководство для ведения больных. – СПб., 1998. – 167 с.

4. Воскресенская О.Н., Клемешева Ю.Н., Акимова Т.Н. Реабилитационный потенциал инвалидов с последствиями церебрального инсульта и влияние на него факторов, характеризующих организацию реабилитационной помощи // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2012. – № 112 (8-2). – С. 25-30.

5. Евзельман М.А. Совершенствование системы этапной помощи больным с ишемическим инсультом в г. Орле // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Инсульт. Приложение к журналу. – 2005. – № 14. – С. 8-18.

6. Захаров В.В., Ковтун А.Ю. Ведение пациентов с последствиями ишемического инсульта // Семейная медицина. – 2012. – № 1. – С. 72.

7. Иванова Г.Е. Методические рекомендации для пилотного проекта «Развитие системы медицинской реабилитации в Российской Федерации». – 2016. – 91 с.

8. Ковальчук В.В., Лалаян Т.В., Смолко Д.Г. Функциональное состояние пациентов после инсульта: возможности современных подходов к терапии. Эффективная фармакотерапия. 2013; 15: 8-13.

9. Котов С.В., Стаховская Л.В., Исакова Е.В. и др. Инсульт: руководство для врачей. – М. : ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2014. – 400 с.

10. Крыжановский Г.Н. Пластичность в патологии нервной системы // Журнал невропатологии и психиатрии. – 2001. – № 2. – С. 4-6.

11. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. – М. – «Олма» – 2007. – 320 с.

12. Стаховская Л.В. Клинические рекомендации по ведению больных с ишемическим инсультом и транзиторными ишемическими атаками / под ред. Л.В. Стаховской. – М., 2017. – 208 с.

13. Ястебцева И.П. Интегральная шкала для оценки динамики состояния больных, перенесших инсульт. Вестник восстановительной медицины. – 2009. – № 6. – С. 56-61.

14. Adams H.P., G. del Zoppo, Alberts M.J. et al. Guidelines for the early management of adults with ischemic stroke / American Heart Association; American Stroke Association Stroke Council; Clinical Cardiology Council; Cardiovascular Radiology and Intervention Council; Atherosclerotic Peripheral Vascular Disease and Quality of Care Outcomes in Research Interdisciplinary Working Groups // Stroke – 2007. – Vol. 38 (5). – P. 1655-1711.

15. Antonelli Incalzi R., Marra C., Giordano A. et al. Cognitive impairment in chronic obstructive pulmonary disease-a neuropsychological and SPECT study // J Neurol. 2003. – Mar; 250, 3. – P. 325-332.

OPIOIDS AND THE CONTROL OF RESPIRATION

Jimoh A.T., Avdeyeva E.V.

Kursk state medical university, Kursk, Russian Federation

Relevance. Opioid-induced respiratory depression is a major limiting factor for the provision of effective analgesia. Opioid drugs, such as morphine, are a mainstay for pain relief for patients around the world. They are used in a wide variety of clinical situations, but respiratory depression remains an important clinical problem till date.

Purpose of study. This article reviews the mechanisms of opioid-induced respiratory depression, from the cellular to the systems level. **Methods.** The study included an analytical and literature review of articles in the PubMed database published from 2009 to 2020. **Literature data analysis:** Respiratory rhythm originates in the ventrolateral medulla where the neuronal network of the preBötzinger Complex and Böttinger Complex converts tonic excitatory respiratory drive into a distinct inspiratory and expiratory phase. However, using comparative cytoarchitecture and immunohistochemistry, Schwarzacher et al. identified the equivalent of the pre-Böttinger Complex in the human ventrolateral medulla [1]. Functional MRI studies showed inspiratory activity in this area that alternated with expiratory activity in the adjacent caudal ventrolateral pons/parafacial group [2]. Pre-Bo'tzinger complex and RTN/ pFRG do not act in isolation in the intact animal. The rhythm generating centres in the medulla are strongly modulated by influences from the pons. The ventrolateral medulla, the pre-Bo'tzinger complex is active during inspiration and is inhibited by opioids, whereas the RTN/pFRG is active during expiration and importantly is insensitive to opioids. Exploitation of this differential sensitivity to opioids has revealed important insights into mechanisms of opioid-induced respiratory depression [5]. Respiratory chemodrive encompass the tonic excitatory inputs to the medullary rhythm generator that result from activation of chemoreceptive brain stem areas and the carotid body, but opioids depress areas that relay chemodrive to the respiratory center. Opioids hyperpolarized respiratory neurons through a mu-opioid-receptor-coupled G-protein gated inwardly rectifying potassium conductance in the pre-Böttinger Complex and Kölliker-Fuse nucleus in vitro [4]. Opioids thus have the potential to slow depolarization of phase-switching neurons in the pre-Böttinger Complex either through a direct, inhibitory effect on these neurons or through inhibition of Parabrachial Nucleus/Kölliker-Fuse Complex neurons, which reduces the excitatory drive to the pre-Böttinger Complex. Studies have shown that opioid-induced respiratory rate depression results in a large degree from a combination of direct depression of the preBöttinger Complex and a decrease in excitatory drive from the Parabrachial Nucleus/Kölliker Fuse Complex to the preBöttinger Complex. The depression of each area appears to be dose-dependent and species-dependent. Opioid-induced respiratory depression is potentially fatal but may be reversed by the opioid receptor antagonist naloxone for instance, Microinfusion of the opioid antagonist naloxone into the preBöttinger Complex completely prevented the 25% respiratory rate depression from small doses of IV fentanyl in rats [1]. In the in vivo rabbit preparation, naloxone injection into the parabrachial nucleus partially reversed respiratory rate depression from an intravenous remifentanil infusion from 50% to 20% [3].

Conclusions. Opioids depress respiration by a number of mechanisms and neuronal sites of action. Some of the specific target sites of opioid action on respiratory centres have been elucidated only recently. The differential effects on rhythm generation and actions of opioid receptor antagonist shows that many potential therapeutic targets with differing neuronal functions.

References.

1. Schwarzacher S.W., Rüb U., Deller T. Neuroanatomical characteristics of the human pre-Böttinger complex and its involvement in neurodegenerative brainstem diseases. *Brain* 134: 24–35, 2011. doi:10.1093/brain/awq327.

2. Horiuchi J., McDowall L.M., Dampney R.A. Vasomotor and respiratory responses evoked from the dorsolateral periaqueductal grey are mediated by the dorsomedial hypothalamus. *J Physiol* 587: 5149–5162, 2009. doi:10.1113/jphysiol.2009.179739.
3. Bachmutsky I., Wei X.P., Kish E., Yackle K. Opioids depress breathing through two small brainstem sites. *eLife* 9: e52694, 2020. doi:10.7554/eLife.52694.
4. Montandon G., Ren J., Victoria N.C., Liu H., Wickman K., Greer J.J., Horner R.L. G-protein-gated inwardly rectifying potassium channels modulate respiratory depression by opioids. *Anesthesiology* 124: 641–650, 2016. doi:10.1097/ALN.0000000000000984.
5. Navarrete-Opazo A.A., Cook-Snyder D.R., Miller J.R. [et al.]. Endogenous glutamatergic inputs to the Parabrachial Nucleus/Kölliker-Fuse Complex determine respiratory rate. *Respir Physiol Neurobiol* 277: 103401, 2020. doi: 10.1016/j.resp.2020.103401.

МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ МЕДИЦИНСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ СЕКСУАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ ЧЕЛОВЕКА В ПСИХИАТРИИ И СЕКСОЛОГИИ

Жигалова Е.В.

Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург, Российская Федерация

В современной медицинской науке пока не сложилось единого подхода к определению понятия «здоровье» человека и единого понимания «сексуального здоровья». Продолжается противостояние между биомедицинским и психосоматическим подходами к лечению различных сексуальных патологий. В то же время все больше осознается важность учета комплекса различных факторов в диагностике и лечении сексуальных расстройств. Однако эти вопросы продолжают оставаться дискуссионными и требуют дальнейшего изучения и практического развития.

Отражением данной ситуации является появление в XX веке и развитие сексологии как междисциплинарной науки изучения человеческой сексуальности и сексуального здоровья человека на основе медицинских, биологических, психологических, социальных, морально-этических и других знаний.

И.С. Кон (1928-2011 гг.) определяет сексологию как «междисциплинарную область научных исследований пола и сексуальности, включая их анатомический, физиологический, психологический, медицинский, социологический, антропологический, исторический, правовой, религиозный, литературный и художественный аспекты» [9, с. 6].

В настоящее время, по мнению ряда авторов (И.С. Кон, В.В. Кришталь, В.В. Чугунов, Л.М. Щеглов и др.), в сексологии одновременно развиваются следующие главные теоретические направления: биолого-эволюционное (медико-биологическое), психологическое, социокультурное (социологическое) и социально-психологическое.

Биолого-эволюционное (медико-биологическое направление) характеризуется самым распространенным в современной медицине представлением о том, что человеческая сексуальная дисфункция напрямую связана с какой-либо конкретной медицинской специальностью (урологией, неврологией, психиатрией и пр.). В этой связи следует упомянуть о революционных в сексологии исследованиях американских ученых У. Мастерса и В. Джонсон, впервые изучивших нормальные сексуальные физиологические реакции мужчин и женщин [12].

В то же время сторонники медико-биологического подхода не всегда учитывали тот факт, что практически невозможно в рамках физиологии объяснить все сексуальные проявления и реакции человека. Детерминирующие биологические механизмы не работают, например, в случаях проявления нерепродуктивных форм сексуального поведения (гомосексуализм, мастурбация и пр.), сексуальных стилей поведения и ритуалов в различных культурах народов мира, что, в свою очередь, противоречит основному смыслу медико-биологического подхода.

Большинству исследователей в настоящее время понятно, что монодисциплинарный подход в лечении пациента не обеспечивает комплексность в решении проблем сексуальных дисфункций человека.

Системная модель изучения сексуальности и сексуальных нарушений (сексопатологии) на основе медико-биологического подхода была разработана Г.С. Васильченко (1921-2006), который выделил моно-, мульти- и междисциплинарную концепции сексопатологии. Причем если монодисциплинарный (редукционистский) и мультидисциплинарный подходы, с точки зрения Г.С. Васильченко, рассматривают сексопатологию как раздел отдельной лечебной специальности (урологии, психиатрии, неврологии и пр.) с различием лишь в схеме взаимодействия специалистов в лечении сексологических больных, то междисциплинарная концепция предполагает выделение

сексопатологии в самостоятельную клиническую дисциплину с собственной понятийной платформой, со специфическими методами сексологической диагностики и лечения [13, с. 7-8].

Междисциплинарный подход в сексологии Г.С. Васильченко, основанный на единстве психиатрических, психологических, неврологических, урологических, эндокринологических и гинекологических лечебных методик, развивается в современной научно-практической деятельности ученых созданного Г.С. Васильченко Московского НИИ психиатрии (Н.Д. Кибрик, М.И. Ягубов) [7].

В психологическом направлении сексологии исключительно важную роль сыграли: психоаналитический подход (З. Фрейд), объективно-психологический подход (В.М. Бехтерев), этологический подход (Д. Гудолл).

В современной сексологии широкое признание получили психологические теории: теория деятельностного опосредствования межличностных отношений А.В. Петровского (1982-1990 гг.) и концепция личностно ориентированной (реконструктивной) психотерапии Б.Д. Карвасарского (1980-1992 гг.).

Ученик Б.Д. Карвасарского С.Т. Агарков (1951-2012 гг.) исследовал механизмы развития сексуальных расстройств у больных неврозами, разработал концепцию сексуальной адаптации в браке и ее нарушений. Опираясь на системный подход к психологии сексуальности, С.Т. Агарков обосновал понятие «трансдисциплинарного подхода» как «новой качественной разновидности научного знания, использующего лишь знания, сформированные и накопленные дисциплинарными, междисциплинарными и мультидисциплинарными (полидисциплинарными) подходами» [1].

Социокультурное (социологическое) направление теории сексуальности предполагает ее главным механизмом и регулятором социум и относит сексуальность к продуктам культуры. Согласно одной из самых известных социокультурных теорий – «теории сексуального сценария» (Д. Гэньон, У. Саймон), появившейся в 60-е годы XX века, сексуальность человека зависит от исторических и культурных факторов и определяет биологические и психологические особенности человека. Введенное авторами понятие «сексуальный сценарий» означает наличие определяемого культурой сексуального поведения человека, которое в связи с этим можно регулировать.

В России во второй половине XX века проблемы социологии сексуальности исследовали С.И. Голод и И.С. Кон. С.И. Голод (1935-2013 гг.) рассматривал сексуальность человека в контексте эволюции семьи и гендерных отношений в истории России, а в социологии сексуальности первостепенное значение придавал характеристике социально-психологических и нравственных ценностей человека [5].

Первым российским автором, последовательно продвигавшим идею отношения к сексологии как междисциплинарной науке, стал И.С. Кон (1928-2011 гг.), в работах которого сексуальное поведение человека тесно увязывалось с социальной проблематикой [8, 10].

Социально-психологическая трактовка сексуального здоровья человека впервые в России появилась в работах первой трети XX века, но широкое распространение получила во второй половине XX века (Ю.Е. Алешина, С.С. Либих, Т.М. Мишина, В.К. Мягер, Н.Н. Обозова, В.В. Столин, А.Г. Харчев и другие).

Причиной активизации в развитии данного подхода в нашей стране послужило не только включение в 1988 году в номенклатуру врачебных специальностей специальности «сексопатолог» и должности «врача-сексопатолога», но и то, что основной моделью подготовки кадров сексологов официально была признана мультидисциплинарность.

В 1989 году в Ленинграде открылась первая кафедра сексопатологии под руководством С.С. Либиха (1932-2007 гг.), стоявшего у истоков современного этапа отечественной психотерапии и сексологии.

В работе «Психотерапия функциональных сексуальных расстройств у мужчин» С.С. Либих заявил о «...необходимости дифференцированного комплексного подхода, объединяющего личностно ориентированную терапию, разъяснительную работу, гипносуггестивную терапию, аутогенную тренировку, сексуальный тренинг, поведенческую терапию, семейную терапию, не исключая и медикаментозную терапию» [11].

Научные труды С.С. Либиха «Функциональная женская сексопатология» (1985 г.), «Руководство по сексологии» (2001 г.) положили начало ленинградской (петербургской) школе сексологии и биопсихосоциальному подходу к решению вопросов сексуальности, рассматривающему биологические, психологические и социальные факторы как взаимодополняющие и тесно переплетающиеся. Этот подход заложен в основу МКБ-11, в интегрированную классификацию СД, не разделяющую понятия «разум» и «тело» (класс «Состояния, связанные с сексуальным здоровьем»).

Развитие ленинградской (петербургской) школы сексологии связано с именем Л.М. Щеглова (1946-2020 гг.), стоявшего у истоков формирования сексологии как научной дисциплины в нашей стране, исследовавшего с позиций биопсихосоциального подхода социально-психологические аспекты сексуального поведения, психосоматические нарушения, проблемы нормы и патологии в сексологии [18].

В настоящее время над актуальными проблемами сексологической науки и практики с позиций биопсихосоциального подхода активно работают известные ученые ленинградской (петербургской) школы сексологии Б.Е. Алексеев, А.И. Федорова, М.В. Екимов и др.

Б.Е. Алексеев одним из первых в России «предложил и научно обосновал концепцию уровневой организации полоролевого поведения, которая позволила по-новому диагностировать полоролевое поведение, психологический полоролевой конфликт и более дифференцированно подходить к его коррекции, что существенно расширило контекст психологических и социально-психологических характеристик, включаемых в психотерапевтический процесс» [2].

А.И. Федорова впервые провела на основе биопсихосоциального подхода «многоуровневое, междисциплинарное изучение патогенетических механизмов развития диспарейнии у женщин в связи с задачами оптимизации диагностики заболевания и разработки эффективных дифференцированных лечебно-реабилитационных программ с учетом изучения особенности воспитания, психосексуального развития, конституциональных и личностных особенностей пациенток» [15, 17].

По мнению А.И. Федоровой, биопсихосоциальная парадигма «является основой современного сексологического подхода, поскольку эффективное решение сексуальной проблематики требует комплексного, интегративного, мультидисциплинарного подхода, потому что сексуальность – это и эндокринное, и неврологическое, и сосудистое обеспечение, и психологический компонент, и культурные влияния. Биопсихосоциальная парадигма», отмечает А.И. Федорова, – это насущная проблема и находится только в процессе разработки» [16].

Важно отметить, что научные исследования последних лет все больше ориентируется на биопсихосоциальную целостность человека, которая изучается в едином комплексе естественно-научных, социокультурных, психологических и других сфер знаний [4, 6, 14].

Тем не менее в современной науке до настоящего времени не сформировано единого подхода к исследованию сексуальности человека. Как утверждает D. Weis (1998 г.), в современной сексологии сложилось 39 различных теоретических направлений [3], в каждом из которых продолжает возникать и развиваться множество разнообразных подходов к исследованию причин и патогенных механизмов сексуальной дисфункции человека, к их лечению и профилактике.

Делая выводы, отметим, что в исследовании сексуального здоровья человека как сложного феномена большинством ученых признается существенное влияние на его формирование множества биологических, психологических и социальных факторов. В настоящее время и в исторической ретроспективе сохраняется противостояние в сексологии двух методологических подходов: медико-биологического и социально-психологического.

На основании медико-биологической парадигмы были сформированы представления о том, что сексуальные дисфункции возникают вследствие генетической предрасположенности, а клинические проявления являются внешним проявлением внутренних биологических изменений. Соответственно, лечение сексуальной дисфункции заключается в коррекции биологических механизмов патогенеза.

Социально-психологический подход предполагает тесную взаимосвязь сексуальности человека и базовых структур общества посредством межличностных отношений. В этом понимании клинические симптомы социальной дисфункции часто представляют собой способ самовыражения и коммуникации, а их коррекция связана с изменением стереотипов поведения и жизненных стандартов.

На наш взгляд, многообразие теоретических концепций в современной сексологии позволяет сделать вывод, что наиболее целесообразным и обоснованным в объяснении природы сексуального здоровья человека и проведения адекватной терапии сексуальной дисфункции является биопсихосоциальный подход. Биопсихосоциальная модель, принимающая во внимание не только физиологические и медицинские аспекты, но также психологическое и социальное благополучие человека, актуальна для таких тем, как здоровье, медицина и развитие.

Список литературы

1. Агарков, С.Т. Теория систем и системный подход к психологии сексуальности. // [Электронный ресурс] URL: <http://sexology.ru/teoriya-sistem-i-sistemnyj-podход-k-psixologii-seksualnosti/> (дата обращения 05.03.2023).
2. Алексеев, Б.Е. Сексологическая реабилитация в психиатрических лечебных заведениях: учебное пособие / Б.Е. Алексеев. – СПб. : Изд. дом СПбМАПО., 2008. – 160 с.
3. Вайсс, Д. Как работает психотерапия: Процесс и техника / Джозеф Вайсс; перевод с англ. А.Б. Образцова. – М. : Класс, 1998. – 230 с. – (Библиотека психологии и психотерапии; вып. 53); ISBN 5-86375-069-3.
4. Ворник, Б.М. Женская сексология и сексopatология / Б.М. Ворник, С.Ю. Калинин, М.И. Коган [и др.]. – 2-е изд., перераб. и доп. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 432 с. – ISBN 978-5-9704-5865-5. – Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970458655.html> (дата обращения: 05.12.2022). – Режим доступа: по подписке.
5. Голод, С.И. XX век и тенденции сексуальных отношений в России / С.И. Голод. – СПб. : Алетейя, 1996. – 188 с.
6. Женская сексуальность: нормы и дисфункции / Под ред. Э. Константины, Д. Виллари, М.Т. Филокамо; пер. с англ.; под ред. М.В. Екимова. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 256 с. – ISBN 978-5-9704-6062-7.
7. Кибрик, Н.Д., Ягубов, М.И. Сексуальная дисфункция, не обусловленная органическими болезнями или нарушениями // В кн.: Психиатрия: Национальное руководство. Краткое издание / гл. ред. Ю.А. Александровский, Н.Г. Незнанов. – 2-е изд., перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР–Медиа, 2021. – 765 с.
8. Кон, И.С. Введение в сексологию. – М. : Медицина, 1988. – 319 с.
9. Кон, И.С. Сексология: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. – М. : Издательский центр «Академия», 2004. – 384 с.

10. Кон, И.С. Введение в сексологию: учеб. пособие для вузов / И.С. Кон. – М., 1999. – 383 с.
11. Либих, С.С. Психотерапия функциональных сексуальных расстройств у мужчин / С.С. Либих. – Л. : Медицина, 1990.
12. Мастерс, Уильям Г. Основы сексологии / У.Г. Мастерс, В. Джонсон, Р. Колодни; пер. с англ. Н.О. Фоминой и др., под ред. Н.Д. Фанченко. – М. : Мир, 1998. – 692 с. – ISBN 5-03-003223-1.
13. Сексопатология: Справочник / Г.С. Васильченко, Т.Е. Агаркова, С.Т. Агарков [и др.]; под ред. Г.С. Васильченко. – М. : Медицина, 1990. – 576 с.
14. Сексуальная дисфункция у мужчин. Клиническое руководство / Под ред. С. Минхаса, Д. Малхолла; пер. с англ. под ред. М.В. Екимова. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 560 с. – ISBN 978-5-9704-6247-8.
15. Федорова, А.И. Женская сексопатология // Монография «Краткая сексология» под ред. С.С. Либиха. – СПб. : ООО фирма «Ольга», 1998. – С. 62-80.
16. Федорова, А.И. Дискуссия «Сексология и психотерапия: границы профессиональных компетенций и соотношения специальностей» / А.И. Федорова, Р.К. Назыров, С.А. Подсадный, Д.В. Ковпак // Российский психотерапевтический журнал. – 2016. – № 1. URL: https://rpa-russia.ru/wp-content/uploads/2017/12/RPJ_seksology_v3-2.pdf (дата обращения: 05.12.2022).
17. Федорова, А.И. Диспарейния патогенез, клиническая картина, лечение: учебное пособие / А.И. Федорова. – С.-Петербург: Изд-во СПбМАПО, 1999. – 43 с.
18. Щеглов, Л.М. Неврозы и сексуальные расстройства / Л.М. Щеглов – СПб., 1996. – 195 с.

КОРРЕКЦИЯ РАЗВИТИЯ МЫШЛЕНИЯ И РЕЧИ МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ

Валова Н.В.

КОУ ВО «Борисоглебская школа-интернат», г. Борисоглебск, Российская Федерация

Умственная отсталость – это стойкое недоразвитие уровня интеллектуальной деятельности, связанное с врожденной или приобретенной до трехлетнего возраста органической патологией головного мозга. Умственная отсталость может быть нескольких степеней: легкая (IQ – 69-50), умеренная (IQ – 49-35), тяжелая (IQ – 34-20), глубокая (IQ≤20). Дети с разной степенью умственной отсталости отличаются в развитии психических познавательных процессов, имеют отклонение от нормы. Дадим характеристику этим отклонениям.

Легкая степень умственной отсталости характеризуется незначительными отклонениями от нормы. Такие дети отстают в развитии от своих ровесников примерно на два с половиной года. Мыслительная деятельность младших школьников с легкой степенью умственной отсталости отличается недоразвитием, что препятствует освоению предметных учебных знаний. Представления и понятия не имеют системы, отмечаются отсутствие смысловых связей, трудность их установления, инертность, узкая конкретность мышления и чрезвычайная затрудненность обобщений.

Различия между отдельными предметами и явлениями дети с умственной отсталостью могут устанавливать только в пределах конкретного; при необходимости отвлечения от конкретной ситуации становятся беспомощными. Понятийные обобщения образуются с большим трудом, часто заменяются ситуационными обобщениями или отказом от всякого обобщения. При этом уровень анализа и синтеза низкий. Анализ элементный односторонний, ребенок выделяет отдельные элементы задачи, устанавливает единичные или локальные связи между ее данными. Анализ и синтез в значительной степени оторваны друг от друга, что делает невозможным планирование процесса решения задачи. При решении задач на обобщение и классификацию выделяет несущественные признаки. Дети затрудняются подбирать обобщающее слово к группе предметов, то есть обобщают не по понятийному признаку.

Недостаточность аналитико-синтетической деятельности умственно отсталых школьников в процессе решения сложных арифметических задач находит свое выражение прежде всего из того, что при решении они исходят не из условия и вопроса задачи, а из поверхностного восприятия отдельных ее частей, отдельных ее признаков. Не осмыслив как следует условия задачи и не установив соответствующих связей и отношений между числовыми данными, школьник приступает к выбору действия на основе тех или иных частей задачи.

Речь умственно отсталых детей очень бедна в словарном отношении. Ребенок быстро замолкает, делает частые паузы, не находя нужных слов. Усвоив буквенную структуру и значение нового для них слова, дети не вводят его в свою речь. В устной речи выпадают предлоги «в», «к». Например: «кроликов посадили клетку». Этот недостаток распространяется и на письменную речь. Часто искажается форма слова. Например: «кукла плакает», «сотрай с доски» и др. Речь часто бывает невнятная, косноязычная, малораспространенная, с грамматизмами.

Дети знают название предметов одежды, название животных и птиц, их части, но часто путаются в их свойствах и функциях. В связи с этим требуется специальная работа, направленная на обогащение их словаря.

Диагностика развития мышления и речи детей младшего школьного возраста с легкой степенью умственной отсталости направлена на изучение процессов анализа, синтеза, классификации и обобщения, изучение умения устанавливать причинно-

следственные связи в изображаемой ситуации, умения находить закономерности в материале, на изучение процесса рассуждения, процесса причинности. В своей работе учителю-дефектологу можно использовать следующие методики: методика «Определение понятий, выяснение причин, выявление сходства и различий в объектах. «Определение активного словарного запаса». «Выявление пассивного словарного запаса». Изучение оригинальности решения задач на воображение, методика «Рисунок».

Развитие мышления и речи детей с умственной отсталостью осуществляется учителем-дефектологом на индивидуальных коррекционных занятиях с детьми в основном в игровой форме. Игры и упражнения можно заимствовать из различных пособий и книг [1, 2].

В содержании коррекционно-развивающей работы, направленной на развитие мыслительных процессов анализа и синтеза с младшими школьниками с легкой степенью умственной отсталости, используются упражнения и игры: «Сравни предметы», «Что весит больше?», «Найди десять отличий», «Собери тарелки вместе», «Залатай коврик».

На развитие у детей мыслительных процессов классификации можно использовать игры и упражнения: «Лото», «Подбери чашку, соответствующую тарелке», «Объедини героев каждой сказки», «Раздели домашних и диких животных», «Раздели ползающих и летающих насекомых», «Собери цветок». Развитие умения сравнивать осуществляется в упражнениях: «Объедини предметы, которые имеют одинаковые названия», «Сравни картинки», «Найди отличие», «Соедини пару слов с соответствующим рисунком».

На развитие у детей мыслительных процессов обобщения направлены следующие игры: «Назови обобщающим словом», «Четвертый лишний», «Кто и что летает?», «Кто и что плавает?», «Объедини предметы, которые связаны между собой». Развитие умения устанавливать причинно-следственные связи в изображаемой ситуации осуществляется в играх: «Продолжи сказку», «Расставь рисунки в правильной последовательности», «Установи закономерность», «Что было сначала, что было потом?», «Решение задач», «Решение логических задач».

На развитие словесно-логического мышления можно использовать следующие игры и упражнения: «Противоположности», «Составление предложений», «Исключение лишнего», «Формулирование определений», «Выражение мысли другими словами», «Поиск предметов по заданным признакам», «Заглавие к рассказу».

Для решения задачи развития речи младших школьников на занятиях с учителем-дефектологом можно использовать следующие игры и упражнения, которые представлены ниже подробно.

ПОДБЕРИ ПРИЗНАК

Цель: учить согласовывать прилагательные с существительными.

Ход игры: учитель-дефектолог называет слово и задаёт вопросы (какой? какая? какие? какое?), ребенок отвечает.

Куртка (какая?) – красная, теплая, зимняя...

Сапоги (какие?) – коричневые, удобные, теплые...

Шарф (какой?) – пушистый, вязанный...

Перчатки (какие?) – кожаные, белые...

Шляпа (какая?) – черная, большая...

Туфли (какие?) – осенние, красивые...

Платье (какое?) – новое, нарядное, зеленое...

Рубашка (какая?) – белая, праздничная....

Шуба (какая?) – меховая, теплая...

НАЗОВИ ЛАСКОВО

Цель: учить детей образовывать слова при помощи уменьшительно-ласкательных суффиксов.

Оборудование: мяч.

Ход игры: учитель-дефектолог произносит фразу и бросает мяч ребенку. Предложите ребенку вернуть вам мяч и изменить фразу так, чтобы слова в ней звучали ласково.

Шуба теплая – шубка тепленькая.

Лиса хитрая – лисичка хитренькая.

Зяец белый – зайчик беленький.

Сапоги чистые – сапожки чистенькие.

Ветка короткая – веточка коротенькая.

Шишка длинная – шишечка длиненькая.

Ворона черная – вороненок черненький.

Снег белый – снежок беленький.

ПОСЧИТАЙ

Цель: упражнять в согласовании существительных с числительными 1-2-5.

Ход игры: учитель-дефектолог называет один предмет, дети отвечают, как будет звучать 1-2-5 предметов.

Один мяч, два мяча, пять мячей.

Одна кукла, две куклы, пять кукол.

Одно облако, два облака, пять облаков.

УЗНАЙ ПО ОПИСАНИЮ

Цель: учить составлять описательные загадки о ягодах, фруктах и т.д.

Ход игры: учитель-дефектолог просит детей самостоятельно составить описательную загадку о ягодах или фруктах: «Овальный, твердый, желтый, кислый, кладут в чай» (Лимон).

ГДЕ НАЧАЛО РАССКАЗА?

Цель: учить передавать правильную временную и логическую последовательность рассказа с помощью серийных картинок.

Ход игры: ребенку предлагается составить рассказ, опираясь на картинки. Картинки служат своеобразным планом рассказа, позволяют точно передать сюжет от начала до конца. По каждой картинке ребенок составляет одно предложение, и вместе они соединяются в связный рассказ.

ЧЕЙ? ЧЬЯ? ЧЬЁ?

Цель: формировать умение образовывать притяжательные прилагательные.

Ход игры: учитель-дефектолог называет слово и задает вопрос (чей? чья? чьё?), ребенок отвечает.

Шарф (чей?) – мамин.

Шляпка (чья?) – бабушкина.

Поднос (чей?) – дедушкин.

Книга (чья?) – бабушкина.

Тапочек (чей?) – дедушкин.

ОБЪЯСНИТЕ, ПОЧЕМУ...

Цель: научить правильно строить предложения с причинно-следственной связью, развитие логического мышления.

Ход игры: учитель-дефектолог объясняет, что дети должны будут закончить предложения, которые начнет говорить ведущий, используя слово «потому что». Можно подобрать несколько вариантов к одному началу предложения, главное, чтобы они все правильно отражали причину события, изложенного в первой части. За каждое правильно

выполненное предложение игроки получают фишку. Выигрывает тот, кто соберет больше фишек.

Незаконченные предложения для игры:

Вова заболел... (простыл)

Мама взяла зонт... (идет дождь)

Дети легли спать... (поздно)

Очень хочется пить... (жарко)

Лед на реке растаял... (тепло)

Деревья сильно закачались... (дует ветер)

Стало очень холодно... (пошел снег)

Лиса – лис, лисичка, лисенок, лисонька, лисушка....

ГДЕ ЖИВЕТ?

Цель: упражнять в употреблении предложного падежа существительного.

Ход игры:

Лиса живет в норе.

Медведь зимует в... .

Волк живет в

Белка живет в

Ежик живет в

УЛЕТЕЛИ ПТИЦЫ

Цель: упражнять в словоизменении: употребление родительного падежа имен существительных в единственном и множественном числе.

Ход игры:

Нет (кого?) – нет лебедя, утки

Нет (кого?) – нет лебедей, уток

ИЗМЕНИ СЛОВО

Цель: упражнять в падежном и предложном согласовании.

Изменить слово «окно» в контексте предложения.

Ход игры:

В доме большое В доме нет Я подошел к Я мечтаю о большом ... У меня растут цветы под

СОСТАВЬ ФРАЗУ

Цель: закрепить умение образовывать предложения из слов.

Ход игры: предложить детям придумать предложения, используя следующие слова:

забавный щенок

полная корзина

спелая ягода

веселая песня

колючий куст

лесное озеро

Подросткам можно предложить упражнения, которые развивают не только речь и мышление детей, но и воображение, например, сочинить рассказ по опорным словам, составляющим простор для фантазии (например, такой набор: Маша, школа, подруга, случай), сочинение по опорным словам (например: зайчик, лес, ежик, потерять, найти, обрадоваться): написать письмо любимому герою книги или фильма, напишите письмо самому себе в прошлое или будущее.

В заключение необходимо отметить, что обучение детей с умственной отсталостью – это постепенный, детальный и очень бережный процесс включения ребенка в общую образовательную среду, которая учитывает индивидуальные особенности и опирается на сильные стороны ребенка. При обучении детей с умственной отсталостью должны учитываться особые образовательные потребности. Образовательные задачи должны быть доступны для таких детей, актуализация знаний и умений осуществляться систематически. Особое внимание нужно уделять развитию умения у младших школьников действовать совместно со взрослым, по показу действия,

по подражанию, по словесной инструкции, а также развитию мотивации и интереса к познанию окружающего мира.

Список литературы.

1. Истратова О.Н. Практикум по детской психокоррекции: игры, упражнения, техники. Издание второе. – Ростов-на-Дону, Феникс, 2009. – 134 с.
2. Королева Т. Логика. К. : «Казка», 2009. – 60 с.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ СТРЕСС КАК ОДИН ИЗ ОСНОВНЫХ ФАКТОРОВ, ВЛИЯЮЩИЙ НА ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ПАЦИЕНТОВ

Муштенко Н.С.

Курский базовый медицинский колледж, Курск, Российская Федерация

Многолетний интерес исследователей к изучению психологических особенностей пациентов с сердечно-сосудистой патологией не беспочвенным, а ориентирован на задачи клинической практики. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) общая структура болезней в Российской Федерации за 2016 год, представлена следующими показателями: болезни системы кровообращения занимают второе место в структуре общей заболеваемости (около 16%) и первое место – среди причин смерти (уровень смертности составляет более 980 случаев на 100 000 жителей) [1]. Увеличение показателей смертности от заболеваний системы кровообращения происходит на фоне роста общей смертности населения. Установлено, что число больных с этой патологией особенно интенсивно увеличивается среди мужчин в возрасте 40-50 лет. Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) занимают сегодня первое место среди причин инвалидности нашей страны. При этом 4% мужчин получают I группу, 60% – II группу инвалидности. У женщин эти показатели немного ниже. Среди причин инвалидности преобладают ишемическая болезнь, сосудистые поражения, ревматизм [1]. Возникновение ССЗ тесно связано с расстройствами сферы, в первую очередь с такими психопатологическими состояниями, как тревога и депрессия. Ссоры, конфликты с окружающими, хроническая нехватка времени, постоянная суета, информационные перегрузки – эти и многие другие стрессорные факторы стали нашими постоянными спутниками. Надо понимать, что стресс – это просто определённое физиологическое состояние – состояние мобилизации, «повышенной боеготовности» психики и организма в ответ на неблагоприятные условия. По данным ВОЗ из всех пациентов, обращающихся к врачам, процент психосоматических больных составляет от 38% до 42% [2]. А общее состояние больного, в свою очередь, сильно зависит от его текущего психологического и эмоционального состояния. Жизнь современного человека состоит из постоянного стресса. Стресс действительно можно назвать «причиной болезней номер один» в современном мире. Ни одна система не может постоянно работать в аварийном режиме – она быстро ломается. Человек не исключение: постоянно попадая и находясь в состоянии хронического стресса, у него наступает физическое и психологическое истощение, а системы организма и внутренние органы «изнашиваются» [3]. Но стресс задумывался природой как аварийный режим для экстренных случаев. Проблема же современного человека в том, что этот режим включается чаще, чем необходимо, и совершенно помимо его воли. Чем хуже человек осознаёт и понимает свои эмоции, тем больше опасность их соматизации и превращения в различные психосоматические заболевания. Это вполне объясняет потребность в психологической грамотности и необходимости самоанализа: жизненно необходимо распознавать и понимать свои эмоции, для того чтобы максимально расширить диапазон их проявления и выражения в окружающий мир, а также сделать это выражение максимально гибким [4].

Для определения стрессоустойчивости и социальной адаптации больных с хроническими соматическими заболеваниями сердца и сосудов мы провели исследование по методике Холмса и Раге. Полученные данные второго исследования с применением анкеты «Прогноз» учитываются при вынесении заключения об уровне нервно-психической неустойчивости больных с указанным диагнозом. Исследования проводились в Курской областной клинической больнице г. Курска, был применён анонимный метод анкетирования. Принимавшие участие в эксперименте испытуемые в количестве 35 человек – это пациенты отделения кардиологии с хроническими

соматическими заболеваниями сердца и сосудов. Среди них 15 мужчин в возрасте от 43 до 73 лет и 20 женщин в возрасте от 42 до 79 лет.

Результаты исследования показали, что из 35 пациентов, составивших группу испытуемых: А) Низкая степень сопротивляемости стрессам по методике Холмса и Раге отмечена у 16 человек (46%), среди них 8 (50%) мужчин и 8 женщин (50%). Для указанной группы пациентов характерна высокая степень стрессовой нагрузки. Согласно интерпретации методики большое количество баллов (больше 300) – это сигнал тревоги, предупреждающий вас об опасности. Испытуемым, у которых сумма баллов выше, грозит психосоматическое заболевание, поскольку они близки к фазе нервного истощения. У данных пациентов выявлена низкая степень стрессоустойчивости, т.е. их отличает ранимость. Такое состояние приводит к тому, что личность вынуждена наибольшую долю своей энергии и ресурсов тратить на борьбу с негативными психологическими состояниями, возникающими в процессе стресса. Следовательно, данной категории пациентов необходимо срочно что-либо предпринять, чтобы ликвидировать стресс. Данные анкеты «Прогноз» показали, что для одного пациента (4% от общего числа) из этой группы, а это женщина 68 лет, с диагнозом «порок сердца» существует высокая вероятность нервно-психических срывов. По рекомендации методики здесь необходимо дополнительное медицинское обследование психиатра, невропатолога. Б) Невысокий – пороговый (средний) уровень стрессоустойчивости по методике Холмса и Раге выявлен у 12 человек (34%), из них 5 (42%) мужчин и 7 (58%) женщин. Для названного контингента характерна средняя степень стрессовой нагрузки. Их стрессоустойчивость снижается с увеличением стрессовых ситуаций, возникающих в их жизни. Личность данного типа также вынуждена львиную долю своей энергии и ресурсов тратить на борьбу с негативными психологическими состояниями, возникающими в процессе стресса. В интервале шкалы 3-5 баллов, по анкете «Прогноз» находятся 17 пациентов (48%): 11 женщин и 6 мужчин, из них 6 человек (35%) – люди трудоспособного возраста. Для данных пациентов нервно-психические срывы вероятны, особенно в экстремальных условиях. Это необходимо учитывать при вынесении заключения о профпригодности указанных лиц и распределении их по специальностям и видам деятельности. В) По методике Т. Холмса и Р. Раге 7 человек (20%) определили у себя высокий уровень сопротивляемости стрессу, среди них двое (29%) мужчин и 5 (71%) женщин. Согласно интерпретации методики такие люди проявляют достаточно высокую степень стрессоустойчивости. Для них характерна минимальная степень стрессовой нагрузки. Свою энергию и ресурсы они могут не тратить на борьбу с негативными психологическими состояниями в процессе стресса. Поэтому любая их деятельность независимо от ее направленности и характера становится эффективнее. Показатели анкеты «Прогноз» выдали, что еще для 17 пациентов (48%), из них 9 мужчин и 8 женщин, а 12 человек (71%) из них – это пациенты трудоспособного возраста, нервно-психические срывы маловероятны. Следовательно, при наличии других положительных данных для указанной группы пациентов можно рекомендовать их на специальности, требующие повышенной нервно-психической устойчивости. Примечательно, что обработку данных по методике «Прогноз» мы начинали со шкалы искренности, которая используется для оценки достоверности ответов обследуемого. Конечно, на результат может влиять очень много факторов: настроение, в котором выполняли тест, общий уровень усталости (как эмоциональной – сложности на работе, в личных отношениях, так и просто физической) и многие другие. По шкале искренности в интервале от 0 до 7 ответов – «да» (норма), анкету можно зачитать, а более 7 ответов – «да», анкету респондента просто даже не надо обрабатывать. Мы подсчитали и количество ответов «нет» на вопросы, указанные в ключе для шкалы искренности. Чем выше показатель – тем больше желание респондента «приукрасить» ответы. В обеих ситуациях по шкале искренности нами отмечено менее

7 баллов, значит, можно считать, что полученное число соответствует значению шкалы искренности в баллах, а следовательно, итоги исследования можно считать достоверными.

Нами замечено, что сравнение результатов обследования по методике Т. Холмса и Р. Раге и методике «Прогноз» имеет отличительные показатели. Однако наличие данных исследования, в общем, позволяет выявить отдельные предболезненные признаки личностных нарушений, а также оценить вероятность их развития и проявлений в поведении и деятельности человека выявить и оценить особенности поведения и состояния психической деятельности в различных ситуациях, сложившихся вокруг пациента в данный момент. Следовательно, психосоматические стрессовые заболевания определяют расстройство функций тех органов и систем, и происхождении и течении которых ведущая роль принадлежит воздействию психотравмирующих факторов. Многие факторы социальной жизни оказывают повреждающее действие на здоровье человека, влияя на его психоэмоциональную сферу. В любом случае человек для сохранения и поддержки своего здоровья должен находиться в гармонии с окружающей его средой. Приведем краткий перечень приемов, составляющих рекомендательный характер способов лечения и профилактики психосоматических заболеваний для пациентов указанного выше диагноза, это могут быть: фитотерапия, гомеопатические средства, психотерапия, аутогенная тренировка, йога-терапия [5]. Изучение рекомендаций для пациентов с заболеваниями системы кровообращения помогает освободиться от пороков, вредных привычек, способствует приобретению способности контроля над собой.

Список литературы.

1. Доклад «Мировая статистика здравоохранения» за 2016 год, Статистические доклады Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), 2016 [Электронный ресурс]. Режим доступа: vestnik.mednet.ru/content/view/813/30/.

2. Аксенов М.М., Белокрылова М.Ф., Лебедева В.Ф. и др. Типология пограничных психических расстройств и стрессоустойчивость // Медицинская психология в России.– 2014. – № 2 (25). [Электронный ресурс]. Режим. доступа: <http://mprj.ru>.

3. Белан И.А., Ложникова Л.Е., Барбухатти К.О. Психогенные реакции у кардиохирургических больных. Актуальность проблемы // Клиническая и медицинская психология: исследования обучение, практика. – 2014. – N 4 (6). [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://medpsy.ru>

4. Лазарева Е.Ю., Николаев Е.Л. Некоторые психологические характеристики пациентов с кардиологической патологией // Прикладные информационные аспекты медицины. – 2014. – Т. 17, № 1. – С. 87-93.

5. Николаев Ю., Лазарева Е. Организационные аспекты психологической помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями // Вестник психотерапии. – 2014. – № 49 (54). – С. 79-90.

РОЛЬ СЕМЬИ В БОРЬБЕ С ЗАВИСИМЫМ ПОВЕДЕНИЕМ

Мамаева Е.С., Богданова Г.Н.

Белгородский региональный центр психолого-медико-социального сопровождения,
Белгород, Российская Федерация

На сегодняшний день массовое распространение наркомании, алкоголизма, повышение доступности психоактивных и психотропных веществ является одной из главных угроз национальной безопасности. К сожалению, сегодня все чаще звучат рядом слова «наркомания» и «дети». Однако сочетание этих двух слов для многих родителей кажется несовместимым: «Со мной и моим близким этого случиться не может». Конечно же, на государственном уровне ведется огромная работа по организации активного противодействия данному явлению, но приоритетная, важнейшая роль в предотвращении угрозы рисков, возникающих для наших детей, отдается сегодня семье, родительской общественности. Особенно возрастает роль семьи в сохранении эмоционального благополучия детей. Каковы причины постоянно возрастающей зависимости от психоактивных веществ? Среди множества причин употребления наркотиков выделяют генетические и физиологические: наследственная предрасположенность к аддиктивному поведению, осложненные беременность и роды, черепно-мозговые травмы с потерей сознания в анамнезе. Эти факторы готовят «благодатную почву» для развития наркозависимости. Таким детям сложнее учиться в школе, ходить в детский сад, отстаивать свои интересы, заниматься спортом, проявлять интерес к обучению и т.д. Однако, приобщится или нет подросток к наркотикам далее – зависит от психологических и социальных причин. Правильное воспитание в семье может уменьшить, а то и вовсе сгладить биологические предпосылки, и ребенок прекрасно адаптируется к социуму. И наоборот, отсутствие в семье теплых доверительных отношений между ребенком и родителями может спровоцировать появление наркотической зависимости. Самым опасным периодом для проникновения так называемой «инфекции» под названием «зависимость» является подростковый возраст. Как известно, подросток – это еще не сформированная до конца, но активно развивающаяся личность. В современном мире увеличивается продолжительность подросткового возраста до 19 лет, и этот факт говорит о том, что наши дети, несмотря на технический прогресс, личностно взрослеют позже. Проявляется это в отсутствии устойчивой «картины мира», устойчивой жизненной позиции, а значит – недостаточной критичности к информации, которая поступает извне. Восприятие (принятие или игнорирование информации) все еще зависит от отношения к тому, кто ее транслирует. В этом возрасте снижен авторитет родителей и взрослых, на первый план выступает мнение сверстников, неформальных лидеров. Подростки легко поддаются влиянию извне, и этим пользуются недоброжелатели. Давление группы, отсутствие навыка отказа могут послужить причиной возникновения пристрастия к употреблению психоактивных веществ.

Говорить с подростками в двух словах о том, что психоактивные вещества – это плохо – практически бесполезно. Необходимо находить время для разговоров о последствиях употребления токсических веществ, алкоголя, наркотиков для их здоровья (отмирание клеток головного мозга, резкое ухудшение состояния печени, проблемы с потенцией в будущем, проблемы с зачатием и деторождением, риск летального исхода как аллергической реакции организма и т.д.). Очень важно формировать у детей ответственное поведение, которое является антиподом зависимому поведению! Также важнейшей функцией семьи в аспекте профилактики зависимости от психоактивных веществ является своевременное распознавание наличия признаков потребления у своих детей. Низкая информированность родителей о том, как выглядят наркотики, о симптомах их употребления приводит к тому, что родители не могут распознать наркоманов в

окружении ребенка. Недостаточная информированность родителей о наркотиках приводит к нерезультативному контролю, в связи с чем в семьях в течение длительного периода не замечают, что ребенок употребляет наркотики. Однако у человека, который начал употреблять наркотики, прежде всего наступают заметные изменения в поведении.

Некоторые родители пытаются объяснить перемены в поведении своих детей «трудным возрастом» и пассивно ждут, пока это пройдет. К сожалению, такой самообман зачастую обходится слишком дорого.

Рекомендации родителям:

1. Общаться друг с другом. Общение – основная человеческая потребность, особенно для родителей и детей. Разговаривать с детьми постоянно, обсуждая все насущные вопросы. Тема наркотиков и наркомании в разговорах может занять серьезное место. Обходить эту тему в общении с ребенком становится опасным: если вовремя не помочь ему осмыслить всю пагубность наркотиков и сформировать негативную позицию по отношению к ним, то эту нишу его сознания заполнит кто-то другой. Не исключено, что эту миссию выполнит сверстник, уже попробовавший «зелье». Важно, чтобы ребенок принял в данном вопросе именно позицию родителя. Поэтому не нужно избегать разговоров на эту непростую тему.

2. Выслушивать друг друга. Умение слушать – основа эффективного общения, но делать это не так легко, как может показаться со стороны. Умение слушать означает: быть внимательным к своему ребенку, выслушивать его точку зрения, уделять внимание его взглядам и чувствам, не споря с ним, не настаивать на том, чтобы ребенок выслушивал и принимал представления родителей о чем-либо. Важно следить за тем, в каком тоне ведется разговор с ребенком. Он не должен быть насмешливым или снисходительным. Поощряя ребенка, поддерживать разговор, демонстрируя свою заинтересованность в том, что рассказывает ребенок. Например, спросить: «А что было дальше?» или «Расскажи мне об этом...» или «Что ты об этом думаешь?».

3. Проводить время вместе. Очень важно, когда родители вместе занимаются спортом, музыкой, рисованием или иным способом устраивают с ребенком совместный досуг или вашу совместную деятельность. Это необязательно должно быть нечто особенное. Пусть это будет поход в кино, на стадион, на рыбалку, за грибами или просто совместный просмотр телевизионных передач. Для ребенка важно иметь интересы, которые будут самым действенным средством защиты от табака, алкоголя и наркотиков. Поддерживая его увлечения, родители делают очень важный шаг в предупреждении от их употребления.

4. Дружите с его друзьями. Очень часто ребенок впервые пробует психоактивные вещества в кругу друзей. Порой друзья оказывают огромное влияние на поступки вашего ребенка. Он может испытывать очень сильное давление со стороны друзей и поддаваться чувству единения с толпой. Именно от окружения во многом зависит поведение детей, их отношение к старшим, к своим обязанностям, к школе и так далее.

5. Помните, что каждый ребенок уникален. Любой ребенок хочет себя чувствовать значимым, особенным и нужным. Родители могут помочь своему ребенку развить положительные качества и в дальнейшем опираться на них. Когда ребенок чувствует, что достиг чего-то, и родители радуются его достижениям, повышается уровень его самооценки. А это, в свою очередь, заставляет ребенка заниматься более полезными и важными делами, чем употребление наркотиков.

Важно создавать в семье атмосферу любви, доверия и безопасности, вырабатывать ясные и справедливые правила совместной жизни, выполнять взятые обещания, быть последовательными в своих словах и действиях, интересоваться заботами ребенка, его внутренним миром. Развивать в ребенке навыки самостоятельного принятия решений, инициативу, собственный взгляд на происходящее. Лучше, чтобы

ребенок был ведущим, а не ведомым. Учить ребенка справляться с трудностями и неудачами, говорить, что отрицательный опыт – тоже опыт. Учить ребенка видеть и понимать красоту окружающего мира, учить получать удовольствие в повседневной жизни (от природы, хорошей книги, общения с интересными людьми и т.д.).

Роль семьи в воспитании ребенка, в том числе в антинаркотическом, является определяющей. С раннего детства родители должны придерживаться такой линии в воспитании, когда ребенок ощущает опеку и внимание родителей и в то же время имеет пространство для независимых действий, зная при этом, что ему доверяют. В ребенке нужно воспитывать сильную личность, чтобы он накопил свой опыт собственных побед, а не поражений. Правильное воспитание должно формировать ответственную, самостоятельную, заинтересованную личность со сложившимися ценностями, целями жизненными планами, здоровыми способами получения удовольствия, собственным опытом побед и уважения к себе. При правильном воспитании ребенка, при его полной информированности об опасности приобщения к наркотикам родительский контроль подкрепляется, а со временем полностью замещается самоконтролем человека, ценящего здоровый образ жизни.

Список литературы.

1. Буянов М.И. Размышления о наркомании. – М., 1990.
2. Воспитательные потенциал семьи и социализация детей // Педагогика. – 1999. – № 4. – С. 27-39.
3. Еникеева Д.Д. Как предупредить алкоголизм и наркоманию у подростков. – М., 1999.
4. Коробкина З.В., Попов В.А. Профилактика наркотической зависимости у детей и молодежи. – М., 2002.
5. Личко А.Е. Подростковая наркомания. – М, 1983.
6. Майерс Д. Социальная психология. – СПб., 2000.
7. Петракова Т.И. Руководство по профилактике наркомании среди детей и подростков. – М., 2000.
8. Психология современного подростка / Под ред. Л.А. Регуш. – СПб., 2005.
9. Руководство по профилактике злоупотребления ПАВ несовершеннолетними и молодежью / Под науч. ред. Л.М. Шипициной и Л.С. Шпилени. – СПб., 2003.
10. Свеженцева Ю.А. Социокультурные аспекты приобщения к наркотикам: качественный анализ проблемы // Молодежь и наркотики (социология наркотизма) / Под ред. В.А. Соболева, И.П. Рущенко. – Харьков, 2000.
11. Спиваковская А.С. Детско-родительские отношения. – СПб., 2005.

РЕЗИСТЕНТНОСТЬ МЕМБРАН ЭРИТРОЦИТОВ АКТИВНО КУРЯЩИХ ДОНОРОВ В ЭРИТРОЦИТАХ С РЕДУКЦИЕЙ ЛЕЙКОЦИТОВ

Орманова А.Е., Оксикбаев Б.К.

Жетысуский университет имени И. Жансугурова, Талдыкорган, Казахстан

Аннотация. Лейкоредуцированная (с удаленными лейкоцитами) эритроцитарная масса обычно используется при переливании крови для уменьшения посттрансфузионных эффектов. Количество активных курильщиков в мире относительно велико; следовательно, многие из них могут быть донорами крови, поскольку не существует никаких правил, исключающих их использование. Тем не менее лейкоредуцированные PRC у активных курильщиков очень опасны, поскольку они могут подвергаться повреждению мембран эритроцитов, вызванному окислительным стрессом, который препятствует борьбе со свободными радикалами, образующимися при курении.

Цель. В нашем исследовании было изучено влияние окислительного стресса на мембранную резистентность лейкоредуцированных PRC, полученных от активно курящих доноров, при их хранении.

Материалы и методы. Исследование было описательным и перекрестным по своему дизайну. Было обследовано 12 некурящих (NS), 12 слегка курящих (LS) и 12 умеренно курящих (MS) доноров. Лейкоредуцированные PRC, полученные от доноров, были разделены на три группы: NS, LS и MS. Самый высокий окислительный стресс возник в группе PC. Хрупкость и резистентность мембран эритроцитов коррелируют с окислительным стрессом.

Ключевые слова: лейкоцит, активное курение, доноры, оксидативный стресс, эритроцитарная масса, лейкоредуцированное образование PRC.

В последнее время потребность в безопасной и высококачественной крови проявлялась и увеличивалась с технологическими достижениями в секторе здравоохранения, особенно в случае управления кровью в Казахстане [1]. Наиболее часто используются эритроцитарная масса (PRC). В настоящее время широкое распространение получили лейкоредуцирующие ФПК (с удаленными лейкоцитами). Лейкоредуцированные PRC часто используют для повторных трансфузий, поскольку они уменьшают аллоиммунизацию человеческого лейкоцитарного антигена и посттрансфузионные реакции, такие как фебрильные негемолитические трансфузионные реакции [2, 3].

Эритроциты в КПК выполняют функцию переносчиков кислорода; следовательно, они должны иметь хорошее мембранное сопротивление при прохождении через капилляр меньшего диаметра, чтобы они могли циркулировать в тканях. Резистентность мембраны эритроцитов зависит от изменений ее состава и структуры, возраста эритроцитов и наличия катионов натрия (Na), калия (K) и кальция (Ca). Кроме того, перекачка ионов способствует поддержанию текучести и проницаемости мембран эритроцитов. Баланс этих ионов внутри клетки может контролировать деформируемость и структуру эритроцитов, делая их гибкими [4].

Кроме того, проницаемость мембраны эритроцитов может изменяться посредством биохимических, физиологических или морфологических процессов в течение определенного периода в ходе хранения PRC, обычно называемого повреждением накопления [2]. Нарушение накопления может привести к снижению концентрации АТФ и 2,3-дифосфоглицерата (2,3-ДФГ); утомлению системы эндогенной антиоксидантной защиты вследствие оксидативного стресса, самоокисления гемоглобина (Hb) и утечки лактатдегидрогеназы; ионов калия и кальция в уплотненной крови, что влияет на резистентность мембран эритроцитов [2, 5].

In vitro PRC отличаются от крови в организме человека, что вызывает снижение жизнеспособности из-за повреждения при хранении. Для поддержания жизнеспособности в КНР для продления жизни эритроцитов до 35 дней в банке крови при температуре хранения 2-6°C добавляют антикоагулянт – цитрат фосфат декстрозы аденин (ЦФДА-1) [6]. Leukoreduced PRC пытается улучшить свою жизнеспособность: лейкоциты секретируют цитокин, интерлейкин, протеазу и перекись водорода. Перекись водорода может вызывать структурные изменения мембраны и повышать ее жесткость, влияя на сопротивление клеточной мембраны и вызывая гемолиз [7].

Кроме того, увеличение лейкоцитов может быть вызвано химическими веществами, содержащимися в сигаретах. Это может способствовать высвобождению провоспалительных цитокинов, образующих свободные радикалы в организме человека [8]. На самом деле сигареты содержат более 7000 химических веществ, 250 из которых опасны для здоровья. Эти химические вещества являются канцерогенными и мутагенными и содержат тяжелые металлы и свободные радикалы, которые могут генерировать активные формы кислорода (АФК) и активные формы азота [9].

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) использует термин «активные курильщики» для обозначения тех, кто активно курит ежедневно в течение шести месяцев на протяжении всей жизни. Кроме того, ВОЗ классифицирует курильщиков на три группы в зависимости от ежедневного количества выкуриваемых сигарет: малокурящие (1-10), умеренно курящие (11-20) и заядлые курильщики (≥20 сигарет) [10]. В эритроцитах курильщиков оксидант-индуцированный гемолиз модифицирует деформируемость, осмотическую хрупкость и восприимчивость, что приводит к окислительному стрессу [11].

Окислительный стресс – это когда антиоксиданты становятся неспособными бороться со свободными радикалами. Образующиеся в организме курильщика, они приводят к старению эритроцитов и повреждению их мембран, вызывая окислительный стресс. Организм человека естественным образом оснащен защитным механизмом антиоксидантов от свободных радикалов [2]. Кроме того, некоторые антиоксиданты в эритроцитах курильщиков, такие как глутатионпероксидаза, каталаза и супероксиддисмутаза (СОД), имеют тенденцию к снижению [9]. Например, фермент СОД у курильщиков относительно ниже, чем у некурящих, за счет образования свободных радикалов, особенно пероксида водорода, образующихся при непосредственном взаимодействии сигаретного дыма с тканями и вызывающих снижение СОД [14, 5]. Кроме того, снижение фермента СОД в эритроцитах вызывает экстенсивную продукцию антиоксидантов.

Устойчивое перекисное окисление липидов может разорвать цепь полиненасыщенных жирных кислот (ПНЖК) на некоторые токсичные соединения, а именно альдегиды, такие как малоновый диальдегид (МДА) [16]. Кроме того, продолжительность курения может влиять на перекисное окисление липидов, что вызывает повышение МДА. Нора и др. обнаружили сильную корреляцию между увеличением МДА и продолжительностью курения [14]. Повышение концентрации МДА свидетельствует о прогрессирующем повреждении мембраны, что может привести к повышенной проницаемости мембраны эритроцитов и гемолизу [10].

Служба переливания крови в Казахстане, будь то в отделении переливания крови Всемирного Красного Креста или в больницах, еще не установила правил в отношении курящих доноров. Иными словами, курящие доноры пока не контролируются, что, возможно, побуждает многих активных курильщиков сдавать кровь с благоприятными последствиями для собственного кроветворения. Поскольку свободные радикалы могут усиливать окислительный стресс в эритроцитах курильщика, наше исследование направлено на изучение корреляции между окислительным стрессом и резистентностью мембран эритроцитов при сохраненных лейкоредуцированных PRC, происходящих от

активных курильщиков. Метод снижения лейкоцитов, используемый в нашем исследовании, был разработан для устранения лейкоцитов, которые выше у курильщиков, чем у некурящих, и могут вызвать быстрое образование свободных радикалов.

Физиологически свободные радикалы подавляются ферментами СОД как эндогенными антиоксидантами, присутствующими в эритроцитах. Фактически СОД предотвращает оксиданты, катализируя реакцию супероксиданиондисмутазы на молекулы перекиси водорода и кислорода [14]. В эритроцитах, полученных от курящих доноров, наблюдалось повышение содержания перекиси водорода, образующейся в результате прямого взаимодействия дыма с тканями, что существенно изменяло активность ферментов СОД [2]. Подобно исследованию, проведенному Norah et al. (2019), количество выкуриваемых сигарет в день (1-5, 6-10 или ≥ 10) положительно коррелировало с концентрацией МДА в эритроцитах. Это показало, что у тех, кто выкуривал ≥ 10 сигарет в день, будет более высокая концентрация МДА и менее выраженная активность СОД, чем у двух других групп испытуемых [4].

Список литературы.

1. Кровь : [арх. 3 января 2023] / А.И. Воробьёв, А.Н. Смирнов // Большая российская энциклопедия [Электронный ресурс]. – 2010. – С. 86-88. – (Большая российская энциклопедия : [в 35 т.] / гл. ред. Ю.С. Осипов; 2004-2017).

2. Тарханов И.Р., Книпович Н.М., Герценштейн Г.М. Кровь // Энциклопедический словарь Брокгауза и Ефрона : в 86 т. (82 т. и 4 доп.). – СПб., 1890-1907.

3. Паршина Е. Безопасная кровь. Переливание крови // Газета «Эксперт здоровья». 11-03-2010.

4. Вульф Л.К. Мембрана и нарушения хранения в консервированных эритроцитах. Переливание 1985; 25 (3): 185-203. <https://doi.org/10.1046/j.1537-2995.1985.25385219897.x>.

5. Ольшевская-Слонина Д.М., Монтевский Д., Чайковский Р., Ольшевский К.Я., Возняк А., Одровонж-Сыпневская Г. и соавт. Концентрация реактивных веществ тиобарбитуровой кислоты (ТБАРС) и активность параоксоназы в крови больных остеоартрозом после имплантации эндопротеза. Медицинский научный монитор 2011; 17(9): CR498-CR504. <https://doi.org/10.12659/msm.881936>.

6. Кривов Ю.И., Торгунаков А.П., Рудаев В.И., Красильников Г.П., Володин В.В. Переливание крови, ее компонентов и препаратов / Под ред. д.м.н. проф. А.П. Торгунакова. – Кемерово: КемГМА, 2007. – С. 32.

7. Деяния Святых Апостолов, Новый Завет (перевод под ред. еп. Кассиана [Безобразова]) – епископ Кассиан (Безобразов). azbyka.ru. Дата обращения: 25 января 2023.

8. Антонио П. Влияние курения на качество эритроцитов, собранных у курящих доноров и хранящихся в течение 35 дней в банке крови. Диссертация магистра. Веллор: Христианский медицинский колледж; 2018; 135 стр. <http://repository-tnmgmu.ac.in/9485>.

9.

https://www.gpoh.de/kinderkrebsinfo/content/zabolevanija/lejkozy/pohpatinfoall120060414/kostnj_mozg_i_krov/iz_chego_sostoit_krov/index_rus.html

10. Моханти Дж.Г., Нагабабу Э., Рифкинд Дж.М. Окислительный стресс эритроцитов ухудшает доставку кислорода и вызывает старение эритроцитов. Фронт Физиол 2014; 5: 84.

ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ РАЗЛИЧНОЙ ПРИРОДЫ НА РАЗВИТИЕ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

Шилова О.В., Шаденко В.Н., Шапаревич А.С., Глебо О.П.

Республиканский научно-практический центр психического здоровья, Минск, Белоруссия

Актуальность.

Психическое здоровье является одним из важнейших составляющих факторов здоровья населения в целом. Последние десятилетия изучению распространенности и бремени психических и поведенческих расстройств уделяется много внимания со стороны мирового здравоохранения [1; 2]. Знания о распространенности наиболее часто встречающихся психических и поведенческих расстройств, а также связанных с ними психолого-социальных факторов чрезвычайно полезны для планирования и организации услуг в области психиатрии и здравоохранения в целом [3].

Депрессивные расстройства – группа распространенных, но все еще недостаточно полно диагностируемых и леченных патологических состояний и заболеваний, которые со своими осложнениями (самоубийство, вторичный алкоголизм, потеря продуктивности, повышение сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности) являются серьезной проблемой общественного здравоохранения во всем мире [4]. Реализуя организационные, фармакологические и немедикаментозные стратегии лечения, можно успешно выявлять и лечить депрессивные расстройства, что приведет к значительному снижению суицидного риска. При этом экономическое бремя данных намного превышает стоимость лечения. Многие международные исследования показывают, что меры, направленные на выявление и лечение депрессии, являются важным компонентом программ по снижению уровня суицидов. Так, например, в Венгрии за последние 30 лет произошло 50% снижение смертности от самоубийств [5].

В нашем исследовании объектом исследования выступает взрослое население от 18 лет, проживающее на территории Республики Беларусь. Предмет исследования – влияние факторов различной природы на развитие депрессивных расстройств. Дизайн исследования – открытое полевое социологическое, которое позволяет провести поперечное исследование в квотной выборке всех групп населения.

Сформирована выборка из 1200 человек из всех регионов Республики Беларусь, квотная Переписи населения по половозрастному составу и территориальному принципу.

Цель исследования. Провести оценку влияния факторов различной природы на развитие депрессивных расстройств, качества жизни и стрессоустойчивости среди взрослого населения Республики Беларусь в 2020-2022 гг.

Материалы и методы. В качестве объекта исследования использовали психический статус и модифицируемые поведенческие факторы взрослых граждан Республики Беларусь. Предмет исследования – распространенность и развитие депрессивных расстройств среди взрослого населения Республики Беларусь.

Критерии включения в группу исследования: возраст старше 18 лет, подписанное информированное согласие на участие в исследовании. Критерии исключения из исследования: состояние алкогольного (наркотического, интоксикационного) опьянения; соматическое заболевание в состоянии выраженной декомпенсации, лихорадочное состояние, отказ от участия в опросе. Короткое диагностическое интервью MINI (англ. Mental International Neuropsychiatric Interview) использовали в качестве основы скрининга депрессивных расстройств. Качество жизни, связанное со здоровьем, оценивалось с применением методики SF-36 (англ. The Short Form-36).

Тип стрессоустойчивости определяли тестом Холмса и Раге. Анализ данных проводили с помощью компьютерной программы SPSS, калькулятора для расчета величины эффекта. Полученные данные были подвергнуты статистическому анализу с

учетом их природы (количественные или качественные). Тип данных определяли с помощью критериев Колмогорова-Смирнова и Шапиро-Уилка. Проведен корреляционный анализ (параметрический метод (Пирсона) и непараметрический метод (Спирмена)); сравнение двух средних в группах непараметрическим методом (критерий Манна–Уитни, Вилкоксона).

Результаты. В качестве факторов, влияющих на распространенность и развитие депрессивных расстройств, рассматривали такие социально-демографические факторы, как: место проживания (город или сельская местность), семейный статус, уровень образования, социальный статус, уровень дохода, наличие хронических заболеваний, показатели оценки качества жизни, суммарная стрессовая напряженность. С помощью корреляционной матрицы была установлена достоверная ($p \leq 0,05$) слабая обратная корреляционная связь между развитием большого депрессивного эпизода и таким социально-демографическим фактором, как возраст (-0,067571). Также установлена достоверная ($p \leq 0,05$) слабая обратная корреляционная связь между показателями качества жизни (ролевое эмоциональное функционирование (-0,317709), психическое здоровье (-0,482641), жизненная активность (-0,291152), социальное функционирование (-0,353403) и общее здоровье (-0,119668)) и симптомами большого депрессивного эпизода. Достоверная ($p \leq 0,05$) слабая положительная корреляционная связь существует между показателями уровня среднего дохода (0,096608), семейного статуса (0,129496) и развитием большого депрессивного эпизода. С целью создания модели формирования большого депрессивного эпизода (D – совокупность симптомов депрессивного эпизода) и обуславливания суицидального риска (S – усредненный показатель суицидального риска) построены уравнения множественной регрессии: $D = -0,12 * d_1 + 0,069 * d_2 + 0,083 * d_3 + 0,083 * d_4 - 0,083 * d_5$. Факторы, определяющие формирование большого депрессивного эпизода: d1: ролевое эмоциональное функционирование (-0,12 * d1); d2: семейный статус (0,069 * d2); d3: средний доход (0,083 * d3); d4: величина стрессовой нагрузки (0,083 * d4); d5: психическое здоровье (-0,34 * d5).

Вывод. Так, в ходе регрессионного анализа было установлено влияние на формирование большого депрессивного эпизода социально-демографических, социально-культурных факторов и показателей качества жизни, таких как: ролевое эмоциональное функционирование (обратная зависимость), семейный статус, средний доход, величина стрессовой нагрузки, психическое здоровье (психическое благополучие, общий положительный эмоциональный фон) (обратная связь).

Таким образом, в проведенном нами исследовании были выявлены взаимосвязи показателей симптомов большого депрессивного эпизода с рядом показателей, относящихся к социальной сфере.

Список литературы.

1. The Lancet Commission on Global Mental Health and Sustainable Development [Electronic resource]. – 2018. – Mode of access: <https://globalmentalhealthcommission.org/wp-content/uploads/2019/12.htm> (Date of access 20.11.2020).

2. Европейская декларация по охране психического здоровья. Проблемы и пути их решения. Европейская конференция ВОЗ на уровне министров по охране психического здоровья. Проблемы и пути их решения Хельсинки, Финляндия, 12-15 января 2005 г. / Европейское бюро ВОЗ [Электронный ресурс]. – 2005. – URL: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/88598/E85445R.pdf (дата обращения 20.11.2020).

3. Harvey A. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease // Lancet – 2013. – Vol. 382, N 9. – P. 1575-1586.

4. Глобальное бремя болезней (Global Burden of Disease): Порождение доказательств, направление политики // Всемирный банк [Электронный ресурс]. – 2013. – URL:http://www.healthdata.org/sites/default/files/files/policy_report/2013/WB_EuropeCentralAsia/IHME_GBD_WorldBank_EuropeCentralAsia_FullReport_RUSSIAN.pdf. – (дата обращения: ноябрь 2020).
5. Rihmer Z., Nemeth A. Correlation between treatment of depression and suicide mortality in Hungary – focus on the effects of the 2007 healthcare reform // *Neuropsychopharmacol Hung.* – 2014. – Vol. 16, № 4. – P. 195-204.

ЭТНОСТОРИТЕЛЛИНГ КАК ТЕХНОЛОГИЯ РЕДУКЦИИ НЕГАТИВНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ У СЛАБОВИДЯЩИХ ДЕТЕЙ

Велиева С.В., Велиев А.Р.

Чувашский государственный педагогический университет им. И.Я. Яковлева, Чебоксары,
Российская Федерация

Актуальность. В дошкольном возрасте для полноценного развития личности особенно важно обеспечить позитивное психическое состояние ребенка. Установлено, что качественные изменения в психике, освоение социальных ролей, закладка основных жизненных сценариев и паттернов происходят в дошкольном детстве. Уникальные условия социального развития этого периода оказывают значительное воздействие на всю последующую жизнь человека. Аффективная сфера возводится в ранг ключевых образований человека и основы индивидуальности, выполняющей системообразующую роль в моделировании и регуляции поведения и деятельности. В связи с этим создание благоприятных и безопасных условий развития при соблюдении индивидуальных и возрастных особенностей оказывается главным направлением профессиональной деятельности педагогов образовательной организации.

Цель исследования. На основе теоретического анализа источниковой базы и экспериментального исследования обосновать психолого-педагогические условия и содержание программы редукции негативных психических состояний у слабовидящих детей 6-7 лет.

Материалы и методы. Теоретический анализ и обобщение специальной педагогической и психологической литературы по проблеме исследования; метод теоретических построений; моделирование и проектирование содержания и результатов, процессов их достижения; изучение и обобщение опыта.

Результаты. Исследованиями отечественных и зарубежных авторов установлены педагогические и психологические условия, обеспечивающие наиболее эффективное преодоление негативных психических состояний у дошкольников, в том числе с сенсорными нарушениями. Важно отобрать средства и технологии, расширяющие спектр возможных педагогических вмешательств, ограничивающие риски неблагоприятного долгосрочного исхода, уменьшающие затраты системы здравоохранения и образования [3].

К наиболее целесообразным относят средства арт-терапии (Т.В. Артемьева, 2013; С.В. Бедрединова, 2016; Ф.М. Галимарданова, 2013; А.А. Королева, 2009; А.И. Тацёва, 2016; Н.М. Толкова, 2019; И.К. Шац, 2018), имаготерапии (С.О. Шиндряев, 2015), сказкотерапии (А.В. Александрова, 2016; Н.В. Волжанкина, 2019; А.В. Красавина, 2016), игротерапии (Т.В. Варенова, 2007; В.М. Волкова, 2009; С.И. Заморев, 2004; Ю.С. Панышева, 2019), изодейтельности (А.А. Андреева, 2015; Л.В. Ильина, 2019; Е.А. Суриф, 2007), театра (Л.А. Вачеян, 2016; И.Е. Куприянова, 2007; И.С. Карауш, 2016; Н.В. Харсеева, 2011) и пр.

Использование сторителлинга в преодолении негативных психических состояний у слабовидящих детей применяется менее интенсивно. Здесь можно отметить как достаточно эффективный международный проект «Сторителлинг со слепоглухими детьми» [2].

Впервые сторителлинг предложил использовать Д. Армстронг. Этносторителлинг как технология рассказывания или сочинения историй, связанных с этническими особенностями, позволяет развивать аффективную и речевую сферы, культуру мышления и коммуникации, осваивать традиции и ценности своего народа. Это интерактивная педагогическая технология [1], основанная на аффективно-интенсивной вербальной передаче литофанической (скрытой) информации через сказки, мифы,

истории. Цель технологии – развитие мотивации и научение конкретному действию и поведению через идентификацию с вымышленным или реальным успешным героем рассказа, усвоение продуктивных форм поведения.

Система коррекционных мероприятий с применением средств сторителлинга включает в себя 24 занятия по 30 минут с частотой проведения 2-3 раза в неделю. Показаниями к включению детей в коррекционную группу является преобладание негативных психических состояний высокой степени выраженности, большое число страхов, нарушения адаптации и процесса коммуникации детей в среде сверстников.

В работе с детьми с сенсорными нарушениями могут быть полезны следующие варианты сторителлинга:

- рассказывание авторской или придуманной сказки, герои которой соблюдают определенные правила (классический);
- совместное формирование сюжета истории (активный);
- создание творческой истории с применением визуальных средств (scribing, инфографика, mind-med) (цифровой);
- с применением информационно-коммуникационных средств в e-Learning, teachbase (дистанционный);
- сочинение мифов, легенд, сказок с включением национальных героев, народных традиций, языка (этнический);
- нацеленный на актуализацию либо конкретного психического состояния (простой), либо комплекса состояний, переживаний, эмоций (многогранный).

В процессе реализации психокоррекционной программы по преодолению негативных психических состояний целесообразно использовать виды этнического сторителлинга, основанные на реальных проблемных ситуациях, взятые из личного опыта ребенка. Здесь ребенок имеет возможность проявить активность и выступить в качестве автора преобразования и эффективного решения ситуации.

Обогащение способов поведения в проблемных ситуациях происходит за счет проб и ошибок в игровой ситуации, в обсуждении действий героев рассказывания и авторского продолжения истории. При этом необходимо обеспечить условия для самостоятельного совместно со сверстником или взрослым создания нового сюжета, творческого продолжения реальной истории, введения в повествование новых героев, обогащения вариантами продуктивных действий и поведения, их последующего анализа.

Важными компонентами сторителлинга являются: введение в процесс создания истории (привлечение внимания, обращение к личному опыту ребенка), развитие события (зачин, постановка проблемы, разворачивание сюжетной линии, описание характера и действий героев), кульминация (выработка продуктивных стратегий поведения), шеринг (обсуждение итогов, обратная связь).

Традиционно вводятся следующие элементы сторителлинга:

- персонаж – носитель типичных качеств целевой аудитории, но несколько с превосходящими качествами (целенаправленностью, упорядоченностью, дисциплинированностью);
- история должна воплощать актуальную трудную ситуацию ребенка, обогащаться нравственными и моральными нормами и правилами, новыми эффективными способами поведения;
- сюжет должен отражать образец успешного поведения героя, варианты выхода из проблемной ситуации, прогнозировать исход той или иной модели действий;
- разворачивание любого сторителлинга происходит по знакомому алгоритму (экспозиция, завязка, развитие действий, появление союзников, кульминация, развязка).

При выборе тематики и организации условий проведения занятий этносторителлинга учитываются культурные и национальные традиции, возрастные и

индивидуальные возможности, уровень и особенности психического развития обучающихся, личностно значимые проблемные ситуации, сенсорные нарушения.

Народная мудрость, заключенная в пословицах, сказках, притчах, приданиях, содержит литофаническое знание, подсказки, предлагает размышлять над духовными и нравственными вопросами, повышает уровень нервно-психической устойчивости.

В основу историй можно включать чувашские и русские народные пословицы, сказки, рассказы знакомых детям людей, воспитателей, родителей и прародителей. Истории на основе положительных примеров чувашского этноса, богатого нравственными устоями реальной жизни, по мотивам народных чувашских сказок позволяют формировать интерес к чувашской культуре, усваивать культурные традиции и нормы поведения.

В структуре ценностей чувашей основное место занимает здоровье (сывлах пулсан мулпа мён тавас – если есть здоровье, то к чему тогда богатство), гармоничное и сбалансированное психическое состояние, единство и согласие с природой и социумом.

Важное место отводится воспитанию произвольности и контролю эмоциональных состояний, повышению и обогащению эффективного поведения (камал выляна хыддан ан дуре – не старайся исполнять все свои прихоти; хавасла ёд – чун канадэ – дружная работа душу веселит), копинг-стратегий поведения (дынна калана хуйха – дур хуйха – как поведаеть другим, половина кручины снимается; тара шывпа дусан кёпе шура-лать, ыра дынна каладсан хуйха сурёлет – выстираешь в чистой воде, рубашка станет чистой; поговоришь с добрым человеком, печаль развеется; вутта вутпа сунтереймён, дилле дилёпе дёнтереймён, йавашлахпа дёнтерён – не потушишь огонь огнем, не победишь гнев гневом, а кротостью победишь), выбору коммуникативного партнера (дула кайма юлташу хавантан палатнарах пултар, теддэ – пусть твой спутник, с которым ты отправишься в дорогу, будет сильнее тебя).

Смысл и идеи, отраженные в чувашских пословицах и поговорках, также могут служить основой и/или зачином составления историй, кратким нравоучительным заключением, моралью.

Важно, чтобы занятия были насыщены историями прошлого, настоящего и будущего, актуализирующими разные эмоциональные состояния и переживания, охватывали различные аспекты социальной реальности.

Выводы.

Таким образом, теоретически обоснованным и оправдавшим себя является подход целостности, органичного единства теории и жизни.

Этносторителлинг оказывается средством оживления архетипических образов (хранителей базовых народных ценностей), выстраивания внешних и внутренних коммуникаций, осмысления и передачи личного и народного опыта, нейтрализации внушенных негативных родительских и социальных установок и отрицательных психических состояний, формирования копинг-стратегий поведения, видом моделируемой картины мира.

Целостность деятельности достигается, если источником и материалом коррекционных историй оказывается личный и народный опыт, сама жизнь. Этносторителлинг позволяет обеспечить эмоционально-ценностное отношение к общению, деятельности и поведению, активизирует потребность и мотивацию в саморазвитии и самоконтроле, нацеливает на поиск, предпочтение и употребление адекватных способов достижения результата, мобилизует на преодоление возникших негативных состояний и жизненных трудностей.

Список литературы.

1. Ермолаева Ж.Е. Сторителлинг как педагогическая техника передачи явного и неявного знания в вузе / Ж.Е. Ермолаева, О.В. Лапухова, И.Н. Герасимова, В.А. Смирнова // Образовательные технологии (г. Москва). – 2017. – № 1. – С. 73-90.
2. Хохлова А., Моро С. Сторителлинг со слепоглухими детьми. – Москва : Ясенева поляна. – Режим доступа: <https://so-edinenie.org/o-fonde/novosti/3778>.
3. Colizzi, M., Lasalvia, A., Ruggeri, M. Prevention and early intervention in youth mental health: is it time for a multidisciplinary and trans-diagnostic model for care? / M. Colizzi, A. Lasalvia, M. Ruggeri // Int J Ment Health Syst 14. – 23 (2020). – Режим доступа: <https://doi.org/10.1186/s13033-020-00356-9>.

«ДВОЙНОЙ ДИАГНОЗ» В ПРАКТИКЕ СУДЕБНОГО ПСИХИАТРА: АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ СИНДРОМА ЗАВИСИМОСТИ

Антоненко М.А., Левченко Е.В.

Курская клиническая психиатрическая больница имени святого великомученика
и целителя Пантелеимона, Курск, Российская Федерация

Актуальность Алкоголизм всегда имел различные социальные последствия, не последним из которых является его тесная связь с преступностью. По данным Министерства внутренних дел, в период с 2020 по 2022 годы каждое пятое зарегистрированное преступление совершено под воздействием алкоголя, а большинство лиц, вовлеченных в преступную деятельность, – алкоголики. Алкоголизм является актуальной проблемой судебной психиатрии на протяжении десятилетий, поскольку он неизбежно ведет к повышению уровня преступности. Алкоголизм часто диагностируется как часть коморбидной психопатологии, а не как изолированная проблема. Согласно практике сочетание органических психических расстройств, аномалий развития и расстройств личности с наркотической и алкогольной зависимостью является наиболее распространенным и проблематичным при дифференциальной диагностике и экспертной оценке в судебной психиатрии. Несмотря на многочисленные исследования, остается много нерешенных вопросов, касающихся коморбидности психических расстройств и синдромов зависимости от наркотиков и алкоголя, и необходимы дальнейшие исследования взаимосвязей между этими расстройствами, их клиническими особенностями, динамическими изменениями и профессиональной оценкой.

В настоящее время в ряде исследований предлагаются различные объяснения коморбидности эндогенных психических расстройств, связанных с синдромами зависимости от алкоголя и наркотиков, и существует консенсус, что это состояние достаточно распространено в психиатрии [1]. Известны четыре гипотезы, объясняющие коморбидность: гипотеза совокупного фактора риска, гипотеза самолечения, гипотеза болезнь-стресс и гипотеза положительного подкрепления. Из них наиболее перспективными являются две последние гипотезы, которые определяют причину коморбидности как нейробиологическую предрасположенность к развитию или обострению психоза.

Психические расстройства, связанные с алкоголем, имеют множество причин, включая хронический алкоголизм и алкогольную патологию, различные биологические факторы, экзогенные и органические влияния, предпатологические особенности структуры личности, а также коморбидные психоневротические и соматические неврологические свойства. Все эти этиологические и патологические факторы взаимодействуют друг с другом и играют важную роль в развитии психических расстройств [2].

Целью данного исследования было подтверждение диагностической концепции синдрома зависимости от алкоголя и ПАВ, коморбидного с актуальной психической патологией с учетом роли судебной психиатрии, для уточнения диагностики, лечения и прогноза этой группы пациентов.

Материалы и методы.

Исследовались взрослые мужчины, проходившие амбулаторную и стационарную судебно-психиатрическую экспертизу, с диагнозом «алкогольная зависимость, наркомания» и сопутствующими заболеваниями. Среди инкриминируемых правонарушений – убийство или покушение на убийство, нападение при отягчающих обстоятельствах (56,49%, 78,75%, 66,66% соответственно), другие правонарушения встречались реже.

Средний возраст составил 46,1 + 10,6 лет. Пациенты с тяжелыми соматическими заболеваниями (сердечно-сосудистыми, печени, почек) были исключены.

Статистический анализ проводился с помощью корреляционного анализа и t-теста Стьюдента.

Для оценки медицинского, психологического и социального статуса зависимых использовался опросник «Индекс тяжести зависимости» (ASI) (McLellan A.T., 2008).

Результаты и обсуждение.

Выборка из 851 пациента с диагнозом «алкоголизм» была изучена в период с 2020 по 2022 годы. Из 254 пациентов с установленным синдромом зависимости 28,8% имели расстройства личности и поведения, вызванные болезнью или травмой головного мозга. 4,6% имели ранее подтвержденный диагноз рекуррентной депрессии. 19,4% имели диагноз расстройства личности и 9,8% – диагноз расстройства адаптации. Умственная отсталость была самым распространенным диагнозом: 36,3% пациентов имели диагноз «умственная отсталость». Эксгибиционизм был диагностирован у 1,1%. Когнитивные нарушения были выявлены у 88,56% испытуемых. Наиболее распространенными типами мышления были конкретно-описательный (51,55%), медленный (23,74%), детальный (38,11%), ригидный (30,96%). Среди испытуемых, у которых злоупотребление алкоголем было связано с любым из синдромов злоупотребления психоактивными веществами, распространенность пациентов с более чем одним синдромом злоупотребления психоактивными веществами составила 64,0%. На втором месте были пациенты с синдромом злоупотребления другими стимуляторами, включая кофеин, – 13,9%, на третьем месте – пациенты с синдромом злоупотребления опиоидами – 8,0%, и на четвертом месте – группа пациентов с синдромом злоупотребления каннабиноидами – 5,1%.

Социальный риск человека является результатом сочетания трех факторов: синдрома, личности и состояния, определяемого комбинацией клинических, социальных, психологических и биологических факторов. В рамках этого в случае людей с алкогольной или наркотической зависимостью «риск для себя или других» определяется как стойкое саморазрушительное поведение, проявляющееся в регулярном употреблении алкоголя или наркотиков, и тяжелые физические, неврологические или психические расстройства, проявляющиеся в употреблении алкоголя или наркотиков.

В связи с высоким уровнем преступности среди этих людей, динамикой развития алкогольной и наркотической зависимости и необходимостью дифференцированного профессионального подхода в соответствии со статьей 22 Уголовного кодекса РФ данная тема является весьма актуальной. В области судебно-психиатрической оценки лиц с коморбидными расстройствами большое внимание уделяется определению глубины эмоциональных нарушений, так как это может осложнить лечение и защиту прав правонарушителей. Расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ, чаще всего развиваются у пациентов с двойным диагнозом вторично по отношению к уже существующим психопатологическим процессам (83% в данном исследовании). Социально-демографические характеристики пациентов с двойным диагнозом отличаются от тех, у кого диагностировано только употребление психоактивных веществ. Из-за ранних проблем социальной адаптации, ограниченного общения, отсутствия социальных навыков и предпочтения одиночного образа жизни эта группа представляет собой серьезную демографическую проблему в обществе.

Список литературы.

1. Агафонова С.С. Резидуальные психические расстройства при алкогольной зависимости, не исключющие вменяемости (судебнопсихиатрический аспект) : Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2007. – 22 с.

2. Бохан Н.А., Чашина О.А., Усов Г.М. и др. Коморбидная психическая патология у лиц с зависимостью от психоактивных веществ // Сибир. вестн. психиатрии и наркологии. – 2010. – № 4 (61). – С. 18-21.

3. Клименко Т.В., Игонин А.Л., Кулагина Н.Е. и др. Судебнопсихиатрическая оценка больных с зависимостью от ПАВ, развившейся на фоне органического психического расстройства: Пособие для врачей. – М., 2002. – 23 с.

СТРУКТУРНО-ДИНАМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АНГЕДОНИИ ПРИ РАССТРОЙСТВАХ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Коновалова В.Н., Менделевич В.Д.

Казанский государственный медицинский университет, Казань, Российская Федерация

В последнее десятилетие исследователи по всему миру нацелились на изучение феномена ангедонии. Ангедония в настоящее время трактуется как неспецифическое и часто наблюдаемое проявление психической патологии. До настоящего времени остаются малоисследованными клинико-психопатологические аспекты ангедонии, параметры ее нозоспецифичности, роль в определении прогноза течения и исхода, а также влияние различных факторов на ее формирование. По мнению G.E. Berrios и J.M. Olivares, концепция ангедонии подразумевает, что она не является унитарным феноменом, трудна для измерения и диагностики, границы ее неопределенны, расстройство имеет отношение сразу к нескольким нозологическим единицам, а современные представления об ангедонии недостаточны для полноценного понимания этого феномена и нуждаются в дальнейшем изучении [1]. Еще в прошлом столетии (Loas G., Pierson A., 1989), придерживаясь определения ангедонии как утраты способности чувствовать приятное, представили ее понимание как «мульти-морфологического симптома», имеющего несколько типов [2].

В настоящее время в клинической психопатологии ангедония рассматривается в качестве транснозологического феномена, компонента неспецифического в нозологическом отношении дефицитарного синдрома. В последнее десятилетие поднимается вопрос о важности исследования трансдиагностической роли ангедонии за пределами аффективных и психотических расстройств. Часть исследователей, стоящих у истоков сетевой теории психических расстройств, рассматривают ангедонию как ключевой узел, запускающий и поддерживающий различные сети симптомов. В связи с этим делается предположение об относительной автономности данного симптома, и производятся попытки дименсиональной его оценки [3]. Являясь гетерогенным симптомом с разными феноменологическими характеристиками и патокинетическими закономерностями, ангедония позволяет дифференцировать синдромальные состояния. Важность правильной классификации данного симптома (синдрома) обусловлена еще и значимым влиянием его на снижение уровня социального функционирования, становясь одним из ведущих факторов риска социальной дезадаптации, а также фактором повышения суицидального риска.

Цель. Выявление клинико-психопатологических, феноменологических особенностей и структурно-динамическая оценка феномена ангедонии у пациентов с расстройствами шизофренического спектра.

Материалы и методы исследования.

Клинико-психопатологическим методом обследованы 80 пациентов с расстройствами шизофренического спектра (средний возраст $29,7 \pm 1,2$ года).

Были использованы полуструктурированное интервью для установления диагноза психического расстройства и экспериментально-психологический метод. Используются шкала депрессии Гамильтона, шкала оценки негативной симптоматики BNSS, клинический опросник на наличие негативных симптомов CAINS «Шкала удовольствия Снейта-Гамильтона» (Snaith-Hamilton Pleasure Scale, SHAPS), шкала социальной ангедонии (RSAS), краткая шкала оценки негативной симптоматики (BNSS), стандартизованный клинический личностный опросник MMPI. Математическая и статистическая обработка результатов при помощи программ статистики, Microsoft Excel, Microsoft Word.

Результаты. Среди респондентов были пациенты со следующими диагнозами: «Шизофрения» F20-28 респондентов (33,3%), «Шизотипическое расстройство» F21-25 респондентов (33,3%), «Шизоаффективное расстройство» F 25-27 опрошенных (32,1%). Среди них пациентов женского пола 39 человек, мужского пола 41 человек, что составляет 49% и 51% соответственно. Клинически ангедония встречалась в следующих соотношениях: парциальная в 67 случаях (84%), тотальная в 13 случаях (16%), первичная аутохтонная в 7 случаях (9%), вторичная реактивная в 73 случаях (91%), антиципационная в 69 случаях (86%), консуматорная в 11 случаях (14%).

У пациентов с шизоаффективным и шизотипическим расстройством отмечена достоверно меньшая выраженность консуматорной ангедонии, чем у пациентов с шизофренией $3,5 \pm 0,5$ и $1 \pm 0,5$ ($p \leq 0,05$). У пациентов с шизотипическим и шизоаффективным расстройством отмечена большая выраженность социальной ангедонии, чем у пациентов с шизофренией. Достоверно высокий уровень ангедонии был ассоциирован с выраженным тревожным синдромом в структуре заболевания.

Выводы. Результаты исследования позволяют предположить, что среди больных с расстройствами шизофренического спектра достоверно существует подгруппа лиц с выраженным снижением антиципационного переживания удовольствия. У пациентов с шизоаффективным расстройством отмечена меньшая выраженность социальной ангедонии, чем у пациентов с шизофренией ($85,3 \pm 1,7$ в сравнении с $73,4 \pm 1,5$). Выявленные различия в структуре ангедонии, обусловленные развитием шизофрении, определяют прогностическую значимость этого феномена в отношении риска манифестации эндогенного психоза.

Ключевые слова: ангедония, шизофрения, расстройства шизофренического спектра, димENSIONАЛЬНЫЙ подход.

Список литературы.

1. Berrios G.E. The anhedonias: a conceptual history / G.E. Berrios J.M. Olivares. – DOI: 10.1177/0957154x9500602403. – Electronic text // History of Psychiatry. – 1995. – Vol. 6 (24). – P. 453-470. – URL: sci-hub.ru/10.1177/0957154X9500602403 (date viewed: 27.11.2021).

2. Loas G., Pierson A. Anhedonia in psychiatry: a review // Ann. Med. Psychol. (Paris). – 1989. – V.147. – N 1. – P. 705-717.

3. Крылов В.И. Ангедония при расстройствах аффективного и шизофренического спектра: психопатологические особенности, диагностическое и прогностическое значение / В.И. Крылов // Психиатрия и психофармакотерапия им. П.Б. Ганнушкина. – 2014. – № 1. – С. 28-33.

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ: ПРОБЛЕМЫ И ВОЗМОЖНЫЕ РЕШЕНИЯ

Руженкова В.В.

Белгородский государственный национальный исследовательский университет,
Белгород, Российская Федерация

Актуальность проблемы. В последнее десятилетие все более актуальной становится проблема изучения психического здоровья студентов высших учебных заведений [1, 2]. Академический стресс негативно влияет на учащихся, снижает удовлетворенность жизнью, отрицательно сказывается на работоспособности и общем состоянии здоровья [3, 4], вызывая тревогу и депрессию, которые, в свою очередь, коррелируют с риском развития широкого круга соматической патологии [5] и психосоматических расстройств, усиливают суицидальную идеацию [6].

Наиболее уязвимыми в этом отношении оказываются студенты-медики, учебная нагрузка которых в среднем в 2 раза выше, чем у учащихся других вузов [7]. При этом студенты-медики часто отрицают необходимость использования для себя внешних систем поддержки или испытывают затруднения в доступе к ним [8], обращаясь за помощью лишь в ситуациях, являющихся критическими для их психического здоровья [9].

Таким образом, литературные данные свидетельствуют о росте проблем психического здоровья у студентов медицинских вузов в процессе учебы и о необходимости разработки и реализации программ психопрофилактики, которые могли бы быть ассоциированы с учебным процессом.

Цель исследования – разработать программы психопрофилактики непсихотических психических расстройств и суицидального поведения у студентов-медиков.

Материалы и методы.

В течение 2010-2018 гг. обследовано 1384 русскоязычных студентов медицинского института НИУ «БелГУ»: 373 (27%) лиц мужского и 1011 (73%) женского пола в возрасте 16-30 ($21,0 \pm 2,2$) лет.

Основными методами исследования были: медико-социологический, психометрический, суицидологический. Статистическая обработка проводилась при помощи методов непараметрической статистики с использованием пакета прикладных статистических программ Statistica 6.0.

Результаты

Установлено, что в общей сложности расстройства психической сферы диагностированы у 20% обследованных, причем они выявлялись чаще ($2=4,526$ $p=0,034$; $OR=1,7$ $95\% CI=1,0-2,7$) у студентов пятого курса – 24,4%, чем первого – 16,2%. В значительном числе случаев – 18,8% регистрировались субклинические астенические реакции, одинаково часто у учащихся первого курса, без гендерных различий.

Выявлена прямая зависимость формирования психических расстройств от родов посредством кесарева сечения и обращения за помощью в дошкольном возрасте к представителям «народной медицины». Наличие в дошкольном возрасте эпизодических проявлений «психического диатеза» – фрагментарных субклинических невротических расстройств, потребовавших обращения за помощью к представителям «народной медицины», может служить своеобразным маркером риска формирования субклинических адаптационных реакций и непсихотических психических расстройств в подростковом и юношеском возрасте.

Изучение особенностей реагирования на учебный стресс студентов-медиков с различным психическим статусом показало, что у лиц с психическими расстройствами по сравнению со сверстниками без психиатрического диагноза, а также с субклиническими

реакциями, более значимыми стрессогенными факторами были: «строгость преподавателей», затруднения в понимании учебного материала («непонятные, скучные учебники»), «трудности организации режима дня», «конфликты», а также заострение личностных особенностей («стеснительность, застенчивость», «страх перед будущим») и «проблемы в личной жизни». У лиц с субклиническими реакциями по сравнению с психически здоровыми также более значимыми были «строгость преподавателей» и «проблемы в личной жизни». Анализ степени выраженности симптомов учебного стресса показал, что по сравнению со здоровыми все симптомы были более выраженными у лиц с психическими расстройствами, а также при субклинических реакциях. Кроме того, при психических расстройствах по сравнению с субклиническими реакциями, были более выраженными «ощущение беспомощности», «тематический ментизм», «потеря уверенности, снижение самооценки», «мышечное напряжение» и «проблемы общения с преподавателями». Для студентов с психическими расстройствами по сравнению со сверстниками с субклиническими реакциями для преодоления учебного стресса значимыми были «употребление алкоголя» и «табакокурение», что может создать риск формирования аддиктивного поведения и зависимостей.

Установлено, что симптомы депрессии (тест DASS-21) встречались в 28,7% случаев. Клинически значимая (выраженная и крайне выраженная) депрессия в совокупности выявлена у 7,3% студентов, субклиническая – в 21,4% случаев. Изучение распространенности тревоги (тест DASS-21) показало, что тревога встречалась в 34,3% случаев, причем чаще ($\chi^2=7,7$ $p=0,006$; $OR=1,7$ 95% $CI=1,2-2,5$) она выявлялась среди лиц женского пола – 37,2% случаев, чем мужского – 25,7% случаев. SPIN-тест на социофобию позволил выявить различной степени выраженности симптомы социофобии у 33,7% студентов, чаще ($\chi^2=9,907$ $p=0,003$; $OR=1,9$ 95% $CI=1,3-2,8$) у лиц женского пола – 37,1% человек, чем у мужского – 24,1%. Легкая степень выраженности социофобии, фактически не оказывающая влияния на социальную адаптацию, была характерна для 18,6% студентов, клинически значимая степень выраженности (умеренная, выраженная и крайне выраженная) наблюдалась в 15% случаев. Корреляционный анализ выявил средний уровень прямой корреляционной зависимости социофобии с депрессией ($r=0,560$, $p=0,001$), тревогой ($r=0,513$, $p=0,000$), дистрессом ($r=0,500$, $p=0,000$).

Для повышения способности совладания с учебным стрессом, коррекции состояний социально-психологической дезадаптации и предупреждения расстройств непсихотического уровня разработана программа «Стресс-менеджмент», которая реализовывалась на 2 курсе в рамках дисциплины «Психокоррекция кризисных состояний» («ПККС»). Дисциплина ПККС включала в себя 2 ЗЕТ (72 часа): 60 часов аудиторной (12 часов лекции и 48 – практические занятия) и 12 – самостоятельной работы.

Практические занятия продолжительностью 4 академических часа были разделены на две части. Первая включала в себя теоретическую работу над проблемами: ознакомление с методами помощи человеку в кризисном состоянии, ситуации горя, конструктивными техниками борьбы со стрессом, методом выхода из конфликтных ситуаций. Вторая часть проводилась в виде тренинга, в котором применялись мультимодальные техники психотерапии (когнитивно-бихевиоральные, НЛП, гештальт-терапия, эриксоновский гипноз, эпистемологическая метафора, символдрама) с учетом преобладающего типа реагирования на стресс – адаптивного (спорт, прогулки, поддержка родителей), невротического, аффективного, личностного, аддиктивного, психосоматического или суицидального. Тематика лекций и практических занятий включала следующие темы: понятие кризиса и кризисной ситуации, типология кризисов; стресс: виды стресса, способы адаптации и преодоления; конфликты: общие характеристики и способы разрешения; фрустрация и ее роль в формировании

конфликтных и кризисных ситуаций; психологические защитные механизмы и копинг-поведение; психическая травма, посттравматическое стрессовое расстройство; ауто- и гетероагрессивное поведение; аддиктивное поведение; суицидальное поведение; социальная стигматизация как психотравмирующий фактор; оказание экстренной психологической помощи при кризисных ситуациях.

После реализации программы у студентов достоверно снизилась значимость учебных стрессовых факторов: строгость преподавателей ($p=0,041$), большая учебная нагрузка ($p=0,043$), жизнь вдали от родителей ($p=0,041$), трудности организации режима дня ($p=0,04$) и необходимость тратить много времени на подготовку к занятиям ($p=0,031$). Уменьшилось число студентов с умеренной и высокой выраженностью тревоги ($p=0,003$ OR=3,6) и дистресса ($p=0,040$ OR=2,6). Снизились актуальность высокой учебной нагрузки, нерационального расписания, непонятных учебников. Снизилась выраженность ощущения беспомощности ($p=0,048$), подавленного настроения ($p=0,039$), тревоги и страха ($p=0,047$), тахикардии ($p=0,036$), головных болей ($p=0,048$), нарушений сна ($p=0,039$), и повысилась уверенность в себе ($p=0,031$). В целом снизилась выраженность психических и психосоматических симптомов учебного стресса. Для преодоления учебного стресса студенты чаще стали использовать конструктивные методы.

Выводы. Реализация тренинга «Стресс-менеджмент» (в основном направленного на изменение восприятия стрессовых факторов и, в частности, на снижение выраженности симптомов учебного стресса) в рамках дисциплины «Психокоррекция кризисных состояний» оптимизирует адаптацию к учебному стрессу и снижает (особенно у студентов с субклиническими реакциями и психическими расстройствами непсихотического уровня) выраженность психических и психосоматических симптомов, а также дезактуализирует аддиктивный способ совладания со стрессом и повышает значимость физической активности. Тренинг «Стресс-менеджмент» показал свою эффективность и может быть рекомендован для широкого внедрения в форме учебной дисциплины как вариативного компонента учебного плана.

Список литературы.

1. A meta-analysis of indicated mental health prevention programs for at-risk higher education students [Text] / C.S. Conley, J.B. Shapiro, A.C. Kirsch [et al.] // J. Couns. Psychol. – 2017. – Vol. 64, N 2. – P. 121-140.

2. Prevalence of depression among nursing students: a systematic review and meta-analysis [Text] / Y.J. Tung, K.K.H. Lo, R.C.M. Ho [et al.] // Nurse Educ. Today. – 2018. – Vol. 63. – P. 119-129.

3. Shame! Self-stigmatisation as an obstacle to sick doctors returning to work: a qualitative study [Electronic resource] / M. Henderson, S.K. Brooks, L. Del Busso [et al.] // BMJ Open. – 2012. – Vol. 2, N 5. – Art. e001776. – Mode of access: <https://bmjopen.bmj.com/content/2/5/e001776.long>.

4. A study of depression and anxiety, general health, and academic performance in three cohorts of veterinary medical students across the first three semesters of veterinary school [Text] / A.M.J. Reisbig, J.A. Danielson, T.F. Wu [et al.] // J. Vet. Med. Educ. – 2012. – Vol. 39, N 4. – P. 341-358.

5. Незнанов Н.Г. Депрессия и риск развития соматических заболеваний: руководство для врачей [Текст] / Н.Г. Незнанов, Г.Э. Мазо, А.О. Кибитов . – Санкт-Петербург: Спец. изд.-во мед.кн., 2018. – 248 с.

6. Незнанов, Н.Г. Психическое здоровье в современном мире: по ком звонит колокол? [Текст] / Н.Г. Незнанов, Г.П. Костюк // Психическое здоровье человека и общества. Актуальные междисциплинарные проблемы : науч.-практ. конф., Москва, 30 окт. 2017 г. : сб. материалов / МГУ им. М.В. Ломоносова [и др.] ; под ред. Г.П. Костюка. – Москва, 2018. – С. 16-25.

7. Миронов, С.В. Состояние здоровья российских и иностранных студентов медицинского вуза и пути улучшения их медицинского обслуживания [Текст] : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.02.03 / С.В. Миронов. – Москва, 2014. – 26 с.

8. Factors associated to depression and anxiety in medical students: a multicenter study [Electronic resource] / F. Brenneisen Mayer, I. Souza Santos, P.S. Silveira [et al.] // BMC Med. Educ. – 2016. – Vol. 16, N 1. – Art. 282. – Mode of access: <https://bmcmmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12909-016-0791-1>.

9. Hankir, A.K. Stigma and mental health challenges in medical students [Electronic resource] / A.K. Hankir, A. Northall, R. Zaman // BMJ Case Rep. – 2014. – Vol. 2014. – Art. bcr201420522. – Mode of access: <https://casereports.bmj.com/content/2014/bcr-2014-205226.full>.

КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ С РАЗЛИЧНЫМИ ТИПАМИ АКЦЕНТУАЦИЙ ТЕМПЕРАМЕНТА

Жигулина А.И., Юдин В.А.

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург, Российская Федерация

Хроническое прогрессирующее течение ревматоидного артрита (РА) зачастую сопровождается развитием необратимых изменений функциональных возможностей, изменений внешности, нарушений сна, эмоциональной лабильности и физического дискомфорта, что, безусловно, затрагивает все сферы жизнедеятельности больных РА. В последние годы все большее внимание уделяется изучению роли психологических факторов в развитии и течении РА, поскольку это заболевание нарушает психофизиологическую адаптацию больных и приводит к ухудшению качества жизни. Однако многие вопросы до настоящего времени остаются недостаточно изученными. Среди них – особенности структуры интеллекта у больных ревматоидным артритом с учетом акцентуации темперамента. Отдельную психопатологическую проблему при РА составляют когнитивные нарушения, которые, по данным некоторых авторов, выявляют почти от 16% до 72% больных РА [1]. Когнитивные функции – наиболее сложные функции головного мозга, с помощью которых осуществляется процесс рационального познания мира и обеспечивается целенаправленное взаимодействие с ним. Патогенетические механизмы развития когнитивных расстройств при РА до настоящего времени не установлены, но известно, что в этих случаях они довольно часто сопряжены с эмоциональными нарушениями (тревогой и депрессией) при РА и при адекватной терапии этих нарушений становятся значительно менее выраженными. Также предполагается, что сосудистые нарушения, нейротоксический эффект антител и распространенные сопутствующие расстройства, прежде всего астенические, могут объяснить наличие когнитивных нарушений при системных ревматологических заболеваниях [1]. В доступной литературе мы не встретили работ по изучению взаимосвязей между психологическими особенностями больных РА и изменением структуры интеллекта.

Материалы и методы. В исследование включались больные, находившиеся на стационарном лечении в клинике факультетской терапии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова и клинической ревматологической больнице № 25 г. Санкт-Петербурге с диагнозом «РА». Все они получали базисные иммуномодулирующие и нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП). Обследованы 192 больных РА (ср. возраст – $48,6 \pm 7,2$ лет, продолжительность заболевания – $140,7 \pm 56,2$ мес.). С учетом акцентуированных свойств темперамента сравнительный анализ структуры интеллекта был проведен у 46 лиц с РА.

Критериями включения в исследование пациентов РА явились: информированное согласие пациента; сохранность эмоционально-волевой сферы больных, возраст – старше 18 лет; соответствие диагностическим критериям Американской Коллегии Ревматологов (1991 г.), диагностическим критериям (ACR/EULAR, 2010). С использованием общепринятых в клинике методик устанавливались клинико-анатомическая характеристика, стадия и активность заболевания. На каждого пациента составлялась карта обследования, которая включала: пол и возраст больного, время, прошедшее с момента возникновения первых симптомов, форму, стадию, степень активности и серологический вариант заболевания, длительность утренней скованности, степень функционального класса (ФК).

Активность болезни определялась с помощью комбинированного индекса активности DAS-28 (Disease Activity Score). Степень функциональных нарушений суставов оценивалась с помощью опросника HAQ (Health Assessment Questionary). Состояние

больного на момент осмотра и интенсивность болей в суставах оценивались по визуально-аналоговой шкале (ВАШ), градуированной от 0 до 100 мм. Для анализа были сформированы две группы испытуемых по степени активности заболевания.

В соответствии с поставленными задачами при отборе пациентов были применены критерии исключения: диффузные заболевания соединительной ткани и системные васкулиты, онкологические и лимфопролиферативные заболевания, сахарный диабет 1 типа и декомпенсированный 2 типа, инвалидность 1 группы, недостаточность кровообращения более II Ф.К. по NYHA, ИБС с клиническими проявлениями (стенокардия, ПИКС), постоянный эктопический (не синусный) ритм сердца, вторичный (верифицированный) характер гипертензии, уровень креатинина более 150 мкмоль/л.

Свойства темперамента больных РА исследовались с помощью теста акцентуаций свойств темперамента (ТАСТ), разработанного и стандартизированного в психосоматической лаборатории Центрально-Черноземного научного центра РАМН. Тест стандартизирован на выборке отечественных испытуемых (В.В. Плотников, Л.А. Северьянова, Д.В. Плотников, Д.В. Бедников, 2006). ТАСТ представляет собой опросник, состоящий из 125 вопросов, касающихся обычного способа поведения, на каждый из которых испытуемый должен ответить «да» или «нет».

Опросник включает 9 шкал, определяющих свойства темперамента, и шкалу достоверности. С помощью ТАСТ определялись типы акцентуации свойств темперамента (чистые, смешанные, дисгармоничные) [2]. Для исследования структуры интеллекта использовали методику теста Д. Векслера WAIS, включавшего его 7 субтестов: «Осведомленность», «Понятливость», «Сходство», «Повторение цифр», «Шифровка», «Недостающие детали», «Кубики Кооса» [3].

Результаты и обсуждение. Индивидуальный анализ профилей шкал ТАСТ показал, что у большинства пациентов с ревматоидным артритом была акцентуирована не одна шкала ТАСТ, а одновременно несколько шкал (от 2-х до 7). Это позволило на основе различных сочетаний акцентуированных шкал диагностировать различные типы акцентуаций темперамента.

Распределение частот акцентуаций типа темперамента у лиц с РА существенно отличалось от распределения в группе стандартизации.

Среди больных РА достоверно ($p \leq 0,001$) снижена частота встречаемости пациентов, не имеющих акцентуаций темперамента: с 70% в нормативной группе до 8,6% у лиц с РА. Большинство пациентов с РА имели акцентуации в психической сфере. Частота встречаемости умеренной акцентуации типов темперамента при РА достоверно не превышала частоту встречаемости в нормативной группе (7,4% и 11,1%).

Различия между нормативной группой и лицами с РА выявлялись по показателю частоты встречаемости в двух выраженных типах акцентуаций темперамента: статистически достоверно увеличивалась частота встречаемости выраженной акцентуации чистого эмоционально-нестабильного типа (25,9%, $p \leq 0,001$); достоверно увеличивалась частота встречаемости выраженной акцентуации смешанного социально и предметно-пассивного типа (22,7%, $p \leq 0,001$). В меньшей степени распространены следующие типы акцентуации: чистый эмоционально-стабильный (6%), предметно-активный (7,8%), предметно-пассивный (1,7%) и смешанный социально и предметно-активный (12,1%), эмоционально стабильный и предметно-активный (2,4%), эмоционально нестабильный и предметно-пассивный (1,7%). Умеренная степень акцентуации констатирована в 11,1% случаев, отсутствие акцентуаций – в 8,6%, что составляет суммарно 19,7% [4].

На данном этапе предпринят сравнительный анализ структуры интеллекта, у 46 лиц с РА с учетом типов темперамента на фоне прогрессирования болезни. Различия между нормативной группой и лицами с РА выявлялись по показателю частоты

встречаемости преимущественно в двух выраженных типах акцентуаций темперамента: эмоционально-нестабильного типа (25,9%, $p \leq 0,001$); и смешанного социально и предметно пассивного типа (22,7%, $p \leq 0,001$). Сопоставив показатели субтестов у лиц с эмоционально-нестабильным и смешанным социально и предметно пассивным типами акцентуации, как самые распространенные среди наших испытуемых, мы получили, что средние значения по субтестам в группе больных РА с наличием изолированного фактора эмоциональной нестабильности ниже, чем в группе больных с наличием сочетанного фактора социальной и предметной пассивности. Статистически достоверная разница выявлена по субтестам «Осведомленность» ($\leq 0,05$) и «Повторение цифр» ($\leq 0,05$). Это может свидетельствовать о меньшем объеме и уровне относительно простых знаний, широты познавательных интересов, а также обнаруживает снижение качества оперативной памяти и активного внимания среди лиц с акцентуацией фактора эмоциональной нестабильности. Затем было проведено сравнение между группами лиц с выделенными типами акцентуаций с учетом степени активности РА. Достоверного различия при сравнении средних показателей по субтестам теста Векслера WAIS между больными с социально-пассивным типом акцентуации и больными, имеющими эмоционально-нестабильный тип, в зависимости от степени активности в нашей работе не получено. Это может свидетельствовать о том, что степень активности заболевания у выделенных типов не способствует развитию интеллектуального дефицита.

Следовательно, пациенты с РА с эмоционально-нестабильным типом акцентуации склонны к избирательному снижению определенных функций интеллекта. В связи с этим у лиц с РА, имеющих эмоционально-нестабильный и смешанный-социально и предметно пассивный типы акцентуаций темперамента, имеет место наличие некоторых особенностей психологического статуса, когнитивной сферы, определяющихся типами акцентуаций темперамента. Различия характеристик темперамента предполагают и различную степень адаптации к болезни, жизненным событиям, что следует учитывать при проведении комплексной терапии.

Заключение.

1. Диагностический алгоритм у больных с ревматоидным артритом целесообразно дополнить применением «Теста акцентуации свойств темперамента» для выявления акцентуированных свойств темперамента, наличие которых влияет на когнитивные функции больных.

2. У больных ревматоидным артритом имеет место наличие некоторых особенностей психологического статуса когнитивной сферы, определяющихся типами акцентуаций темперамента: лица с эмоционально-нестабильным типом акцентуации склонны к избирательному снижению определенных функций интеллекта, что может рассматриваться как фактор риска возникновения интеллектуального дефицита и требует проведения лечебно-профилактических мероприятий.

Список литературы.

1. Лисицына Т.А., Зелтынь А.Е., Вельтищев Д.Ю., Ковалевская О.Б., Серавина О.Ф., Новикова Д.С., Новиков А.А., Александрова Е.Н., Краснов В.Н., Насонов Е.Л. Когнитивные нарушения и расстройства тревожно-депрессивного спектра у больных ревматоидным артритом. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски. 2012;112(11- 2):96- 103.

2. Плотников, Д.В. Акцентуация интегральных параметров индивидуальности человека как фактор риска психосоматических расстройств / Д.В. Плотников, Л.А. Северьянова. – М. : Изд-во Триумф, 2021. – 392 с.

3. Бурлачук Л.Ф. Психодиагностические методы исследования интеллекта. – Киев, 1985.

4. Жигулина, А.И. Особенности психофизиологических соотношений у больных ревматоидным артритом с различными типами акцентуаций темперамента / А.И. Жигулина, В.В. Тыренко, В.Н. Федорец // Клиническая больница. – 2013. – № 1 (04). – С. 30-35.

МОДИФИЦИРОВАННЫЙ ДЕТАЛЬНЫЙ ТЕСТ НА ИНФАНТИЛЬНОСТЬ – DIT-M

Дацковский И.М.

Кабинет клинической психологии и патопсихологии, Бейт-Шемеш, Израиль

Введение В обществе лавинообразно увеличивается количество инфантильных молодых и не очень молодых людей, которые предъявляют поведение, не соответствующее их биологическому возрасту. Они не могут нормально жить в нормальном обществе, потому что они не могут (иногда – не хотят) брать на себя ответственность за себя и тем более за других, даже наиболее близких им людей, не могут (или не хотят) принимать ответственные решения, не могут (или не хотят) нести ответственность за свои действия, за свое поведение. Несколько сгущая краски, можно говорить о том, что тенденция нарастания слоя таких инфантильных людей начинает угрожать обществу, начинает разрушать его социальную ткань (мы здесь не рассматриваем вопросы нарастания слоя людей, погруженных в экзистенциальный вакуум (по Виктору Франклу), потерявших или не нашедших смысл жизни. Множества инфантильных людей и людей, погруженных в экзистенциальный вакуум, являются пересекающимися множествами). В таких условиях существенно повышается актуальность своевременного диагностирования состояния инфантильности, и такая диагностика позволит как оценить масштаб проблемы и наметить общие, в первую очередь социальные, общественные и воспитательные способы ее решения в обществе, так и более подробно, чем это определено сегодня, оказывать индивидуальную помощь в решении, облегчении, иногда лечении этого состояния у конкретных людей.

Виды инфантильности.

Начнем с определений. Имеется много определений инфантилизма разной степени полноты. Одно из них может быть сформулировано так: «Инфантилизм (от лат. *infantilis* – детский) – это незрелость в развитии, сохранение в поведении черт, присущих предшествующим возрастным этапам».

Обычно при оценке инфантильного мышления, инфантильного поведения даются очень немногие и общие определения этого естественного для ребенка психического явления, психического состояния, которое перестает быть нормальным для детей более старших возрастов и тем более для подростков, молодых людей и взрослых. Приведем одно из них, из Большого Медицинского Словаря на сайте «Академик» (URL: <https://dic.academic.ru/dic.nsf/medic2/28859>, дата обращения 23.12.2020):

«Мышление инфантильное (синонимы: мышление прелогическое, мышление синкретическое) – мышление, при котором объединяются несовместимые звенья, не проводится различий между субъективными представлениями и объективным познанием действительности; свойственно детям раннего возраста, наблюдается также при некоторых патологических состояниях психики»

Иногда добавляют про «детское поведение», про наивность и пассивность (однако пассивность у детей часто бывает очень избирательной), про избегание ответственности.

Важность проблемы подчеркивает Кирилл Елисеев [4]: Умы миллионов обывателей (в особенности – Западного мира) оказались законсервированными в подростково-детском состоянии, с подростково-детскими интересами, взглядами на жизнь и пониманием (точнее, непониманием) своего места в мире.

В США, например, уже вполне обыденным, распространенным явлением стали так называемые кидалты (сокращение от англ. *kid* – ребенок и англ. *adult* – взрослый). Кидалт – взрослый человек, сохраняющий свои детские и юношеские увлечения. Впервые слово «кидалт» появилось в 1985 году в газете *The New York Times* для описания мужчин 30 лет и старше, которые увлекаются мультфильмами, фэнтези, компьютерными играми и бесполезными, но красивыми и часто дорогими гаджетами. В психологии для

обозначения этого склада личности используется термин «синдром Питера Пэна». Психологи объясняют «синдром Питера Пэна» как относительно мягкую, поверхностную форму эскапизма – стремления уйти от реальности в мир иллюзий.

Еще одну оценку инфантильности вводят (в пределах своей теории) последователи Зигмунда Фрейда [8], описывая инфантильность взрослых либо как застревание, фиксация на определенной стадии развития, непреодоление соответствующего конфликта в детстве, либо как тип индивидуальной защиты, называемый регрессией. Хотя иногда этот тип поведения предъясняется взрослым нормально развитым и психически здоровым человеком с целью избежать ответственности.

С первой частью мнения З. Фрейда не очень согласен Карл Густав Юнг [10], указывающий, что такое поведение во взрослости может указывать на следствия изнеженности, халатности, пассивности, алчности, злобы и прочих видов эгоизма. Но он же указывает на возможную зависимость человека, предъясняющего элементы инфантильности мышления и поведения.

Но если для ребенка младшего возраста такое мышление и соответствующее ему поведение является естественным, то относительно постоянное сохранение этих свойств и/или их частое использование в более старших возрастах и особенно во взрослости является заметным психическим отклонением недостаточного развития психических свойств.

Возможны самые разнообразные классификации инфантилизма с той или иной подробностью его разделения на виды и подвиды. Мы выделим несколько видов инфантилизма, которые представляются нам основными:

- инфантилизм социальный (общественный);
- инфантилизм воспитательный;
- инфантилизм соматический;
- инфантилизм психический.

Хотя инфантилизм всегда проявляется в психической сфере, его этиология при внимательном изучении оказывается намного более сложной. Первопричинами инфантилизма могут оказаться не только психические отклонения или травмы ЦНС. Эмиль Крепелин [6] и ряд других психиатров (Михаил Осипович Гуревич [2], Василий Алексеевич Гиляровский [1] и др. авторы) рассматривали некоторые варианты инфантилизма как атипичную форму олигофрении. Возможными причинами инфантилизма в литературе также называются и наследственные причины (наркомания, алкоголизм), причины, приобретенные в силу собственного девиантного поведения, и проблемы физических и соматических отклонений (эндокринные, недоразвитие тех или иных органов и систем организма, включая органические проблемы мозга и проч.).

Можно предположить, что инфантильность мышления и поведения при психической форме инфантилизма хотя и может указывать в отдельных случаях на латентную форму олигофрении (умственной отсталости – термины близки между собой, но не являются полными синонимами) в ее высокой части измеряемого IQ (IQ 60-69), но чаще может свидетельствовать о минимальной мозговой дисфункции (ММД) или (синоним) о минимальной церебральной дисфункции (МЦД), она же пограничная умственная отсталость по МКБ-8, IQ 70-85.

О названиях состояний умственной отсталости: название «дебильность» было в МКБ-9 и охватывало IQ 50-69. Дебильность была поделена на три стадии – легкая форма – IQ 65-69, умеренно выраженная форма – IQ 60-64 и тяжелая форма – IQ 50-59. В МКБ-10 термин «дебильность» был заменен на социально более нейтральное название «умственная отсталость легкой степени» или «легкая умственная отсталость» F70, которая включила в себя все три формы дебильности при сохранении границ IQ 50-

69. В Международной классификации болезней одиннадцатого пересмотра (МКБ-11) термин «умственная отсталость» (англ. «mental retardation») был изменен на «disorder of intellectual development» (пер. с англ. – «расстройство интеллектуального развития»). В американской классификации DSM-5 используется аналогичное название – intellectual disability («intellectual development disorder»).

Собственно, инфантилизму соответствует ряд рубрик МКБ-10: F89; F60.8; F07.8. Диагностике и лечению инфантилизма посвящен длинный ряд работ ([7] и др. работы).

Общие признаки инфантилизма.

Приведем самые общие признаки инфантилизма, которые могут навести нас на мысль о необходимости более глубокой и точной диагностики этого состояния. Как правило, детский инфантилизм хорошо заметен явным отставанием развития и поведения от возрастной нормы. Гораздо труднее выявить инфантилизм у взрослых, хотя многие аспекты поведения вызывают вопросы о несоответствии естественных ожиданий и предъявляемого поведения. Выделим ряд общих, часто неспецифических признаков «взрослого» инфантилизма (по материалам статьи [9]):

- эгоцентризм – все должно вращаться вокруг него, без усилий с его стороны;
- иждивенчество – социальная позиция;
- совершает поступки, не задумываясь о последствиях, а лишь ориентируясь на свои потребности;

- нет цели в жизни, кроме собственного комфорта;
- нет адекватной оценки себя;
- не стремится к самопознанию и саморазвитию;
- не умеет решать проблемы, ждет, когда кто-то решит за него,

боязнь ответственности;

- застревание в детских переживаниях, обидах;
- склонность обвинять весь мир в своих неудачах;
- не стремятся к развитию и новым знаниям;
- неумение ставить цели и реализовывать их;
- сложно воспринимается чей-либо отказ в чем-то, инфантилы считают, что

им все должны, а они никому;

- сильная привязанность к родителям;
- в работе стремятся переложить свои обязанности на других.

Детский инфантилизм выглядит совсем по-другому. Для типичной характеристики ребенка-инфантила воспользуемся характеристиками этого состояния, почерпнутыми из статьи [5]. По мнению авторов статьи, инфантилизм ребенка проявляется в следующих признаках:

- в слабой способности ребенка подчинять свое поведение требованиям ситуации;

- неумении сдерживать свои желания и эмоции;
- детской непосредственности;
- преобладании игровых интересов в школьном возрасте;
- в беспечности;
- повышенном фоне настроения;
- недоразвитии чувства долга;
- неспособности к волевому напряжению и преодолению трудностей;
- в повышенной подражаемости и внушаемости;
- относительной слабости абстрактно-логического мышления, словесно-смысловой памяти;

- дефицита познавательной активности при обучении;

- в отсутствии школьных интересов, несформированности «роли ученика» быстрой пресыщаемости в любой деятельности, требующей активного внимания и интеллектуального напряжения;
- в стремлении быть в обществе детей младшего возраста или тех, кто им покровительствует;
- недостаточной дифференциации межличностных отношений;
- более медленным усвоением воспитываемых навыков и знаний об окружающем мире.

Однако отметим, что приведенные как взрослые, так и детские признаки инфантилизма в большей мере описывают картину социального и воспитательного инфантилизма и заметно слабее соответствуют картине гораздо более тяжелого в диагностике и коррекции психического инфантилизма.

Как важный источник по вопросу диагностики и лечения детского психического инфантилизма отметим уже цитированную выше работу коллектива психиатров Исследовательского центра психиатрии им. В.П. Сербского [8], однако использование рекомендаций данной работы требует достаточно высокого уровня специальных (профессиональных) познаний психиатра или патопсихолога.

Необходимость экспертного теста для наиболее объективной диагностики детского инфантилизма инфантильность

Большой недостаток самоотчетов (опросников, заполняемых либо самим испытуемым, либо психологом по ответам испытуемого) в психологии заключается в том, что для этого требуется сотрудничество пациента. Очень просто испортить результаты, если солгать (с осознанными целями или без оных), отвечать на вопросы как попало или просто отказаться заполнять. Кроме этого, дети с этими чертами могут быть просто неспособны подробно рассказать о своем эмоциональном мире. Они сами не разбираются в себе, и это может помешать исследователю оценить у них эти черты. Также полезность опросников ограничивается, когда пациент настроен враждебно или неспособен сотрудничать с психологом. Дополнительно в области психологических и патопсихологических исследований, особенно в детско-подростковом возрасте, выяснилась еще одна отрицательная особенность обычных психологических подходов. Она заключается в том, что, с одной стороны, тесты и опросники, заполняемые детьми (если дети не озлоблены и согласны сотрудничать и умеют читать или хотя бы слушать и внятно отвечать), с другой стороны, опросники, заполняемые родителями (если родители адекватны в своих оценках и специально не дают ложных ответов, например, когда ребенку грозит помещение его в специальные педагогические системы) об этих же детях, и, с третьей стороны, профессиональная экспертная оценка объективных материалов и независимых оценок о данном ребенке и целенаправленное клиническое интервью для заполнения экспертного теста дают весьма различающиеся оценки психопатических свойств ребенка.

Сам факт экспертного заполнения теста, когда опрашивается не сам пациент, а кто-то, кто хорошо его знает, или эксперт сам заполняет тест на основании надежной информации из ряда источников, не является исключением, разработан и активно используется целый ряд таких тестов.

Предлагаемый « детальный тест для диагностирования инфантилизма» (DIT-M – Modified Detailed Infantilism Test).

Нами разработан требуемый экспертный тест для диагностики доклинических форм детской инфантильности, который может быть использован и как первичная оценка клинических форм, требующих более подробного исследования и зачастую лечения [3].

Изначально понятно, что часть указанных симптомов входит также в клиническую картину явной олигофрении или иных видов задержки развития и требуется

дифференцированный подход к диагностике этих состояний. Олигофрения и задержки умственного развития диагностируются несколько иными тестами.

Отметим, что основной особенностью теста (в отличие от многих типов известных и используемых тестов и вопросников) является невозможность объективного заполнения теста ни самим исследуемым, ни человеком, наблюдающим исследуемого короткое время, например, при психологическом/психическом обследовании. Заполнять приведенную анкету и тем более делать по ней выводы может только достаточно объективный человек, наблюдающий пациента долгое время в многочисленных ситуациях и обладающий некоторым уровнем специальных познаний (заполнять должен чаще всего учитель, а делать диагностические выводы – психолог (клинический психолог, патопсихолог) или психиатр.

Сам факт экспертного заполнения теста не является исключением. В качестве иных существующих и широко используемых в патопсихологии экспертных тестов можно привести Шкалу Монтгомери-Асберга для оценки депрессии (Montgomery – Asberg Depression Rating Scale – MARDS), Опросник информантов (родственников) о наличии когнитивных нарушений (КН) у пожилых (IQCODE. Informant questionnaire of cognitive decline in the elderly), Шкалу адаптивного поведения Вайнленд (S. Sparrow. D. Balla, D. Cicchetti. Vineland Adaptive Behavior Scales (VABS). American Guidance Servis. Ins., 1984) и другие.

Редкий родитель обладает необходимым уровнем объективности оценки своего ребенка и необходимым пониманием значения данной проверки, способностью правильно и осознанно характеризовать отдельные стороны психики ребенка. В силу этого трудно заполнять такую анкету, например, психологу по рассказам и оценкам родителей при своих весьма кратких наблюдениях ребенка, не проявляющих большое количество ситуаций, во множественности которых только и можно увидеть те или иные признаки инфантилизма или, наоборот, признаки его отсутствия. Предлагаемый тест является экспертным тестом (тестом, заполняемым экспертом), а потому в него не включены обычные при самозаполнении теста или опросника самим испытуемым шкалы лжи и достоверности.

Кроме этого, по указанным причинам мы не стали объединять шкалы в единый список вопросов вперемешку разных шкал, разделяемых только при обработке ключами, содержащими номера вопросов, относящихся к той или иной шкале. Наоборот, мы сочли целесообразным явным образом разделить шкалы, чтобы дать возможность заполняющему тест эксперту лучше сосредоточиться на особенностях той или иной шкалы.

Можно добавить, что чем сложнее и важнее в общей оценке тестируемого данная шкала, тем более дифференцированная оценка состояния в ней предусмотрена. Так, наиболее весомая шкала А снабжена пятью степенями оценки, а последняя по своему весу в общей оценке состояния тестируемого шкала D – только тремя.

Понятно, что у большинства пациентов (испытуемых методом заполнения теста экспертом) практически никогда не встретятся все перечисленные симптомы.

Для выявления инфантильного поведения детей мы попытались выявить и перечислить гораздо большее число симптомов такого поведения, чем упоминается в различных источниках (для уменьшения веса ошибки в каждом вопросе), но отдавали предпочтение именно тем из них, которые легче выявляются внешним продолжительным наблюдением.

Для оценки инфантилизма предложен тест, состоящий из 69 вопросов, разделенных на четыре таблицы (шкалы), неравных по количеству вопросов и по значимости шкал в оценке инфантильности.

- A. шкала мышления – 31 вопрос; вес шкалы – 1,3;
- B. шкала сбора информации, планирования и принятия решения – 19 вопросов; вес шкалы – 1,0;
- C. шкала деятельности – 12 вопросов; вес шкалы – 0,8;
- D. вспомогательная шкала симптомов психастении – 7 вопросов; вес шкалы – 0,6.

Предложена формула для перехода от «сырых» баллов к итоговому результату.

Каждая таблица имеет свой набор оценки тяжести симптома и вес в общем подсчете баллов в зависимости от диагностической важности таблицы – чем сложнее и важнее в общей оценке тестируемого данная шкала, тем более дифференцированная оценка состояния в ней предусмотрена и тем больший вес ей назначен. Так, наиболее весомая шкала А снабжена пятью степенями оценки и весом важности 1,3, а последняя по своему весу в общей оценке состояния тестируемого шкала D – только тремя степенями оценки и весом 0,6.

Использование теста DIT-M.

Обилие предложенных параметров позволяет проводить более дифференцированное диагностирование, чем просто установление наличия или отсутствие факта инфантилизма. Поэтому мы сочли возможным ввести дифференциальную оценку уровня инфантильности тестируемого ребенка.

Во многих тестах достаточно принято для диагностики состояния (в данном случае – инфантильности) принимать 75% максимального балла. В нашем случае это составит 41 балл из 55. Тогда шкала диагностики может быть представлена в следующем виде:

Отсутствие признаков инфантильности – 18 и меньше баллов (33% и меньше от принятого максимума).

Пограничное состояние – 19-26 баллов (ширина зоны диагностики 8 баллов).

Инфантильность I степени (наиболее легкая степень) – 27-33 балла (ширина зоны диагностики 7 баллов).

Инфантильность II степени (средняя степень) – 34-40 баллов (ширина зоны диагностики 7 баллов).

Инфантильность III степени (весьма яркое выражение инфантильности) – 41 и более баллов.

Заключение.

Предложен подробный многоуровневый тест на инфантильность, в первую очередь на детскую инфантильность. Предложена возможность вместо общего установления факта инфантильности ввести дифференциальную оценку уровня инфантильности (5 ступеней от отсутствия признаков инфантильности до весьма яркого выражения инфантильности).

Список литературы.

1. Гиляровский В.А. Психиатрия. – М. : Медгиз, 1954.
2. Гуревич М.О. Психопатология детского возраста. – М. : Госмедиздат, 1932.
3. Дацковский И. Модифицированный детальный тест на инфантильность – DIT-M. // East European Science Journal (Восточно-Европейский научный журнал) № 47 (07.2019), часть 1, с. 41-50. URL: https://eesa-journal.com/wp-content/uploads/EESA_JULI_47_part_1.pdf (дата обращения: 23.04.2023).
4. Елисеев К. Инфантильность: тропинка в детство или путь в могилу. 23.06.2013. [Электронный ресурс]. URL: <https://eot-leningrad.livejournal.com/9354.html> (дата обращения: 23.12.2018).
5. Инфантильный ребенок в школе. [Электронный ресурс]. URL <http://shishkinily.narod.ru/infant.html> (дата обращения: 23.12.2018).

6. Крепелин Э. Введение в психиатрическую клинику. М.: «Бином. Лаборатория знаний», 2009.
7. Макушкин Е.В. и др. Клинические рекомендации по диагностике и лечению инфантилизма у несовершеннолетних. – М. : 2015 [Электронный ресурс]. URL <https://psychiatr.ru/download/2247?view=1,name=KlinRek2.pdf> (дата обращения: 23.12.2018).
8. Фрейд З. Очерки по психологии сексуальности. – М. : «Азбука», 2014.
9. Что такое инфантильность – признаки, виды, что такое инфантилизм у мужчин, женщин? [Электронный ресурс]. URL: <http://kak-bog.ru/cto-takoe-infantilnost-priznaki-vidy-cto-takoe-infantilizm-u-muzhchin-zhenshchin> (дата обращения: 23.12.2018).
10. Юнг К. Психология бессознательного. – М. : Изд. «Канон – Плюс», 2012.

MEDICAL DISCOURSE. FEATURES OF COMMUNICATION BETWEEN DOCTOR AND PATIENT

Yorova S.K., Lavanya Sachdeva

Samarkand State Medical University, Samarkand, Узбекистан

Abstract. In this article, it is apparently paid attention to the discourse that plays an important role in medicine, and medical discourse in the broadest sense (discourse in and about healing, curing, or therapy; expressions of suffering; and relevant language ideologies) has profound anthropological significance. As modes of social action, writing and speaking help constitute medical institutions, curative practices, and relations of authority in and beyond particular healing encounters.

Keywords: discourse, health, communication, medical profession, contextual interaction.

Introduction

Medical discourse not only allows medical professionals to communicate among each other, but it is also the link between the medical profession and the public, including patients. As pointed out by Gotti and Salager-Meyer (in 2006) medicine has always occupied a prominent place in all cultures and times, for the simple reason that it affects the health and lives of all human beings. Furthermore, as shown by the growing number of medical journals as well as non-medical journals devoted to the study of medical discourse, medical communication has become a cornerstone of our society. Access to specialised discourse is no longer restricted to the privileged few (Pilegaard, 2007) and, as Weingart (2002) observes, by entering the public arena, knowledge, in this case medical knowledge, is subjected to the judgement and evaluation of society. The need to communicate, to take into consideration the other (the patient, the medical student, the general public, etc.), the need to be aware of the ethical implications involved and to become conscious of the factors which are decisive in order for communication to be successful – all of these are key aspects for the achievement of successful communication, for establishing a fruitful and dynamic dialogue between science, i.e. medicine, and society. On the other hand, these issues have no doubt contributed to the increasing interest in the study of medical discourse in a wide variety of settings and from a wide range of perspectives. Another key issue in today's medical discourse, closely related to the aspects mentioned above, is popularization, aimed at making specialized, medical knowledge accessible to the layman. According to Gotti (2014), popularization has greatly influenced the discourse of medicine, enhancing both new textual realizations (e.g. genres such as popular science articles) and new formats for the dissemination and sharing of knowledge (not only limited to specialized journals and forums, but also the media and other formats available and easily accessible to the general public).

Discourse analysis is a useful methodological approach for researching medical education, which affords several viewpoints, including the relationship between language and power in society (macro), discursive practice in a social context (meso), and discourse structure and function (micro). Particularly, discourse-oriented studies at micro-and meso-levels focus on contextual interaction, which entails looking beyond the literal meaning of language and relating it to the social, cultural, and psychological dimensions of communicative events. Thus, it can help us unpack the black box of the learning process facilitated through interactions in medical education. Detailed analyses of interactions can add novel perspectives on education practices and present not only new avenues for researchers' theoretical contributions but also practical pedagogical implications for the medical education field.

Communication between doctor and patient

“Medicine is an art whose magic and creative ability have long been recognized as residing in the interpersonal aspects of patient-physician relationship.”

A doctor's communication and interpersonal skills encompass the ability to gather information in order to facilitate accurate diagnosis, counsel appropriately, give therapeutic instructions, and establish caring relationships with patients. These are the core clinical skills in the practice of medicine, with the ultimate goal of achieving the best outcome and patient satisfaction, which are essential for the effective delivery of health care.

Effective doctor-patient communication is a central clinical function in building a therapeutic doctor-patient relationship, which is the heart and art of medicine. This is important in the delivery of high-quality health care. Much patient dissatisfaction and many complaints are due to breakdown in the doctor-patient relationship. However, many doctors tend to overestimate their ability in communication.

The ultimate objective of any doctor-patient communication is to improve the patient's health and medical care. Studies on doctor-patient communication have demonstrated patient discontent even when many doctors considered the communication adequate or even excellent. Doctors tend to overestimate their abilities in communication. Reports suggest that 75% of the orthopedic surgeons surveyed believed that they communicated satisfactorily with their patients, but only 21% of the patients reported satisfactory communication with their doctors. Patient surveys have consistently shown that they want better communication with their doctors.

Communication is the most important component of our work with patients. It is the cornerstone of our interaction with people. A good and an effective exchange between people helps them see what the other person thinks and how he or she feels. It helps people understand each other better and, as a result, it brings them closer to each other.

THE PROBLEMS

There are many barriers to good communication in the doctor-patient relationship, including patients' anxiety and fear, doctors' burden of work, fear of litigation, fear of physical or verbal abuse, and unrealistic patient expectations.

1. Deterioration of Doctors' Communication Skills
2. Nondisclosure of Information
3. Doctors' Avoidance Behavior
4. Discouragement of Collaboration
5. Resistance by Patients

Poor communication between clinicians and patients can result in misunderstandings about medications and the miscommunication of follow up instructions, which can result in poor outcomes and readmissions, and could result in a patient coming to harm. Poor communication can also result in inadequate informed consent, which can lead to malpractice lawsuits.

What is a challenging interaction and how might it be perceived?

Many different challenging interactions occur daily. These challenging interactions may arise due to discrepancies in expectation, perception and/or communication between the patient and medical practitioner, and could be caused by the doctor, by the patient or by both. We have outlined a list of potential scenarios in table 1 and discuss how these might be perceived from both a healthcare professional and patient perspective.

STRATEGIES FOR IMPROVEMENT

1. Improvement in communication Skills
2. By giving communication training and new communicating skills to doctors
3. Collaborative Communication between and doctor and patient
4. Conflict Management by minimizing avoidance behavior
5. Health Beliefs- Beliefs and values affect the doctor-patient relationship and interaction.

CONCLUSION

“The patient will never care how much you know, until they know how much you care.”

Doctor-patient communication is a major component of the process of health care. Doctors are in a unique position of respect and power. Hippocrates suggested that doctors may influence patients' health. Effective doctor-patient communication can be a source of motivation, incentive, reassurance, and support. A good doctor-patient relationship can increase job satisfaction and reinforce patients' self-confidence, motivation, and positive view of their health status, which may influence their health outcomes.

Doctors with better communication and interpersonal skills are able to detect problems earlier, can prevent medical crises and expensive intervention, and provide better support to their patients.

References

1. T.A. van Dijk. Discourse semantics and ideology. *Discourse and Society*, 5, 1995. – P. 243-289.
2. West C., Zimmerman D. *Doing gender // The Social Construction of Gender* (pp.). Newbury Park, CA: Sage. 1991. – P. 3-29.
3. Wodak R. Critical discourse analysis at the end of the 20th century. *Research on Language and Social Interaction*, 32, 1999. – P. 185-193.
4. Cordella M., Forbes K. Discourse control and leadership in conflict talk. *Onomázein: Revista de Lingüística, Filología y Traducción del Instituto de Letras de la Pontificia Universidad Católica de Chile*, 3, 1998. – P. 45-61.
5. Heritage J., Clayman S. *Talk in Action. Interactions, Identities, and Institutions*. Wiley-Blackwell, 2010. – 320 p.

ADVANTAGE AND DISADVANTAGE OF DISTANCE LEARNING FORMAT IN A MEDICAL UNIVERSITY

Yorova S.K., Garima Arora

Samarkand State Medical University, Samarkand, Узбекистан

ABSTRACT. The purpose of this article is to determine the results of introducing distance education into the educational system of medical universities. This article presents an analysis of the main advantages and disadvantages of distance learning as well as a survey of students conducted by UNICEF Uzbekistan on this topic.

KEYWORDS. Distance education, education system, universities, WHO, advantages and disadvantages of distance learning, COVID-19, UNICEF.

INTRODUCTION

The World Health Organisation (WHO) announced the COVID-19 as a pandemic, on March 11, 2020, due to which all educational institutions (including medical universities) were closed and authorities were asked to shift to a distance education format. Distance learning/education is a type of studying in which lectures are broadcast or lessons are conducted by correspondence, without the students needing to attend the institute.

The distance learning format has not been practiced before in medical universities of Uzbekistan. But, the conditions of isolation set down medical universities to use a new format of learning for students which is the distance education.

So, the purpose of this article is to tell the advantages and disadvantages of the distance learning format at Medical University in regards with the views of teachers and students as well as parents.

The first case of Corona Virus (COVID-19) in Uzbekistan was confirmed on March 15, 2020, and One of the major sectors affected by the COVID-19 emergency was education. The government of Uzbekistan then announced the lockdown of the capital city Tashkent, from March 24, 2020, in respond, all the educational institutions and Due to which, a new format of distance learning was announced in all educational institutions and in medical institutions of Uzbekistan. Distance learning, is the education of students who may not always be physically present at the institutions but can learn. Distance education is a technology-mediated way and has evolved with the evolution of technologies such as video conferencing, TV, smartphones and the Internet. Also the concept of distance learning have been analysed by the scientists (A. Parpiyev, A. Marahimov, R. Hamdamov) in Distance learning technologies UzME State Scientific Publishing House, 2019 of Uzbekistan. And the belief of these scientists vary. Some of them believe that both traditional education and distance education can lead to the same academic results. In contrast, some of the scientist thinks that online learning can negatively affect student medical achievements. Some of the most important advantages of distance learning include [1] facilitation of access to a large volume of information and knowledge [2] decreasing educational costs [3] Flexibility as students are allowed to learn at their own schedules and pace [4]. Collaborative learning as distance learning foster networking among students and teacher [5]. with great flexibility students can learn and earn at same time [6]. Distance learning forgets about the geographical boundaries and offers students to learn from foreign countries by sitting at home. Despite of these advantages distance education is a major challenge, especially in the field of clinical education in medical university [1]. Such an example is the anatomy discipline, which is the basis of medical education. There is still resistance to stopping training with corpses despite the possibility of using virtual resources and simulations [2]. Factors such as limited access to high-speed internet could cause irreversible damage to education [3]. The professional medical performance of students in the future is another concern of the academic community due to the volume of the materials and spaces required for education. This is mainly due to students' need for expansive clinical skills in addition to

theoretical knowledge, which must be learned in person. [4] one of the most significant disadvantages of distance learning in medical education is limited hand-on experience as medical education involves practical training, laboratory work, and clinical rotation, which is challenging to provide remotely.

RESULTS

In the UNICEF Rapid Survey in Uzbekistan, Around 22% students did not find any specific advantages of distance learning (compared to face-to-face learning at school), around 71% students mentioned that they liked everything about distance learning programme – the short lessons, the quality and method, freedom of studying on one's own, and studying at home. On the other hand teachers observe disadvantages in distance learning as there were less numbers of interactive classes and medicinal practical classes. And in the view of parents 86% parents reported the disadvantages of distance learning. Students were specifically interviewed about their views on the Distance learning. 24% reported that the content of lessons was excellent, while 54% reported that it was good. Around 6% students were explicit in their dissatisfaction. Interestingly, more students in Tashkent city found the distance learning not adequate than those in rural and other urban areas.

CONCLUSION

Distance learning has both advantages than disadvantages in medical university. While it is saving resources (time, money, etc.), which one used to spend for dressing up and going to university, and from department to department, indicate a low risk of getting infected by the viruses, being convenient to archive training material and download and view at any time, collaborative learning, working parallel with the studies. However, distance learning can not be effective at a medical university and can present challenges such as, the loss of connection between a teacher and student. The necessity to be present at university/clinic/laboratory, especially when studying specialized disciplines, technical issues, need for self motivation or time management.

References.

1. Yorova S. TO STUDY MEDICAL TERMS IN LATIN AND GREEK LANGUAGES // International Bulletin of Engineering and Technology. – 2023. – T. 3. – N 3. – P. 166-170.
2. Yorova S., Nasimova S. The ways of teaching languages at medical institutions. – 2019.
3. Yorova S.K. The concept “health” in the English lingual culture // Humanities and Social Sciences in Europe: Achievements and Perspectives. – 2017. – P. 58-60.
4. Karimovna Y.S. STRATEGIC METHODS OF ENGLISH AND UZBEK MEDICAL DISCOURSES // Thematics Journal of Education. – 2022. – T. 7. – N 5.
5. Karimovna Y.S. The linguistic environment in the field of medical communications // Eurasian Journal of Academic Research. – 2022. – T. 2. – N 2. – P. 143-147.
6. Karimovna Y.S. Medicine and Education faculty Samarkand State Medical Institute.
7. Karimovna Y.S. COMMUNICATIVE COMPETENCE OF A SPECIALIST // European Journal of Research and Reflection in Educational Sciences. – Vol. – 2020. – T. 8. – N 4.
8. Karimovna Y.S. English and Uzbek medical conversation between doctor and patient (Analysis from a linguistic point of view) // Journal of Critical Reviews. – 2020. – T. 7. – N 5. – P. 292-294.
9. Ёрова С.К. ТИББИЙ НУТҚНИНГ КОГНИТИВ, МАДАНИЙ ВА ПРАГМАТИК ХУСУСИЯТЛАРИ // IJTIMOIY FANLARDA INNOVASIYA ONLAYN ILMIIY JURNALI. – 2023. – T. 3. – N 2. – P. 219-223.
10. Ёрова С.К. Бевосита тиббиётнинг касб компетенцияси ва унинг деонтологик асослари // Science and Education. – 2022. – T. 3. – N 12. – P. 212-218.
11. Unicef.org/Uzbekistan.

12. Journals.researchparks.org, Distance learning technologies UzME State Scientific Publishing House , 2019.
13. en.m.Wikipedi.org/wiki/COVID-19_pandemic_in_uzbeistan.
14. E-learning concepts, trends, application, corporations trust centre by epignosis LLC 2013 [5]. Tsoy Margarita et al “Creation of electronic textbooks” tutorial. Tashkent, “National Encyclopedia of Uzbekistan”, 2007.

ОСОБЕННОСТИ АНТИНАРКОТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ СО СТУДЕНТАМИ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ КОРОНАВИРУСА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРОФИЛЯ ОБУЧЕНИЯ

Бреусов А.В., Тимошилов В.И.

Курский государственный медицинский университет, Курск, Российская Федерация

Исследование выполнено за счет гранта Российского научного фонда № 23-28-10301, <https://rscf.ru/project/23-28-10301/>.

Годы, предшествовавшие пандемии (2014-2019), характеризуются существенным повышением эффективности профилактики наркомании среди организованной части молодежи – школьников и студентов. Доказательством этой эффективности является не только установленный разными способами полный охват учащейся молодежи профилактической работой, но и трансформация возрастной структуры первичной заболеваемости наркологическими расстройствами: снижение доли лиц до 30 лет и повышение – 30-40-летних [1, 2]. Пандемия и меры по борьбе с ней породили и дополнительные риски для наркоситуации, и серьезные осложнения для профилактической работы, прежде основанной на очных мероприятиях в учебных заведениях [3, 4]. В связи с этим важной задачей стала оценка проведения антинаркотических мероприятий среди студентов в 2020-2021 годах – на фоне новых рисков и ограничений.

Материалы и методы исследования. В рамках проекта (поддержан грантом Российского научного фонда № 23-28-10301, <https://rscf.ru/project/23-28-10301/>) нами проведена дополнительная обработка данных опросов по изучению охвата различными формами мероприятий антинаркотической тематики в 2020-2021 гг. студентов естественно-научного (500 человек) и гуманитарного, и технического (510 человек) профилей обучения. Экстенсивные показатели – доли респондентов, указавших на факты участия в каждом конкретном виде мероприятий – сопоставлены между совокупностями с оценкой достоверности разности по критерию Стьюдента.

Результаты. По наиболее массовой форме работы – просмотру видеоматериалов, включая учебные фильмы, просветительские ролики и социальную рекламу – профессиональных различий не установлено (указали 42% естественников и 41,6% гуманитариев, для сравнения $p \geq 0,05$).

Аналогично сложилась ситуация и с использованием интернет-ресурсов: такой опыт выделили 37% получающих медицинское и биологическое образование и 42,8% – гуманитарное или инженерное ($p \geq 0,05$). Но при этом доля посещавших сайты медицинских организаций достоверно выше среди «естественников» (32,2% против 23,6%, $p \leq 0,01$), а частота обращения к ресурсам непрофессиональным – у гуманитариев (33,2% против 22,4%, $p \leq 0,01$).

Лекциями врачей, несмотря на специфику учебного процесса, тоже в достоверно большей степени оказались охвачены студенты медицинского университета и биологических факультетов: 41,5% против 33,2% на прочих направлениях подготовки ($p \leq 0,05$). Причем разность в пользу медико-биологического профиля прослеживается и для очной их формы (21,6% против 16%, $p \leq 0,05$), и для дистанционной (29,4% против 21,2%, $p \leq 0,01$).

Мероприятия социально-психологического и правового просвещения – выступления юристов и правоохранителей, психологические тренинги – также шире применялись в аудитории «по профилю»: показатель охвата гуманитариев и «техников» – 30,8% против 16,6% у «биомедиков» ($p \leq 0,01$). Важно отметить, что перевес этот достигнут в основном за счет очных мероприятий.

Работу с учебными пособиями и научными публикациями и включение соответствующих тем в учебный процесс как меру антинаркотического просвещения

закономерно чаще указывали представители медицинских и биологических специальностей: по работе с литературой – 25,9% против 18,8% ($p \leq 0,05$), занятиям – 16,1% против 10,8% ($p \leq 0,05$).

Сопоставимые показатели охвата обеих совокупностей установлены для участия студентов в тематической волонтерской деятельности (7,6% естественников и 10,8% гуманитариев, $p > 0,05$) и индивидуальных врачебных консультаций (3,5% и 4%, $p > 0,05$).

Вопреки специфике учебного процесса оказалось, что среди обучающихся по направлениям, не связанным со здравоохранением, шире по сравнению с медиками и биологами распространена практика привлечения студентов к самостоятельному изготовлению антинаркотических агитационных материалов (21,5% против 15,8%, $p \leq 0,05$) и проведения дискуссий с вопросами о допустимости употребления или легализации наркотиков (19,6% против 12%, $p \leq 0,05$).

Обсуждение. Более широкое привлечение к просветительской работе со студентами естественно-научного профиля врачей, а гуманитарного – психологов, социальных работников и юристов, выглядит закономерной, так как вытекает из сложившихся направлений сотрудничества соответствующих учебных заведений региона. В то же время это может принести пробелы в знаниях именно о вреде наркотически действующих веществ для организма у гуманитариев и о социально-правовых аспектах проблемы – у медиков и биологов.

Ранее проведенные исследования показали, что привлечение молодежи к самостоятельному изготовлению материалов для антинаркотической агитации и проведение дискуссий, в которых вопрос о допустимости наркотизации вносится как открытый, нежелательно – это ведет к выраженному риску искажения представлений об опасности наркотиков и возникновению ложных поведенческих установок [5]. При этом мы видим, что в годы пандемии такая работа вернулась к масштабам 2010-2014 гг. (до 25% молодежи), тогда как в 2016-2017 гг. в регионе удалось добиться ее ограничения [6]. Особенно опасна эта тенденция тем, что мероприятия со значительным негативным эффектом распространяются среди тех, кто не обладает фундаментом профессиональных знаний о наркотиках и наркомании.

Заключение. Полученные данные указывают на то, что в период пандемии и ограничений на проведение очных мероприятий удалось сохранить полный ежегодный охват студентов региона антинаркотическими просветительскими мероприятиями. Выявлена негативная тенденция к расширению применения форм работы с доказанным негативным влиянием на результаты профилактики.

Список литературы.

1. Киржанова, В.В. Наркоситуация в Российской Федерации в свете реализации государственной антинаркотической политики / В.В. Киржанова // Вопросы наркологии. – 2021. – № 10 (205). – С. 5-37. – DOI 10.47877/0234-0623_2021_10_5.

2. Тимошилов, В.И. Состояние проблемы наркологических расстройств в Курской области и сопредельных территориях в 2014-2019 годах / В.И. Тимошилов, А.Г. Ластовецкий // Innova. – 2021. – № 1 (22). – С. 33-37.

3. Кубрак Т.А., Латынов В.В. Возможности и ограничения информационно-психологического воздействия в ситуации пандемии коронавируса. // Социальная и экономическая психология. – 2020. – Том 5. № 2 (18) – С. 84-114.

4. Ермякина, Н.А. О влиянии пандемии COVID-19 на развитие наркоситуации в мире / Н.А. Ермякина // Противодействие наркоугрозе на современном этапе: правовой и социально-гуманитарный аспекты : Материалы Международного научно-практического семинара, Красноярск, 09 апреля 2021 года. – Красноярск: Сибирский юридический

институт Министерства внутренних дел Российской Федерации, 2021. – С. 96-99. – DOI 10.51980/2021_3_96.

5. Ластовецкий, А.Г. Научно обоснованные рекомендации по профилактике наркопредрасположенности у студентов / А.Г. Ластовецкий, В.И. Тимошилов // Профилактическая медицина. – 2019. – Т. 22, № 2. – С. 51-56. – DOI 10.17116/profmed20192202151.

6. Тимошилов, В.И. Обратная связь как элемент управления проектами по профилактике наркопредрасположенности среди молодежи (на примере акции «Твой выбор – твоя жизнь» в Курской области) / В.И. Тимошилов, А.Г. Ластовецкий // Вестник Ивановской медицинской академии. – 2019. – Т. 24, № 1. – С. 15-20.

НАРУШЕНИЕ СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ ПРИ ДЕПРЕССИИ

Блюм А.И., Василенко Т.Д., Дятлова А.С.

Курский государственный медицинский университет, Курск, Российская Федерация

Актуальность. Одной из актуальных проблем в современной отечественной психологии является проблема исследования нарушения социальной адаптации у людей в возрасте от 20 до 60 лет с заболеванием «депрессия» различного генеза. Расстройства депрессивного спектра негативно влияют на различные сферы жизнедеятельности человека (работа, семья, личность), а также на отношения с социумом. При возникновении заболевания «депрессия» нарушения происходят в каждой из представленных сфер. В норме здоровому человеку необходимо поддерживать баланс между ними, чтобы обеспечить профилактику сохранности психологического здоровья и выработки копинг-стратегий, позволяющих реагировать на стрессовые события наиболее адаптивно [1].

Проблема исследования заключается в выявлении особенностей нарушения социальной адаптации у людей с заболеванием «депрессия».

Целью нашей работы является выявление особенностей социальной адаптации при депрессии.

В соответствии с поставленной целью были выдвинуты следующие задачи:

1. Провести теоретический и клинико-психологический анализ научных подходов, занимающихся изучением проблемы социальной адаптации с заболеванием «депрессия».

2. Разработать концептуальную модель эмпирического исследования особенностей социальной адаптации у людей с заболеванием «депрессия».

3. Провести эмпирическое исследование, посвященное изучению особенностей социальной адаптации у людей с заболеванием «депрессия».

Согласно нашей концептуальной модели, мы предполагаем, что в картине жизненного пути личности происходит психотравмирующее событие, которое может носить характер различной степени стрессогенности. Психическая травма как жизненное событие затрагивает значимые стороны существования человека и приводит к глубоким психическим переживаниям, которые проявляются в депрессивной реакции. При депрессивной реакции индивид находится в состоянии постоянного эмоционального напряжения, постепенно переходящего в состояние апатии, пессимизма и отрешенности [4]. Эти проявления приводят к нарушению социальной адаптации, которая находит отражение в изменении привычного образа жизни, желании избегать контакта с миром, нарушении взаимоотношений с близким окружением и, как следствие, возникновении расстройства адаптации, которое имеет два вектора развития: полное выздоровление и развитие депрессивной патологии [2, 5]. В случае полного выздоровления психотравмирующая ситуация имеет разрешение, обусловленное преобладанием в поведении человека продуктивных копинг-стратегий. В случае развития депрессивной патологии психотравмирующая ситуация не имеет выхода и разрешения, как правило, преобладает эмоционально-ориентированный копинг, в результате чего происходит усугубление ранее нарушенных жизненных сфер личности и, как следствие, приводит к нарушению социальной адаптации со стойким характером течения.

Материалы и методы. В нашем исследовании мы используем перечень методов, необходимых для получения наиболее достоверных результатов:

- 1) опросник психологического благополучия личности (методика К. Рифф в адаптации и модификации Т.Д. Шевеленкова, П.П. Фесенко, 2005);
- 2) исследование самооценки Дембо-Рубинштейн;
- 3) цветовой тест Люшера;

- 4) исследование жизненного пути личности «Линия жизни» (Т.Д. Василенко);
- 5) Шкала тревоги Спилбергера-Ханина (STAI);
- 6) Опросник на выявление социальной ангедонии RSAS.

Исследование проводилось на базе ОБУЗ ККПБ «Курская клиническая психиатрическая больница имени св. Пантелеимона целителя». В исследовании приняли участие люди в возрасте от 20 до 60 лет: экспериментальная группа (30 человек); контрольная группа (30 человек). Всего выборка составила 60 человек. В экспериментальную группу вошли люди, страдающие заболеванием «депрессия» различного генеза, в возрасте от 20 до 60 лет, проходящие лечение в отделении невротиков на базе ОБУЗ ККПБ «Курская клиническая психиатрическая больница имени св. Пантелеимона целителя». В качестве контрольной группы были обследованы люди, без хронической патологии.

Результаты. В результате эмпирического исследования особенностей социальной адаптации при заболевании «депрессия» мы получили следующие данные. Обнаружены значимые различия на высоком уровне значимости ($p=0,0001$) по характеру событий линии жизни. В группе пациентов на долю отрицательных событий приходится 65%, и они преобладают над положительными событиями (35%). Среди событий пациенты указывают болезнь, смерть близких, разрыв отношений, увольнение с работы. В группе здоровых преобладают положительные события (68%). Среди событий они указывают рождение детей, обучение в университете, карьерный рост, замужество (женитьбу), поездки, праздники. Это свидетельствует о том, что в группе пациентов событийный характер линии жизни имеет отрицательную тенденцию в отличие от группы здоровых.

Обнаружены статистически значимые различия (согласно критерию Пирсона) на высоком уровне значимости ($p=0,000$) в группах по показателям самооценки. Повышенные показатели низкой самооценки обнаружены при исследовании группы пациентов – 33,33%, шкала «здоровье» и «характер» имеют наиболее выраженные показатели. В группе здоровых показатели по критерию «низкая самооценка» 5,0% соответствуют норме. Показатели по представленным шкалам у группы здоровых преобладают над показателями группы пациентов.

Статистически значимые различия выявлены по критерию Пирсона на высоком уровне значимости ($p=0,000$) при исследовании тревожности. У людей с заболеванием «депрессия» наблюдается высокая ситуативная и личностная тревожность. Во время исследования у пациентов отмечались повышенная тревожность, раздражительность, беспокойность, быстрая истощаемость. При воспоминаниях о прошлом опыте пациенты стремились быстрее расправиться с заданием, перевести тему, так как отмечали, что подобные вопросы для них эмоционально тяжелы. Тогда как группа здоровых проявляла более устойчивые эмоциональные тенденции и менее выраженные защитные реакции.

По результатам исследования выраженности социальной ангедонии выявлены различия на высоком уровне значимости ($p=0,000$). В среднем у группы пациентов уровень социальной ангедонии выше, чем в группе здоровых людей. Это означает, что пациентам свойственно состояние, при котором возможность испытывать удовольствие от различных сфер жизни затруднена или нарушена. Также пациенты испытывают социальную фрустрацию и избегают взаимодействия с другими людьми.

Обнаружены статистически значимые различия (согласно критерию U Манна-Уитни) на высоком уровне значимости ($p=0,000$) по шкалам психологического благополучия в исследуемых группах. У людей с заболеванием «депрессия» наблюдается высокий уровень значимости по шкалам благополучия, где наиболее выраженными являются шкалы целей в жизни и положительных отношений. Во время исследования пациенты отмечали, что хотели бы восстановить прежние

взаимоотношения с родственниками, так как видят в них поддержку и один из личностных ресурсов. При этом испытуемые имеют доверительные взаимоотношения с некоторыми людьми из близкого окружения, о чем говорят в ходе предварительного собеседования. Тематика целей в жизни для пациентов имеет довольно негативную окраску, об этом свидетельствуют поведенческие, защитные реакции избегания и протеста. Испытуемые раздражены, выражают недовольства, плаксивы, также заявляют о том, что «хотели бы иметь цели в жизни, но их совсем нет», при этом главной целью выделяется выздоровление и ряд бытовых планов вроде ремонта дома, новых приобретений.

При исследовании специфики актуального эмоционального состояния мы наблюдаем значимые различия по показателю отклонения от аутогенной нормы ($p=0,04$). Большая выраженность показателя отклонения от аутогенной нормы наблюдается в группе пациентов. Это свидетельствует о наличии сосредоточенности на своих негативных переживаниях, которые вызывают напряжение у пациентов и беспокойство, и в отдельных случаях панику.

Выводы. Таким образом, по результатам исследования мы пришли к выводу, что главная роль в ряду психогенных факторов принадлежит длительно существующим неразрешимым ситуациям, порождающим состояние фрустрации. Депрессивный эпизод, как правило, завершается интермиссией (полным выздоровлением) с возвращением к преморбидному (свойственному пациенту) уровню функционирования. Прогноз, несмотря на высокую суицидальность больных, при депрессивных невробазах гораздо лучше, чем при других формах невробозов.

Исходя из результатов исследования, мы сделали вывод, что люди с депрессией склонны недооценивать свои интеллектуальные способности и личностные особенности, а также состояние не только психического, но и физического здоровья, что говорит о преобладании в основном низкой самооценки. Пациенты склонны опираться на прошлый жизненный опыт, отмечая для себя возможные перспективы выздоровления, преобладающей копинг-стратегией в данном случае выступает положительная переоценка ситуации [3]. Характер жизненных событий в группе пациентов носит отрицательную направленность с ориентацией на прошлое и сосредоточенностью на сферах «семья собственная и здоровье».

Список литературы.

1. Абитов, И.Р. Особенности совладания со стрессом в норме и при психосоматических и невротических расстройствах / И.Р. Абитов // Психологический журнал. – 2013. – Т. 34, № 1. – С. 86-96.
2. Алехин А.Н. Социальный компонент патогенеза нарушений адаптации / А.Н. Алехин, Н.Н. Вертячих // Психическое здоровье.– 2010.– Т. 8, № 6. – С. 46-48.
3. Виноградова, О.П. Депрессивные идеи в структуре непсихотической депрессии у больных аффективными расстройствами и факторы риска их развития / О.П. Виноградова, О.В Целишев // ФГУ «Московский НИИ психиатрии». – Москва, 2011. – С. 24.
4. Мак-Каллоу, Дж. Лечение хронической депрессии / Дж. Мак-Каллоу. – М. : 2003. – 368 с.
5. Пуговкина, О.Д. Нарушения социального познания при депрессии: теоретические подходы, методы изучения и выделенные дефициты / О.Д. Пуговкина // Консультативная психология и психотерапия. – 2014. – Т. 7, № 4. – С. 80-97.

РАЗРАБОТКА ПРОГРАММЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМИ НАРУШЕНИЯМИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Нартова Т.В., Каймакова В.А.

Многопрофильный медицинский центр Центрального Банка Российской Федерации,
Москва, Российская Федерация

В настоящее время реабилитация пациентов, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК), представляет собой серьезную проблему здравоохранения. Многие пациенты с ОНМК сталкиваются не только с физическими ограничениями, но и с определенными когнитивными и эмоциональными нарушениями. Возможность своевременной коррекции данных нарушений во многом определяет исход реабилитационных мероприятий и качество жизни пациента [2]. В связи с этим особую актуальность приобретает разработка комплексных программ психологического сопровождения, направленных на восстановление эмоционального благополучия больного и формирование оптимистической лечебной и жизненной перспективы.

Коррекционно-восстановительное воздействие имеет наибольшую эффективность при условии персонализированного подхода к проблеме и подбора методов психологической помощи с учетом возрастных и личностных особенностей пациента, тяжести его состояния и локализации очага поражения в головном мозге. Помимо этого, программа психологического сопровождения лиц с ОНМК должна быть интегративной и включать в себя различные компоненты психологической помощи:

1. Психологическое консультирование. Психолог может помочь пациенту сформировать систему психологической поддержки и разработать стратегии для управления внутренним состоянием. Основной задачей консультирования будет выступать адаптация пациента к изменившемуся образу себя, утверждение самооценки, принятие новых внутренних норм [4].

2. Групповая терапия. Участие в малых группах и взаимодействие с другими пациентами, перенесшими инсульт, может предоставить возможность обмена опытом и рекомендациями, снизить чувство изолированности.

3. Тренинг по управлению стрессом. В ходе такого тренинга пациенты учатся техникам релаксации, таким как глубокое дыхание, медитация и йога. Формирование навыков релаксации у пациентов с ОНМК способствует значительному снижению тревоги, общему улучшению психоэмоционального состояния [1].

4. Психологические упражнения. Психологические упражнения, такие как письменные задания, логические игры и музыкальные занятия, могут помочь пациентам улучшить свои когнитивные функции и способствовать общему улучшению психоэмоционального состояния.

5. Поддержка окружающих. Родственникам и близким людям необходимо не только обеспечить поддержку пациенту, перенесшему инсульт, но и адаптироваться к ситуации заболевания близкого человека. Известно, что у большинства родственников больных, перенесших ОНМК, выявляются сниженный фон настроения, дезорганизация поведения, низкий уровень адаптивных способностей [3]. В связи с этим особую актуальность приобретает участие в совместных занятиях и посещение семейных консультаций.

Данные компоненты психологического сопровождения лиц с ОНМК могут включать в себя частные методы и техники:

1. Когнитивно-поведенческая терапия, которая помогает пациентам переработать негативные убеждения о болезни, увеличить мотивацию к выполнению повседневных задач. Особое значение имеет техника когнитивной реструктуризации, в рамках которой пациент с помощью психолога реконструирует неэффективные мысленные шаблоны,

меня их на более конструктивные, помогающие исправить негативное психоэмоциональное состояние.

2. Приложения для мобильных устройств, направленные на улучшение моторных и психологических навыков, могут также быть частью программы психологического сопровождения.

3. Арт-терапия, позволяющая пациентам выразить свои эмоции через различные формы искусства, например, через рисунки, резьбу по дереву, керамику или музыку.

4. Комплексная помощь в улучшении качества сна, питания и физической активности.

Достаточно часто на передний план в клинической картине ОНМК выступают нарушения памяти, абстрактного мышления и пространственно-временной ориентации, в связи с чем еще одной неотъемлемой составляющей программы психологического сопровождения для лиц с инсультом является когнитивный тренинг. Задача когнитивного тренинга состоит в улучшении познавательных способностей пациента, таких как внимание, память, речевые навыки, принятие решений. Когнитивный тренинг может проводиться индивидуально или в группе в зависимости от потребностей и возможностей пациентов. Кроме того, он может быть включен в комплексную программу реабилитации пациента после инсульта. Большинство стратегий когнитивной тренировки для пациентов с ОНМК являются персонализированными и разрабатываются с учетом индивидуальных потребностей и возможностей пациента. В программу когнитивной тренировки могут быть включены:

1. Упражнения для восстановления памяти: пациентам предлагается выполнить упражнения на восстановление памяти, такие как повторение слов, заучивание стихотворений, что способствует восстановлению поврежденных звеньев мнестической деятельности и улучшению способности к концентрации внимания.

2. Упражнения на внимание и концентрацию: пациенты могут выполнять упражнения, которые способствуют развитию процессов активного внимания, такие как игры на поиск различий или задания, где нужно выделить из общего ряда определенные элементы.

3. Упражнения на логику и мышление: для пациентов могут быть разработаны упражнения на логику и мышление, которые помогают им улучшить свои способности в этих областях. Восстановлению мыслительной деятельности также способствуют грамотно подобранные физические упражнения – к примеру, отхлопать ритмические рисунки, составить рассказ с движениями пальчиковой гимнастики, рассказать сказку с движениями всего тела [6].

4. Упражнения на речь, письмо и чтение: возможна разработка программы упражнений, помогающих пациентам восстановить речевые функции и улучшить артикуляцию. При этом выбор используемых интервенций будет зависеть от конкретного типа нарушений – к примеру, при акустико-мнестической афазии пациенту может быть предложено пересказывать тексты и объяснять переносные значения слов, а при семантической афазии – выявлять логические и стилистические ошибки, допущенные в тексте [7].

Важно отметить, что когнитивный тренинг не является панацеей и не может полностью восстановить все когнитивные функции после перенесенного ОНМК, но он может способствовать развитию сохранных звеньев психической деятельности, улучшению навыков самообслуживания, достижению более высокой степени адаптации к повседневной деятельности.

Психологическая помощь при инсульте является необходимой составляющей лечения, которая позволяет улучшить качество жизни пациентов и ускорить процесс восстановления. Важно отметить, что психологическая реабилитация является

длительным процессом и требует постоянного мониторинга и корректировки, в соответствии с чем особую роль играет гибкость используемых программ и возможность их адаптации к индивидуальным потребностям каждого пациента. Также необходимым является создание у пациента положительной установки на продолжение реабилитационных мероприятий в домашних условиях, что не только способствует повышению его приверженности к лечению, но и является профилактикой повторного инсульта [5].

Список литературы.

1. Kneebone I. et al. Relaxation training after stroke: potential to reduce anxiety // Disability and rehabilitation. – 2014. – Т. 36. – N 9. – P. 771-774.

2. Гуреева И.Л., Голиков К.В., Гомзякова Н.А. Когнитивные и эмоциональные нарушения у пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения // Медицинская психология в России. – 2017. – № 2. – С. 9.

3. Косинова, С.С. Клинико-психологические нарушения адаптации у родственников пациентов, перенесших ОНМК / С.С. Косинова, Е.И. Смольянова, В.А. Куташов. – Текст : непосредственный // Молодой ученый. – 2015. – № 9 (89). – С. 412-416.

4. Минькова Е.Е., Куташов В.А., Ульянова О.В. Психологическая коррекция психоэмоционального состояния пациентов, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения // Центральный научный вестник. – 2017. – Т. 2. № 8. – С. 38-41.

5. Парфенов В.А., Гурак С.В. Повторный ишемический инсульт и его профилактика у больных с артериальной гипертензией // Журн. неврол. и психиат. им. С.С. Корсакова. Инсульт. – 2005. – № 14. – С. 3-7.

6. Фирилёва Ж.Е., Родичкин П.В., Бузник Г.В. Физическая реабилитация и фармакотерапия когнитивных функций и астенических расстройств у пациентов, перенесших инсульт // Обзоры по клинической фармакологии и лекарственной терапии. – 2019. – Т. 17. № 1. – С. 87-92.

7. Щербакова М.М., Котов С.В. Реабилитация больных с афазией по модифицированным методикам восстановления // Альманах клинической медицины. – 2014. – № 31. – С. 56-60.

ИНТЕГРАТИВНАЯ МОДЕЛЬ КОМПЛЕКСНОЙ ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ НАРКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Нартова Т.В., Каймакова В.А.

Многопрофильный медицинский центр Центрального Банка Российской Федерации,
Москва, Российская Федерация

В настоящее время вопрос повышения качества лечения и последующей реабилитации лиц, страдающих зависимостью от ПАВ, представляет чрезвычайную актуальность. Программа психологического сопровождения пациентов, основанная на интегративной модели, включает в себя сочетание различных подходов и методов, использование которых может способствовать повышению приверженности лечебному процессу, снижению выраженности различных проявлений зависимости, общему улучшению качества жизни пациентов наркологического профиля.

Основными компонентами интегративной модели являются:

1. Психообразовательный компонент, включающий в себя обучение навыкам саморегуляции, управлению эмоциями, совладания со стрессом, а также развитие критического мышления и формирование понимания причин и последствий зависимости.

2. Психотерапевтический компонент, направленный на работу с психологическими проблемами, которые могут способствовать развитию зависимости, такими как депрессия, тревога, нарушения взаимоотношений и т.д.

3. Медикаментозный компонент, который может включать в себя применение лекарственных средств для подавления симптомов, связанных с зависимостью, например, абстиненции.

4. Социальный компонент, включающий в себя работу с семьей и ближайшим окружением пациента с целью создания условий для восстановления социальной активности и поддержки в процессе лечения.

5. Рекреационный компонент, включающий в себя физические упражнения, спорт, физиотерапию и различные виды релаксации, направленные на улучшение общего самочувствия и повышение устойчивости к стрессу.

В данной работе нами будут рассмотрены компоненты интегративной модели, непосредственно связанные с психологическим сопровождением лиц с наркологическими расстройствами. Цель использования программы психологического сопровождения, основанной на интегративной модели, заключается в обеспечении эффективного комплексного лечения, учитывающего все аспекты зависимости и охватывающего все необходимые этапы терапии.

Психообразовательный компонент интегративной модели может включать в себя различные методы работы – лекции, групповые информационные занятия, фильмотерапию. К основным задачам психообразования относится преодоление наркологической неграмотности, формирование у пациентов понимания мультифакторности причин зависимости от ПАВ, осознание и принятие негативных медицинских и социальных последствий зависимости [1].

Психотерапевтический компонент интегративной модели включает в себя интервенции, направленные на преодоление психологических проблем, непосредственно способствующих развитию зависимости, а также работу с внутренними представлениями пациента о болезни. Различные методы психотерапии используются для достижения этой цели. Например, когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) позволяет повысить уровень осведомленности о взаимосвязях между мыслями, чувствами и действиями, а также сформировать навыки контроля поведения и адаптивного реагирования на стресс. Значимым аспектом применения КПТ в наркологической практике является выявление и дальнейшая реструктуризация неадаптивных убеждений, поддерживающих зависимое

поведение [5]. Другие методы психотерапии, такие как психодинамическая терапия и экзистенциально-гуманистическая терапия, позволяют пациентам сформировать более детальное понимание своих эмоций, поведения и личностных особенностей. Групповая психотерапия также обеспечивает поддержку, взаимопомощь и сотрудничество со стороны других людей, испытывающих аналогичные трудности.

Работа психотерапевта обычно начинается с диагностических мероприятий и первичной психологической беседы с целью определения конкретных проблем, приводящих к зависимому поведению. Затем производится разработка индивидуального плана терапии, нацеленного на преодоление этих проблем и достижение определенных целей в процессе психологического сопровождения. Психологическое сопровождение может быть направлено на устранение личностных и поведенческих расстройств, коррекцию эмоциональных нарушений, формирование внутренней мотивации на участие в реабилитационных мероприятиях и отказ от употребления ПАВ, выработку навыка дифференцирования положительных и отрицательных эмоций с акцентом на приоритет позитивных эмоций при решении личных и социальных задач. В целом психотерапевтический компонент интегративной модели программы психологического сопровождения зависимости помогает пациентам научиться справляться с эмоциональными и личностными проблемами, связанными с зависимостью, а также сформировать систему поддержки и помощи в процессе лечения и долгосрочной реабилитации.

Социальный компонент интегративной модели направлен на обеспечение социальной и психологической адаптации индивида в обществе. Восстановление личностного статуса и социальной ценности пациента должно происходить с опорой на общечеловеческие ценности, при этом наиболее значимым является формирование навыков выстраивания конструктивных отношений в микро- и макросоциальной среде без использования ПАВ [3]. Особое значение приобретает работа с ближайшим окружением пациента, направленная на расширение знаний о медико-социальных последствиях зависимости, обучение навыкам оказания психологической поддержки больным и контролю их состояния с целью предупреждения рецидива заболевания [4].

Разработка современных стратегий медицинской и психологической помощи является важным условием обеспечения эффективного лечения. Наркологические расстройства могут иметь различную структуру, но независимо от преобладания тех или иных факторов на протяжении заболевания терапевтическое воздействие должно быть комплексным, интегрированным, включать в себя медикаментозное, психотерапевтическое и социальное воздействие [2]. В качестве дальнейшего развития перспективы исследования мы рассматриваем разработку программы в форме базовой интегративной модели. Движению в данном направлении для психологического этапа реабилитации во многом способствует наличие проработанных мишеней – точек приложения психотерапевтического воздействия, а также – континуальных подходов, предполагающих четко обоснованную этапность, преемственность, комплексность и адекватность технологий, используемых психологами в работе с зависимыми.

Список литературы.

1. Брюн Е.А. и др. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением психоактивных веществ. Синдром зависимости от психоактивных веществ. Клинические рекомендации // Наркология. – 2019. – Т. 18. № 2. – С. 3-59.
2. Иванец Н.Н. Современная концепция терапии наркологических заболеваний // Вопросы наркологии. – 2013. – № 1. – С. 108-117.
3. Смирнова Н.Н., Соловьев А.Г. Роль медицинского психолога в комплексном лечебно-реабилитационном процессе восстановления наркологических больных // Вестник психотерапии. – 2018. – № 65. – С. 110-122.

4. Шинкевич В.Е., Федорова Е.А. Модель системы комплексной реабилитации и ресоциализации лиц, потребляющих наркотические средства и психотропные вещества в немедицинских целях: по результатам изучения опыта в субъектах Российской Федерации // Ростовский научный журнал. – 2016. – № 9. – С. 67-84.

5. Ян Е.Р. и др. Аддиктивные убеждения как фактор рецидива и мишени психотерапии при болезнях зависимости. – 2021.

СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРЕДСТОЯЩЕЙ МУНИЦИПАЛЬНОЙ РЕФОРМЫ

Костина Т.А.

Челябинский государственный университет, Челябинск, Российская Федерация

В ближайшее время организация и принципы деятельности органов местного самоуправления (далее – МСУ) претерпят существенные изменения. На рассмотрении Государственной Думы находится проект нового федерального закона, который будет определять организацию МСУ в системе публичной власти (далее – Законопроект № 40361-8). После принятия закона будут утверждены новые Основы государственной политики, выработка которых была поручена Президентом Правительству еще в 2020 году [8].

В данной статье рассматриваются социально-экономические аспекты муниципальной реформы: ее основные направления с точки зрения задач повышения финансовой самостоятельности и эффективности МСУ для решения вопросов, связанных с жизнеобеспечением населения.

Следует отметить, что Законопроект № 40361-8 вызвал широкую публичную дискуссию. В январе-феврале 2022 года Всероссийская ассоциация развития местного самоуправления инициировала общественные обсуждения проекта закона, в которых приняли участие в общей сложности 15 тыс. человек. Советы муниципальных образований из более чем 40 регионов сформулировали свои предложения к законопроекту [6].

В ходе последнего заседания Совета по развитию местного самоуправления 20 апреля 2023 г. В.В. Путин подчеркнул важность экономического аспекта предстоящей реформы, отметив, что при обсуждении предстоящих законодательных изменений особенно важно оценить расходные полномочия муниципалитетов и их финансовую обеспеченность, а также необходимо «актуализировать показатели эффективности» муниципального уровня власти [1].

Грядущая реформа станет четвертой попыткой выстроить эффективную модель организации местной власти в России. Законопроект № 40361-8 призван развить обновленные положения Конституции РФ о единой системе публичной власти [9], одним из уровней которой является местное самоуправление [5, ст. 132]. Авторы законопроекта также отмечают, что муниципальная реформа нацелена на повышение эффективности и ресурсной обеспеченности муниципальных образований [9].

Вслед за введением в Основной закон страны дефиниции «публичная власть» возникла необходимость ее дальнейшего правового регулирования, с целью чего 21.12.2021 г. был принят новый Федеральный Закон [11]. В данном документе среди прочих вопросов обозначены полномочия органов государственной власти относительно развития органов местного самоуправления. Органы исполнительной власти получают право юридически регулировать вопросы по организации муниципального самоуправления, регламентировать компетенции и сферу ответственности должностных лиц и органов государственной и местной власти, участвовать в формировании органов и назначении должностных лиц в структуре местного самоуправления [11, ст. 6]. В законе прописан также порядок наделения органов местного самоуправления отдельными государственными полномочиями, который допускает передачу полномочий только в купе с необходимыми для их осуществления финансовыми и материальными ресурсами. Финансовое подкрепление осуществления переданных полномочий производится за счет субвенций из федерального или регионального бюджета [11, ст. 6].

Действующий закон о МСУ, принятый в 2003 году, утвердил единую двухуровневую систему местных органов власти, состоящую из городских и сельских

поселений на нижнем уровне и муниципальных районов на верхнем, а также из городских и муниципальных (после 01.05.2019) округов, внутригородских территорий городов федерального значения и территорий внутригородских районов городов с внутригородским делением (после 27.05.2014) [10, ст. 10].

Данная модель, с одной стороны, позволила разграничить компетенции между уровнями муниципальной власти и более эффективно распределять ресурсы между ними, а с другой – привела к значительному увеличению числа муниципалитетов, в том числе за счет экономически нежизнеспособных [3, с. 108]. Малочисленные муниципалитеты, в первую очередь сельские поселения, зачастую оказывались не в состоянии нести расходы за ЖКХ, уличное освещение, ремонт дорог и другие необходимые потребности жителей и были вынуждены передавать полномочия на районный уровень [2]. Как можно судить из мониторинга Министерства финансов, проведенного в 2021 году, 95% муниципальных образований являются получателями дотаций [4, с. 47], при этом общий долг муниципальных образований к концу 2021 года насчитывал 376,6 млрд руб. [4, с. 98].

Законопроект № 40361-8 также нацелен на создание единой модели местного самоуправления по всей стране, но в ее основу закладывается принцип привязки к населению взамен территориального принципа [9]. Двухуровневая модель МСУ должна смениться одноуровневой моделью. Планируется сокращение числа видов муниципальных образований (городской округ, муниципальный округ и внутригородская территория города федерального значения) [7, ст. 9]. Согласно статистике к началу 2022 года сельские поселения составляли 15742 из 19675 муниципалитетов [12], поэтому их ликвидация приведена к значительному уменьшению общего количества муниципальных образований и их укрупнению.

Следует отметить, что процесс укрупнения муниципалитетов активно начался в 2019 году после введения муниципальных округов, которые формировались преимущественно путем объединения муниципальных районов и поселений. Так, по данным статистики, количество муниципальных округов выросло с 33 в 2020 году до 180 в 2022 году, в то время как число сельских поселений уменьшилось с 16821 до 15742 за тот же период [12]. Благодаря укрупнению территориальных единиц появляется возможность для более рационального использования материальных ресурсов, лучшей координации работы различных служб и, как следствие, более эффективного решения проблем местного населения.

Следует также отметить усиление контрольных функций государства над деятельностью местного самоуправления. Статьи первой главы Законопроекта № 40361-8, касающиеся полномочий федеральных и региональных органов власти, урезаны по сравнению с таковыми в законе 2003 года, так как из них изъяты пункты о недопустимости исполнительно-распорядительных и контрольных функций данных органов в отношении органов МСУ за исключением случаев, предусмотренных федеральными законами. Данное изменение создает предпосылки для прямого вмешательства государственной власти в деятельность МСУ [10, ст. 5, 6; 7, ст. 5, 6].

Ответственность глав муниципалитетов также выше, чем в законе 2003 года, и предусматривает возможность отстранения за регулярное отсутствие достижения показателей эффективности органами МСУ [7, ст. 21]. Вместе с тем в законопроект об МСУ не включена статья, которая регламентировала бы деятельность различных государственных органов по контролю и надзору за исполнением органами МСУ своих полномочий. В законе 2003 года такая статья ограничивает надзорную деятельность, подчеркивая необходимость информационной открытости и прозрачности проверок [10, ст. 77]. Таким образом, можно предположить, что по мере реализации нового закона будет усиливаться зависимость и подотчетность глав муниципальных образований от

региональных властей, на первый план выдвинута эффективность работы органов МСУ в решении местных проблем.

Таким образом, социально-экономические аспекты муниципальной реформы заключаются в следующем:

1. Отказ от территориального принципа организации местного самоуправления в пользу принципа привязки к населению направлен на упразднение малочисленных нежизнеспособных поселений.

2. Укрупнение муниципалитетов и сокращение их количества направлено на упрочнение ресурсной базы муниципальных образований, снижение их зависимости от государственных дотаций и предупреждение передачи полномочий на региональный уровень власти.

3. Усиление подотчетности глав муниципальных образований направлено на повышение показателей эффективности деятельности органов местного самоуправления.

Список литературы.

1. Заседание Совета по развитию местного самоуправления. // Сайт Президента России // URL: <http://kremlin.ru/events/president/news/70959>. (дата обращения: 26.04.2023).

2. Глазычев В.Л. Самоуправление на местности / Вячеслав Глазычев, председатель комиссии Общественной палаты по вопросам регионального развития и местного самоуправления // Газета «Коммерсантъ» № 181 от 28.09.2006, с. 8 // URL: <https://www.kommersant.ru/doc/708301>. (дата обращения: 26.04.2023).

3. Иванов В.Н., Максимов В.П. Современное российское местное самоуправление и перспективы его развития // Вестник Омского университета. Серия «Исторические науки». – 2023. – Т. 10, № 1 (37). – С. 107-116.

4. Информация о результатах проведения мониторинга исполнения местных бюджетов и межбюджетных отношений в субъектах Российской Федерации на региональном и муниципальном уровнях за 2021 год. // Сайт Минфин России. URL: https://minfin.gov.ru/ru/performance/regions/monitoring_results/Monitoring_local?id_38=136746-informatsiya_o_rezultatakh_provedeniya_monitoringa_ispolneniya_mestnykh_byudzhetrov_i_m_ezhbyudzhetykh_otnoshenii_v_subektakh_rossiiskoi_federatsii_na_regionalnom_i_munitsipalnom_urovnyakh_za_2021_god. (Дата обращения: 26.04.2023)

5. «Конституция Российской Федерации» (принята всенародным голосованием 12.12.1993 с изменениями, одобренными в ходе общероссийского голосования 01.07.2020) // Сайт системы КонсультантПлюс. URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_28399/. (дата обращения: 26.04.2023).

6. На профильной Комиссии ВАРМСУ подвели итоги масштабного публичного обсуждения законопроекта об организации местного самоуправления в России. 18.02.2023. // Сайт: Всероссийская ассоциация развития местного самоуправления. URL: <https://www.varmsu.ru/novosti/na-profilnoy-komissii-varmsu-podveli-itogi-masshtabnogo-publichnogo-obsuzhdeniya-zakonoproekta-ob-or/>. (дата обращения: 26.04.2023).

7. Об общих принципах организации местного самоуправления в единой системе публичной власти. Законопроект № 40361-8 // Сайт: Система обеспечения законодательной деятельности // URL: <https://sozd.duma.gov.ru/bill/40361-8>. (дата обращения: 26.04.2023).

8. Перечень поручений по итогам заседания Совета по развитию местного самоуправления. // Сайт Президент России // URL: <http://www.kremlin.ru/acts/assignments/orders/62919>(дата обращения: 26.04.2023).

9. Пояснительная записка к проекту федерального закона «Об общих принципах организации местного самоуправления в единой системе публичной власти» // Сайт:

Система обеспечения законодательной деятельности // URL: <https://sozd.duma.gov.ru/bill/40361-8> (дата обращения: 26.04.2023).

10. Федеральный закон от 06.10.2003 N 131-ФЗ (ред. от 06.02.2023) «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации»// Сайт системы КонсультантПлюс. URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_44571/ (дата обращения: 26.04.2023).

11. Федеральный закон «Об общих принципах организации публичной власти в субъектах Российской Федерации» от 21.12.2021 N 414-ФЗ (последняя редакция) // Сайт системы КонсультантПлюс. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_404070/ (дата обращения: 26.04.2023).

12. Число муниципальных образований по субъектам Российской Федерации [Электронный ресурс] // Федеральная служба государственной статистики [сайт]. URL:<https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/Munst.htm> (дата обращения: 26.04.2023).

ПАТТЕРНЫ ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОСТИ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Богданов С.И., Широкова Е.И., Тагоев Ю.Ш.

Уральский государственный медицинский университет, Екатеринбург,
Российская Федерация

ВВЕДЕНИЕ. Невозможно представить себе жизнь современного человека без Интернета. Интернет – это технология, которая была разработана в помощь передовым исследованиям и деловому общению, но с течением времени вовлеченность пользователей в Интернет-сеть возрастает в геометрической прогрессии. Еще в 2016 году в мире насчитывалось 3,42 миллиарда активных пользователей Интернета, что составляло 46,1% мирового населения. В настоящее время количество активных интернет-пользователей приближается к 5,49 миллиардам, что составляет 68,2% населения Земли [1]. Опасность чрезмерного использования Интернета среди молодежи состоит в том, что оно приводит к зависимости [2].

В 2020 году количество пользователей Интернета в России составило 118 млн, или 81% россиян. За 2021 год в России наблюдался значимый прирост в количестве пользователей социальных сетей и в количестве времени, которое россияне проводят в них: за год число пользователей социальных сетей увеличилось на 13%. Было установлено, что в России ежедневно Интернет используют 98% подростков в возрасте 14-17 лет [3, 4].

К понятию «интернет-зависимость» (Далее – ИЗ) применимы термины «кибераддикция», «веб-аддикция», «вебоголизм», «компьютерная аддикция» или «компьютерная зависимость» [5, 6].

Цель исследования – выявление специфики использования Интернета и степени выраженности интернет-зависимости среди студентов медицинского университета.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В качестве инструментов исследования использованы два валидизированных опросника: Тест на Интернет-зависимость К. Янга – Internet Addiction Test (IAT, К. Young) и Общая шкала проблемного использования Интернета-3 (GPIUS-3) А.А. Герасимовой и А.Б. Холмогоровой. Оценка уровня интернет-зависимости и ее качественных характеристик проведена у 122 лиц из числа студентов Уральского государственного медицинского университета.

Методы исследования: анонимное анкетирование с использованием GOOGLE-формы, социально-демографический метод, аналитический метод.

Статистическая обработка проведена с использованием Microsoft Excel и пакета статистических программ SPSS Base 17. При обработке абсолютных значений вычислялись среднее значение и ошибка средней. Значимость различий качественных признаков оценена при помощи критерия χ^2 Пирсона с поправкой на непрерывность, различия статистически достоверны при $p \leq 0,05$.

Критерии включения: студенты 1-6 курса ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России; мужской и женский пол.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Всего в исследовании приняли участие 122 студента, из них 86,9% (n=106) женщины и 13,1% (n=16) мужчины. Средний возраст респондентов составил 22 года (17-33 года). Основную массу составили студенты 5 курса – 45,1% (n=55). Из общего числа опрошенных студенты 1 курса составили 17,2% (n=21), 6 курса – 12,3% (n=15), 4 курса – 10,7% (n=13), 2 курса – 9% (n=11), 3 курса – 5,7% (n=7). Превалировали студенты лечебно-профилактического факультета – 67,2% (n=82), педиатрического факультета 17,2% (n=21), медико-профилактического факультета 4,1% (n=5), стоматологического факультета 4,1% (n=5), фармакологического факультета 3,3% (n=4), факультета психолого-социальной работы и высшего сестринского образования 1,6% (n=2), управления по дополнительному и непрерывному медицинскому образованию 2,5%

(n=3). По данным опроса, 52,5% (n=64) студентов-медиков используют смартфон для общения, 20,5% (n=25) – поиска информации, 18,9% (n=23) – учебы и саморазвития, 4,1% (n=5) – работы, 2,5% (n=3) – творчества, 1,6% (n=2) – игр. По частоте использования электронных устройств ситуация была следующей: 26,2% (n=32) анкетированных отметили, что среди электронных устройств наиболее часто используют ноутбук, 70,5% (n=86) – смартфон, 2,5% (n=3) – планшет, 0,8% (n=1) – интерактивный телевизор (SMART-TV).

Свыше половины опрошенных (59%) общаются с большинством друзей из социальных сетей в реальном мире, 30,3% (n=37) общаются только с некоторыми из них и лишь 10,7% (n=13) отрицают подобное взаимодействие офлайн.

По результатам теста Internet Addiction Test (IAT, K. Young), не наблюдается интернет-аддиктивного поведения у 67,2% (n=82) студентов, при этом пограничное состояние ИЗ отмечено у 32,8% (n=40) респондентов. Данная категория опрошенных имела незначительные проблемы, связанные с чрезмерным увлечением Интернетом. Клинических проявлений интернет-зависимости выявлено не было.

Для изучения когнитивных процессов и особенностей поведения студентов в сети Интернет использовалась Общая шкала проблемного использования Интернета-3 (GPIUS-3) А.А. Герасимовой и А.Б. Холмогоровой. Результаты исследования показали, что степень выраженности ИЗ оказывает статистически значимое влияние на особенности поведения студентов в сети Интернет, а именно на регуляцию настроения, когнитивную поглощенность, компульсивное использование и негативные последствия. По шкале «Предпочтение онлайн-общения» 55,7% респондентов набрали наименьшее количество баллов, что говорит о предпочтении ими личного общения. Статистически значимой взаимосвязи данного паттерна поведения с уровнем выраженности ИЗ получено не было ($p \geq 0,05$). В группе риска по развитию ИЗ наблюдается пониженный фон настроения, что подтверждается статистически значимой высокой степенью выраженности паттернов использования Интернета: по шкале «Регуляция настроения» 42,6% и 33,6% опрошенных показали соответственно средний и высокий уровень ($p \leq 0,001$). По шкале «Когнитивная поглощенность» больше половины опрошенных студентов – 59,8%, показали низкий уровень, что также было статистически значимо в отношении уровня ИЗ ($p \leq 0,001$). Данный показатель отражает состояние процессов концентрации респондентов на чем-то в реальной жизни. Исходя из результатов, студенты не испытывают дискомфорта, ощущения потерянности и навязчивых мыслей о выходе в сеть при длительном нахождении в режиме «офлайн». Это позволяет констатировать, что большая часть опрошенных не испытывает проблем с концентрацией внимания на происходящем в реальной жизни из-за навязчивого мысленного возвращения в интернет-пространство, что является позитивной тенденцией относительно выявленной группы риска по развитию ИЗ среди студентов. Шкала «Компульсивное использование» выявляла трудности планирования и регулирования своего пребывания в Интернете. 6,6% и 46,7% опрошенных показали высокий и средний уровень соответственно. Студенты не в полной мере могут контролировать количество времени, проведенного в Интернете, для некоторых процесс затруднителен, что объясняет определяемую тенденцию к развитию пограничного состояния, связанного с чрезмерным увлечением Интернетом ($p \leq 0,05$). Влияния ИЗ, ведущего к негативным последствиям, а именно утрате способности аналитически мыслить, потере связи с реальным миром, в группах риска ИЗ не выявлено. Большинство студентов опровергают негативное влияние времяпровождения в интернет-сети на проблемы в жизни и способность управления своей жизнью, что подтверждается низкими баллами по шкале «Негативные последствия» ($p \leq 0,05$).

ОБСУЖДЕНИЕ. В научной литературе освещена проблема уровня интернет-аддикции у студенческой молодежи, в связи с чем актуально сравнение данных настоящего исследования с результатами, полученными ранее [5]. В ранних исследованиях был также использован валидизированный диагностический инструментарий. Большая часть студентов-медиков имели пограничное состояние интернет-зависимости (58,1%) и проявляли признаки интернет-аддиктивного поведения в полной мере (23,3%). Лишь 18,6% студентов, по данным исследований, не имели признаков ИЗ. Это объяснялось тем, что умение пользоваться компьютерными технологиями и необходимость быстро получать информацию являлись значимыми компетенциями для каждого студента, и в высших образовательных учреждениях учащиеся с зависимостями естественным образом попадали в интернет-среду. Однако в ходе настоящей работы выявлено, что данная когорта не имела признаков ИЗ в большем проценте случаев (67,2%).

Однако результаты систематического анализа качественных характеристик ИЗ, представленные в проведенных ранее исследованиях [5], согласовывались с нашими. Так, по методике GPIUS-3 основная часть студентов-медиков имела низкий уровень по шкалам «Предпочтение онлайн-общения», «Когнитивная поглощенность» и «Негативные последствия», высокий уровень – по шкалам «Регуляция настроения» и «Компульсивное использование».

ВЫВОДЫ.

1. Высокого уровня интернет-зависимости у студентов медицинского университета не выявлено, однако у трети исследуемых диагностировано пограничное состояние, связанное с чрезмерным увлечением Интернетом. Данное обстоятельство позволяет утверждать, что студенты-медики в связи с необходимостью постоянного поиска и анализа информации находятся в группе риска по развитию интернет-аддикции.

2. Наиболее значимыми паттернами использования сети Интернет у студентов-медиков являются «Регуляция настроения» и «Компульсивное использование». Именно эти модели аддиктивного поведения наблюдались у группы риска по развитию пограничного состояния компьютерной зависимости, связанного с чрезмерным увлечением Интернетом. Таким образом, при обращении к интернет-сети наибольшие трудности студенты испытывают с планированием своего пребывания в Интернете. Выход в сеть помогает им избавиться от ощущения одиночества, студенты используют для поднятия настроения в периоды его упадка.

3. Такие паттерны, как «Предпочтение онлайн-общения», «Когнитивная поглощенность» и «Негативные последствия», определялись у студентов-медиков значительно реже. Это позволяет констатировать положительную тенденцию в отношении уровня выявленной кибераддикции. Так, студенты отдают предпочтение личному общению и взаимодействию, сохраняют способность концентрироваться на событиях окружающей действительности.

Список литературы

1. Internet addiction in medical students / M.Z. Haroon, Z. Zeb, Z. Javed [et al.] // J Ayub Med Coll Abbottabad. – 2018. – Vol. 30, N 4. – P. 659-663.

2. Уровень зависимости от устройств, обеспечивающих удаленный сетевой доступ, и факторы, на него влияющие: исследование студентов медицинских вузов России / С.И. Богданов, Ю.К. Гладышева, С.И. Кузнецов [и др.] // Вестник Дагестанской государственной медицинской академии. – 2022. – Т. 45, № 4. – С. 3-22.

3. Смоленцева, Ю.Н. Интернет-зависимость молодежи: постановка проблемы / Ю.Н. Смоленцева // Социальные и гуманитарные науки: теория и практика. – 2021. – Т. 5, № 1. – С. 192-203.

4. Лысак, И.В. Компьютерная и Интернет-зависимость: эволюция подходов к исследованию проблемы / И.В. Лысак // Мир науки, культуры, образования. – 2017. – Т. 65, № 4. – С. 206-209.

5. Топильская, О.А. Оценка уровня интернет-аддикции у студенческой молодежи: диагностический инструментарий / О.А. Топильская // Гуадеамус. – 2021. – Т. 20, № 1. – С. 52-60.

6. Богданов С.И., Гладышева Ю.К., Кузнецов С.И., Шадрина В.Н., Гагельганц А.А. Уровень зависимости от устройств, обеспечивающих удаленный сетевой доступ, и факторы, на него влияющие: исследование студентов медицинских вузов России / С.И. Богданов, Ю.К. Гладышева, С.И. Кузнецов, В.Н. Шадрина, А.А. Гагельганц // Вестник Дагестанской государственной медицинской академии. – 2022. – № 4 (45). – С. 3-22.

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КОЖНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Белугина О.С.

Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Белоруссия

Актуальность.

Псориаз и атопический дерматит являются весьма распространенными кожными патологиями в общей популяции. Заболеваемость псориазом составляет 0,6-4,8% во всем мире [1]. Заболеваемость атопическим дерматитом в общей популяции колеблется в пределах 2-17,6% [2]. По литературным данным, псориаз ассоциирован со стрессом в 31-88% случаев [3], а атопический дерматит в 80% случаев [4]. Таким образом, обе патологии могут иметь психосоматическую природу. Стигматизация и косметические дефекты на коже усугубляют психологический стресс, который испытывают данные пациенты, что может приводить к чувству неполноценности и снижению самооценки, ограничению круга общения и интимных контактов, а также появлению различных психических патологий (тревога, депрессия, зависимость от психоактивных веществ, сексуальная дисфункция, нарушение сна, суицидальные мысли и суицидальное поведение) [5], [6], [7]. Все вышеперечисленное ухудшает качество жизни пациентов с псориазом и атопическим дерматитом и связано с высокими прямыми и с косвенными затратами здравоохранения на лечение этих кожных патологий [8], [9].

По данным литературы, психосоматический ответ организма на стресс осуществляется или не осуществляется в зависимости от психологических особенностей личности: уровня алекситимии, психологических защит и копинг-стратегий, используемых индивидуумом. Одними из причин возникновения и обострения психосоматической патологии могут быть дезадаптивные способы преодоления стресса и недостаточная эмоциональная осведомленность [10], [11].

Имеются данные о том, что более сильно выражены симптомы депрессии и тревожности у пациентов с псориазом, у которых низкая способность управлять эмоциями, а это, в свою очередь, может приводить к меньшей удовлетворенности от получаемого лечения и к сложности принятия собственного заболевания [12]. Также есть данные, что у пациентов с атопическим дерматитом присутствуют проблемы с выражением собственных эмоций [13].

Цель исследования.

Изучение вклада степени выраженности алекситимии, копинг-стратегий, механизмов психологических защит в степень сопротивляемости стрессу при псориазе и атопическом дерматите.

Материалы и методы.

В процессе одномоментного поперечного исследования обследовано 67 пациентов с псориазом (37 мужчин и 30 женщин) и 59 пациентов с атопическим дерматитом (35 мужчин и 24 женщины). Средний возраст в группе пациентов с псориазом составил 28 ($\pm 5,01$) лет, а в группе с атопическим дерматитом – 26 ($\pm 6,07$) лет. Пациенты находились на лечении в УЗ «Городской клинический кожно-венерологический диспансер» города Минска в период с января 2018 года по февраль 2020 года. Основными критериями отбора пациентов для исследования явились: возраст от 18 до 60 лет, наличие зуда кожи, распространенный характер высыпаний и наличие поражения открытых участков тела. Критерии исключения из исследования: психическая несостоятельность пациента, беременность, пациенты с тяжелыми соматическими расстройствами в стадии декомпенсации, нарушение режима лечения и наличие психически тяжелых заболеваний. Диагнозы «псориаз L 40» и «атопический дерматит L 20» были верифицированы врачом-дерматологом.

Алекситимия и ее компоненты (трудность идентификации чувств, трудность описания чувств другим людям и внешне-ориентированный тип мышления) изучались с помощью «20-пунктовой Торонтской шкалы алекситимии»; копинг-стратегии оценивались методом «Способы совладающего поведения» по Лазарусу; психологические защиты изучались методом Плутчика-Келлермана-Контэ; стрессоустойчивость оценивалась методом Холмса-Раге; соматизация оценивалась при помощи опросника соматизированных расстройств “SOMS-2”.

Обработка данных проводилась при помощи статистической платформы Jamovi, версии 1.2.22 для macOS. Оценка ассоциированности параметров проводилась при помощи таблиц сопряженности: χ^2 квадрат критерия (The Chi-Square Test of Association) и отношения шансов (OR) при достоверности 95% (CI). Также нами был использован точный тест Фишера (Fisher exact test) для анализа частот в таблице сопряженности, если ожидаемые частоты в ячейках таблицы были ≤ 5 . Достоверными считались различия на уровне значимости $p \leq 0,05$.

Результаты.

У пациентов с псориазом с учетом характера распределения данных для категоризации параметров на «сильную» и «слабую» выраженность для трудности идентификации чувств был выбран 70 перцентиль (%), бегство-избегание было категоризировано по 45%, положительная переоценка по 80% и вытеснение по 70%.

По медиане на «сильную» и «слабую» выраженность были категоризированы: степень сопротивляемости стрессу, соматизация, регрессия и замещение.

У пациентов с псориазом сильная выраженность трудности идентификации чувств (OR=3,77, [CI=1,16-12,25]; $p=0,027$), бегства-избегания проблемы (OR=2,857, [CI=1,056-7,73]; $p=0,036$), положительной переоценки проблемы (OR=4,493, [CI=1,109-18,19]; $p=0,033$), соматизации (OR=4,812, [CI=1,508-11,6]; $p=0,005$), вытеснения (OR=3,314, [CI=1,014-10,84]; $p=0,042$), регрессии (OR=2,88, [CI=1,052-7,88]; $p=0,037$) и замещения (OR=3,659, [CI=1,33-10,04]; $p=0,012$) была ассоциирована с низкой стрессоустойчивостью.

У пациентов с atopическим дерматитом с учетом характера распределения данных для категоризации параметров на «сильную» и «слабую» выраженность для планирования решения проблемы был выбран 61 перцентиль (%), а замещение было категоризировано по 31%.

По медиане на «сильную» и «слабую» выраженность были категоризированы: степень сопротивляемости стрессу, конфронтация, самоконтроль, проекция, отрицание, гиперкомпенсация и общая напряженность механизмов психологических защит.

У пациентов с atopическим дерматитом сильно выраженная конфронтация (OR=7,08, [CI=2,11-23,8]; $p \leq 0,001$), самоконтроль (OR=3,31, [CI=1,13-9,69]; $p=0,027$), планирование решения проблемы (OR=4,67, [CI=1,4-15,6]; $p=0,009$), проекция (OR=3,38, [CI=1,14-10,1]; $p=0,026$), замещение (OR=3,67, [CI=1,1-12,2]; $p=0,03$), отрицание (OR=3,82, [CI=1,29-11,3]; $p=0,013$), гиперкомпенсация (OR=3,25, [CI=1,02-10,3]; $p=0,041$) и общая напряженность механизмов психологических защит (OR=3,31, [CI=1,13-9,69]; $p=0,027$) были ассоциированы с низкой сопротивляемостью стрессу.

Выводы. Результаты нашего исследования говорят о том, что у пациентов с псориазом низкая эмоциональная осведомленность, высокая степень соматизации и использования дезадаптивных копинг-стратегий и малоэффективных механизмов психологических защит ассоциированы с низкой стрессоустойчивостью. Для пациентов с atopическим дерматитом дезадаптивные копинг-стратегии и малоэффективные механизмы психологических защит ассоциированы с низкой сопротивляемостью стрессу. Полученные данные указывают на то, что своевременное обучение распознаванию эмоций и использованию эффективных методов преодоления стресса может помочь пациентам с псориазом и atopическим дерматитом более эффективно преодолевать

стресс, а значит, возможно, поможет снизить количество рецидивов при данных кожных заболеваниях.

Список литературы.

1. Halioua, B. Sleep disorders and psoriasis: an update / B. Halioua // *Acta Derm Veberol.* – 2022. – Vol. 102. – adv00699.
2. Langan, S.M. Atopic dermatitis / S.M. Langan, A.D. Irvine, S. Weidinger // *Lancet.* – 2020. – Vol. 396, N 10247. – P. 345-360.
3. Rousset, L. Stress and psoriasis / L. Rousset, B. Halioua. – 2018. – Vol. 57. N 10. – P. 1165-1172.
4. Psychoneuroimmunology of psychological stress and atopic dermatitis: Pathophysiologic and therapeutic updates / A.L. Suárez [et al.]. – 2012. – Vol. 92, N 1. – P. 7-15.
5. Drucker, A.M. Atopic dermatitis: Burden of illness, quality of life, and associated complications / A.M. Drucker // *Allergy Asthma Proc.* – 2017. – Vol. 38, N 1. – P. 3-8.
6. Psychodermatological mechanisms of psoriasis / J. Torales [et al.] // *Dermatol. Ther.* – 2020. – Vol. 33, N 6. – e13827.
7. Маркевич, Е.Б. Псориаз, ассоциированный с психическими расстройствами: обзор литературы / Е.Б. Маркевич, Э.П. Станько, Д.Ф. Хворик // *Дерматовенерология.* – 2021. – Vol. 7, N 4. – P. 315-324.
8. Burden of Atopic Dermatitis in Adults and Adolescents: a Systematic Literature Review / A.N.F. Baher [et al.] // *Dermatol. Ther. (Heidelb).* – 2022. – Vol. 12, N 12. – P. 2653-2668.
9. Annoying Psoriasis and Atopic Dermatitis: A Narrative Review / W.-Y.; Chen [et al.] // *J. Mol. Sci.* – 2022. – Vol. 2022. – P. 48-98.
10. Взаимосвязь механизмов антиципации, психологической защиты и копинга у психосоматических больных // *J. Sib. Med. Sci.* – 2016. – N 3.
11. Соловьевская, Н.Л. История развития психосоматики / Н.Л. Соловьевская // *Труды кольского научного центра РАН.* – 2018. – № 1885. – С. 110-120.
12. Physiological and behavioral reactivity to social exclusion: A functional infrared thermal imaging study in patients with psoriasis / G. Ponsi [et al.] // *J. Neurophysiol.* – 2019. – Vol. 12, N 1. – P. 38-49.
13. Disease Severity Is Associated with Alexithymia in Patients with Atopic Dermatitis / A. Chiricozzi [et al.] // *Dermatology.* – 2020. – Vol. 236, N 4. – P. 329-335.

СООТНОШЕНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ И ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК У ДЕТЕЙ С ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ

Метелева И.Г.

ООО «Медассист-К», Курск, Российская Федерация

Актуальность. Наиболее перспективным при изучении психосоматической патологии в настоящее время зарекомендовал себя системный подход, в особенности его разновидность – биопсиходинамический подход, базирующийся на гипотезе о существовании акцентуированных биопсиходинамических типов, предрасположенных к психосоматическим расстройствам. Они представляют собой акцентуированные психодинамические характеристики и связанные с ними нейрофизиологические и физиологические особенности индивидуальности. Этот метод, разработанный профессором В.В. Плотниковым, под научным руководством которого было выполнено данное исследование, наглядно продемонстрировал свою эффективность при обследовании взрослых лиц, но в меньшей степени использовался при изучении детей с вегетативной дисфункцией [2, 4, 5].

Вегетативная дисфункция – это состояние, которое определяется нарушением вегетативной регуляции сосудов, сердца, других внутренних органов, желез внутренней секреции, связанное с первичными или вторичными отклонениями в структуре и функции центральной и периферической нервной системы [1].

Для вегетативной дисфункции характерны изменения на разных уровнях организации индивидуальности: изменения в функционировании практически всех органов и систем (в большей степени нервной и сердечно-сосудистой), обязательное наличие психоэмоционального компонента значение стрессовых воздействий в ее генезе и динамике.

Все это позволяет отнести данное заболевание к категории психосоматических.

Цель исследования.

С позиций биопсиходинамического подхода выявить психодинамические и физиологические особенности детей с вегетативной дисфункцией и определить присущие им индивидуально-типические соотношения психологических и физиологических показателей.

В задачи исследования входили выявление структуры свойств характера и темперамента, оценка школьной тревожности, экстрапунитивности, особенностей вегетативной нервной системы, центральной и церебральной гемодинамики, а также сопоставление индивидуальных психологических характеристик с состоянием вегетативной нервной системы и гемодинамики.

Материалы и методы.

Было обследовано 88 детей, больных вегетативной дисфункцией. Контрольную группу составили 90 практически здоровых детей, сопоставимых по возрасту и полу с основной группой.

Изучение доминирующих черт характера проводили с помощью детского опросника Шмишека, школьная тревожность определялась по тесту Филлипса, для исследования экстрапунитивности использовался детский рисуночный тест Розенцвейга, состояние вегетативной нервной системы изучали методом кардиоинтервалографии, состояние центральной и церебральной гемодинамики – методами тетраполярной грудной реографии и реоэнцефалографии, соответственно.

Результаты.

Установлено, что дети с вегетативной дисфункцией имеют достоверное отличие от контрольной группы имеют определенные особенности как личностных характеристик, так и состояния вегетативной и сердечно-сосудистой системы.

Для них характерны более высокие показатели по шкалам застревания, дистимности, тревожности и эмотивности, что указывает не только на склонность к отрицательным эмоциям, но и глубину, и силу их, а также стойкость аффектов, инертное «застревание» на негативных переживаниях. В то же время гипертимность у детей с вегетативной дисфункцией встречалась реже, чем в контроле.

Следовательно, дети с вегетативной дисфункцией характеризуются гипоактивностью, приверженностью к негативным эмоциям и их застойности. То есть их эмоции скорее следует рассматривать как астенические, дезактивирующие деятельность.

Был проведен факторный анализ акцентуаций характера у детей с вегетативной дисфункцией. В результате было получено четырехфакторное решение.

Ведущими шкалами для первого фактора явились тревожность, экзальтированность, эмотивность и циклотимность. Ведущей в данном случае является присущая этим личностям эмоциональная нестабильность. Следовательно, первый фактор следует расценивать как отражение эмоциональной неустойчивости.

Для второго фактора ведущими признаками явились демонстративность и гипертимность. Комбинация этих черт может ослаблять аморальные проявления в поведении демонстративных личностей, что позволяет расценить второй фактор как фактор социальной гиперактивности.

Для третьего фактора факторообразующими признаками явились застревание и возбудимость. Общим психодинамическим радикалом в данном случае является длительное накопление, застойность эмоций, особенно отрицательных, их отсроченное проявление. Следовательно, этот фактор может быть определен как эмоционально-инертный.

Четвертый фактор составили педантичность, дистимность и циклотимность. В данной ситуации циклотимность представлена полюсом дистимности. Педантичность может быть компенсаторной реакцией личности. Следовательно, данный фактор можно определить как дистимический.

У детей с вегетативной дисфункцией было выявлено повышение общей тревожности в школе, страха самовыражения, страха ситуации проверки знаний, низкая физиологическая сопротивляемость стрессу, проблемы и страхи в отношениях с учителями. В реальных условиях удается обнаружить отрицательную корреляцию тревожности с успешностью освоения школьной программы. Эти особенности повышают вероятность неадекватного деструктивного реагирования на окружающую школьную действительность [3].

Дети с вегетативной дисфункцией также отличались от контроля большими значениями по шкале препятственно-доминантных интрапунитивных реакций теста Розенцвейга. Это означает их одновременную фиксацию на препятствии и самообвинении.

При проведении дисперсионного анализа у детей с вегетативной дисфункцией удалось обнаружить достоверное влияние биопсиходинамического профиля на частоту сердечных сокращений. У детей с социально-пассивным биопсиходинамическим профилем частота сердечных сокращений была достоверно выше, чем у детей с эмотивным биопсиходинамическим профилем.

Дети с ригидным биопсиходинамическим профилем отличались от контроля повышенными значениями амплитуды моды и показателя адекватности процессов вегетативной регуляции, что указывает на увеличение центральных симпатических влияний на сердце. При этом на уровне центральной гемодинамики удалось зафиксировать снижение ударного и минутного объема крови в сочетании с повышением общего периферического сопротивления, что свидетельствовало о наличии у них гипокINETического типа гемодинамики. В данном случае повышение общего

периферического сопротивления можно связать со спровоцированным симпатикотонической активностью спазмом артериол.

Дети с эмотивным биопсиходинамическим профилем отличались от контроля меньшими значениями частоты сердечных сокращений, индекса напряжения и большими значениями вариационного размаха, что указывает на снижение централизации управления сердечным ритмом и увеличение роли контура автономной регуляции ритма сердца. Это может быть связано с увеличением активности парасимпатической системы.

Для детей с социально-пассивным биопсиходинамическим профилем была характерна повышенная амплитуда моды, указывающая на увеличение центральных симпатических влияний на синусовый узел.

При анализе характера церебральной гемодинамики у детей с вегетативной дисфункцией с различными биопсиходинамическими профилями не было выявлено каких-либо специфических ее особенностей.

Учитывая сложность психофизиологических соотношений у детей с вегетативной дисфункцией, было предпринято их моделирование структурными уравнениями, позволившее получить приемлемое структурное решение, достаточно точно отражающее структуру психофизиологических связей у детей с вегетативной дисфункцией. В качестве причинных переменных в рамках биопсиходинамического подхода рассматривались особенности личности ребенка, а в качестве зависимых – показатели, отражающие состояние вегетативной нервной системы, а также центральной и церебральной гемодинамики.

Установлено, что одной из важнейших характеристик для таких детей является тревожность. В ходе исследования удалось обнаружить убедительную линейную причинно-следственную связь между тревожностью и показателями центральной гемодинамики. С другой стороны, аналогичных зависимостей между тревожностью и состоянием вегетативных функций обнаружено не было. Это дает основания предполагать, что даже если таковые и существуют у детей с вегетативной дисфункцией, то находятся в нелинейной зависимости. В то же время наличие многочисленных непараметрических корреляционных связей между ними не исключает зависимостей, опосредованных иными механизмами.

Другим важным параметром, влияющим на состояние физиологических систем у детей с вегетативной дисфункцией, явился уровень препятственно-доминантных и самозащитных реакций, представленный манифестными переменными в виде шкал препятственно-доминантных внешнеобвинительных, самообвинительных и самозащитных самообвинительных реакций теста Розенцвейга. Здесь были выявлены достоверные прямые линейные связи с состоянием вегетативного равновесия, адекватностью процессов вегетативной регуляции и состоянием церебральной гемодинамики. Следует отметить, что опосредованно, через процессы вегетативной регуляции данный параметр оказывает влияние и на состояние центральной гемодинамики.

Выводы.

1. В целом для детей с вегетативной дисфункцией характерна возбудимость эмоций астенического круга в сочетании с их инертностью, застреваемостью.

2. По данным факторного анализа у детей с вегетативной дисфункцией выделяются три психодинамических профиля: ригидный, эмотивный и социально-пассивный.

3. У детей с вегетативной дисфункцией удалось выявить повышение общей тревожности в школе, страха самовыражения, страха ситуации проверки знаний, низкой физиологической сопротивляемости стрессу, проблем и страхов в отношениях с

учителями в комплексе с повышенными значениями по шкале препятственно-доминантных интрапунитивных реакций.

4. Факторный анализ у детей с вегетативной дисфункцией позволил обнаружить три механизма реализации симпатикотонической активации: собственно фактор симпатикотонической активированности, гиперкинетический фактор и фактор адекватности процессов регуляции.

5. Выявленные биопсиходинамические профили подразумевают различные формы вегетативной активации: ригидный и социально-пассивный отличаются преобладанием симпатикотонических влияний, а эмотивный – активностью парасимпатического отдела.

6. Системообразующими характеристиками в детерминации биопсиходинамического профиля у детей с вегетативной дисфункцией являются акцентуированная тревожность, а также уровень препятственно-доминантных и самозащитных реакций.

Список литературы.

1. Вейн, А.М. Вегетативные расстройства: клиника, диагностика, лечение / А.М. Вейн. – М. : МИА, 1998. – 752 с.

2. Завьялов, А.В. Биопсиходинамический подход к интегральному исследованию характеристик индивидуальности, предрасполагающих к сердечно-сосудистым заболеваниям / А.В. Завьялов, В.В. Плотников, Л.А. Северьянова, Д.В. Плотников // Человек и его здоровье. Науч.-практ. вестн. – 2000. – № 6. – С. 16-24.

3. Кулагин, Б.В. Основы профессиональной психодиагностики / Б.В. Кулагин. – Л. : Медицина, 1984. – 216 с.

4. Плотников, Д.В. Психофизиологические факторы риска ишемической болезни сердца / Д.В. Плотников. – Курск, 2002. – 309 с.

5. Плотников, Д.В. Тест акцентуаций свойств темперамента (ТАСТ) для психосоматических исследований: Метод. рекомендации / Д.В. Плотников, Л.И. Бурмашова. – Курск, 2001. – 80 с.

ФИЗИОЛОГО-ГИГИЕНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ

Герчикова А.Ю., Забродняя В.К., Музалева А.В.

Донецкий медицинский колледж, Донецк, Российская Федерация

Во время сложной эпидемиологической обстановки, а также чрезвычайной ситуации военного времени многие учебные заведения перешли на формат обучения с применением дистанционных образовательных технологий. С такой ситуацией система образования еще не сталкивалась. В таких условиях дистанционный формат обучения стал единственно возможным и безопасным для сохранения жизни и здоровья обучающихся. Однако, при переходе на дистанционный формат обучения резко увеличилось время работы за компьютером. Причем это происходит в том возрасте, когда весь организм детей и подростков находится на стадии формирования. Отсутствие «живого» общения с педагогом увеличивает количество затраченного времени на поиск информации в Интернете – увеличился объем самостоятельной работы обучающегося. Возникают нежелательные последствия [1].

Утомление. При продолжительной и напряженной работе за компьютером быстро развивается утомление, при котором деятельность внешних органов чувств или неестественно возрастает, или ослабляется; уменьшается сила памяти, вследствие чего возникает быстрое пропадание из памяти того, что незадолго было изучено.

Стресс. Возникает не только от самого формата дистанционного обучения, а и от самоизоляции, от ситуации с коронавирусом и политической чрезвычайной ситуацией военного времени в целом. Стресс стал принимать хронический характер до депрессии с психогенными расстройствами.

Адаптационные возможности. Сохранение психического здоровья и успех в адаптации при дистанционной работе зависят от того, насколько быстро организм человека адаптируется к непривычной ситуации. У студентов с высоким уровнем адаптации менее выражены физиологические реакции на стресс, нервно-психическая неустойчивость, тревожность, агрессивность. У них более высокие показатели физического и психического здоровья. В свою очередь, студенты с низким уровнем адаптации более подвержены психологическим срывам и психосоматическим заболеваниям.

Особенно тяжела сложившаяся ситуация для первокурсников – вчерашних школьников, пришедших в учебные заведения, как правило, со слабыми знаниями основ культуры здоровья, недостаточным пониманием необходимости ведения ЗОЖ, отсутствием самоконтроля за своим состоянием здоровья, с низкой мотивацией к занятиям и отсутствием магии учебного процесса. Значительная часть студентов в первом семестре начинает осваивать методы самоконтроля, и у некоторых только появляются признаки мотивации к систематическим занятиям. Отсутствие же мотивации к двигательной активности приводит к ухудшению состояния организма, к снижению качества учебы и жизни, вследствие чего с каждым годом растет число студентов, отнесенных к специальной медицинской группе. Кроме того, ситуацию у таких студентов усугубляют незакончившийся процесс адаптации, отсутствие окончательно сформировавшихся требуемых качеств в момент вынужденной смены формата обучения [2].

Негативное влияние на зрение. Причины: постоянная занятость за компьютером; недостаточная яркость/освещение; низкий процент влажности в помещении; неправильное положение тела; стрессовое состояние. Все это может стать причиной возникновения близорукости и синдрома сухого глаза, которые способны повлечь за собой более серьезные проблемы.

Мышечно-скелетные нарушения у обучающихся приводят к нарушению трудоспособности и жизненной активности. Рабочая поза за компьютером во время обучения является для пользователей нефизиологической и вызывает определенные нарушения: застой крови, мышечные напряжения, в последующем – дегенеративные изменения позвоночника. Важной проблемой для здоровья пользователей компьютеров является статичность позы.

Неправильное положение спины – самая характерная ошибка при работе сидя. Чтобы сбалансировать нагрузку, некоторые стараются расположиться «зигзагом» или неправильно вытянуть шею для принятия ложной комфортной позы. Все эти положения не являются удобными, кроме того, могут привести к компрессии позвонков.

Гиподинамия. Значительно снизилась и двигательная активность участников педагогического процесса. Постоянное нахождение дома ограничивает движение и проявляется в отсутствии любой активности, кроме умственной. «Сидячий» образ жизни оказывает негативное влияние и на осанку – как следствие, развиваются сколиоз, остеохондроз и другие заболевания. Более того, низкий уровень физической активности оказывает негативное влияние на здоровье в целом, благополучие и качество жизни, а самоизоляция вызывает дополнительный стресс и ставит под угрозу психическое здоровье молодежи [1].

Аллергические реакции. Многочасовое сидение за компьютером вызывает существенный сбой защитных механизмов организма. Компьютер является источником аллергенов – даже самая качественная техника с правильным вентилятором во время работы может нагреваться. Стандартная плата при нагреве будет выделять значительное количество вредных веществ – экологи доказали, что по мере эксплуатации компьютера количество вредных веществ может существенно возрасти [3].

Дыхание во время работы за компьютером. Во время работы за компьютером человек непреднамеренно задерживает дыхание. Даже простой процесс печатания на компьютере может вызвать состояние легкого «апноэ» работы мозга, повышенное потоотделение и другие неприятные последствия.

Исходя из вышесказанного, проблема сохранения здоровья, профилактика заболеваний и формирование ЗОЖ в период дистанционного обучения являются одной из наиболее актуальных проблем образования. Увеличение психологической и эмоциональной нагрузки обучающихся в период дистанционного обучения требует внедрения специальных подходов к здоровьесберегающим образовательным технологиям, а именно санитарно-гигиенических, психологических, медицинских и физкультурно-оздоровительных мероприятий, таких как:

1. Эргономика учебного места должна обеспечивать поддержание рациональной рабочей позы при работе за компьютером, позволит изменять позу с целью снижения статического напряжения мышц шейно-плечевой области и спины для предупреждения развития утомления.

2. Правильная рабочая поза позволяет избегать перенапряжения мышц, способствует лучшему кровотоку и дыханию.

3. Чередование нагрузки. Оптимальной формой распределения нагрузки считается та, при которой на каждом перерыве (через 1,5 ч дистанционного занятия) организм получает физическую нагрузку.

4. Соблюдение санитарно-гигиенических условий в помещении – температура 19-20⁰С, влажность – 55-62%, частое проветривание помещения, ежедневная влажная уборка.

5. Режим сна и бодрствования. Сон очень важен для перевода информации из оперативной памяти в долговременную, кроме того, снимает усталость. В связи с чем полноценный сон ночью и кратковременный дневной сон (1 час) позволит обучающимся

эффективно усваивать учебный материал. Прогулки на свежем воздухе необходимы в течение дня для насыщения организма кислородом.

6. Организация питания. Питаться нужно 4-5 раз в день небольшими порциями. Рацион должен состоять из достаточного количества белков, витаминов и растительных жиров.

Таким образом, при соблюдении здоровьесберегающих технологий можно минимизировать последствия продолжительной работы за компьютером, сохранить и укрепить физическое и психологическое состояние обучающегося.

Список литературы.

1. Татьянаенко А.А., Татьянаенко С.А. Здоровье студентов в период дистанционного обучения [Текст] // Международный журнал экспериментального образования. – 2021. – № 2. – С. 26-30.

2. Загоркина Н.А. Влияние дистанционного обучения на здоровье студентов высших учебных заведений. [Текст]: непосредственный // Социальные аспекты здоровья населения. – 2021. – Т. 67. № 3. – С. 7-11.

3. Досбергенова, С.Ж. Влияние дистанционного обучения на здоровье и образ жизни студентов // Молодой ученый. – 2021. – № 16 (358). – С. 37-38. URL: <https://moluch.ru/archive/358/80175/> [Текст]: электронный.

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ГЕНЕЗИСА ДЕПРЕССИВНЫХ РЕАКЦИЙ

Есенкова Н.Ю.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Российская Федерация

Актуальность. Десятилетия фундаментальных и клинических исследований позволили раскрыть генетические, молекулярные, нейрофизиологические, нейробиологические основы депрессивных расстройств, выявить клинические, психологические, социоэкономические, демографические предикторы, разработать алгоритмы лечения. Несмотря на эти достижения, депрессия остается распространенным заболеванием с небольшим количеством стратегий по профилактике и лечению.

Наш интерес направлен на изучение личностных особенностей людей с депрессивными реакциями. Депрессивные реакции на события, связанные с потерей и разочарованием, встречаются довольно часто. Однако в ряде случаев эти реакции сохраняются или усиливаются и приводят к клинически значимым эпизодам депрессии.

Депрессивные реакции мы относим к категории психосоматического реагирования, субнозологическим нарушениям, которые носят временный и парциальный характер. Представляется допустимым рассматривать их в рамках диатез-стресс буферной модели и концепции адаптационного барьера личности, предложенной Ю.А. Александровским [1, 3].

Модель стресс-диатеза утверждает, что все люди имеют различную степень «диатеза» или уязвимости к депрессии. Сам по себе диатез не является причиной, но он может быть спровоцирован, когда человек переживает стрессовые жизненные события. На эту взаимосвязь могут дополнительно влиять вмешивающиеся третьи переменные, которые могут либо усиливать эту взаимосвязь, либо служить буфером, противодействующим аверсивному воздействию стрессоров, тем самым предотвращая развитие депрессивных реакций или смягчая их последствия.

Мы предполагаем, что при усилении давления на барьер психической адаптации и истощении резервных возможностей происходит надрыв барьера, и рамки приспособительной деятельности сужаются, возникает патологическое реагирование, формируются более тяжелые по клинике формы психогенных расстройств (от реакций до состояний).

Цель исследования: выявить дифференцирующие личностные характеристики лиц с депрессивными реакциями с целью разработки персонализированных целевых интервенций в процессе консультативно-терапевтической деятельности.

Материалы и методы: клиничко-психологический метод, анкетирование, многомерный опросник исследования самооотношения (С.Р. Пантелеев), тест «Жизнеспособность взрослого человека» (А.В. Махнач).

Описание выборки исследования. Общий объем выборки составил 60 человека (25 мужчин, 35 женщин). Средний возраст испытуемых – 23 года (20-25 лет). В экспериментальную группу вошли респонденты, проявляющие депрессивные реакции, в количестве 37 человек, контрольную группу составили условно здоровые испытуемые в количестве 37 человек. Наследственной отягощенности по депрессии не имеют. Для статистического анализа нами были использованы методы описательной статистики; методы сравнительной статистики (непараметрический критерий U Манна-Уитни). Все расчеты проводились с использованием статистического пакета фирмы STATISTICA 10.0.

Результаты. В самооотношении находят отражение все возможные аспекты измерений отношения индивида к себе как личности. Согласно модели С.Р. Пантелеева, самооотношение представляет собой иерархически-динамическую систему, связывающую когнитивные механизмы самооценивания и переживания эмоционально-ценностного отношения к собственной личности.

Отметим, что компоненты отношения к себе организованы по принципу динамической иерархии, в которой в каждый момент времени определенная модальность эмоционального отношения может выступать в качестве ядерной структуры системы и определять содержание и устойчивость самоотношения [5].

Анализ структуры самоотношения у лиц с депрессивными расстройствами выявляет доминирование компонента «Самообвинение». Он и определяет общий уровень итогового самоотношения, который обуславливает преобладание преимущественно негативного тона отношения к себе с наличием устойчивых аффективных комплексов, сопровождаемых тревожностью и повышенной рефлексией, порой болезненным вниманием к внутренним переживаниям, несмотря на высокую самооценку собственных качеств. Вместе с тем сохраняется адекватный образ «Я», отсутствует стремление повысить позитивный эмоциональный тон отношения к себе путем вытеснения. Остальные показатели самоотношения находятся на среднем уровне выраженности.

Мы предполагаем, что настоящие результаты согласуются с теорией Я-сфокусированного внимания, которая утверждает, что данный феномен поддерживает и усиливает депрессию, происходящую из-за неспособности или нежелания индивида выйти из цикла саморегуляции после потери главного источника самоуважения, смысла жизни. Сосредоточенность на себе может привести к самобичеванию, усилению аффекта и неблагоприятным изменениям в самовосприятии, и все это может привести к ухудшению настроения по спирали. Настойчивость в фокусировке может достигать такой степени, когда и поведение, и события атрибутируются индивидом как имеющие только внутренние причины, таким образом, тенденция фиксироваться на утрате значительно усугубляет тенденцию к самообвинению. Также велика роль когнитивных искажений, автоматических мыслей.

Постепенно распространяющаяся на все сферы человеческой жизнедеятельности самокритичность в совокупности с тенденцией интерпретировать все свои поступки и их последствия сквозь призму чувства вины убеждает человека в наличии негативных личностных характеристик, тем самым закрепляет негативный Я-образ. Как результат, хроническое состояние сфокусированности на себе у индивида может сформироваться негативный Я-образ.

В структуре самоотношения в группе лиц, не проявляющих депрессивные расстройства, определены следующие ведущие компоненты: самоуверенность, самооценочность, самопринятие. Следовательно, они имеют представление о себе как самостоятельном, волевом человеке, которому есть за что себя уважать, заинтересованы в своем Я и предполагают собственную ценность для других. Они проявляют способность простить себе недостатки и промахи, возможно, даже относятся к ним весьма поверхностно, порой с отрицанием.

Сравнительный анализ с использованием критерия U Манна-Уитни выявил статистически значимые различия по следующим шкалам: «Открытость» ($U=449$ при $p \leq 0,01$), «Самоуверенность» ($U=248$ при $p \leq 0,01$), «Саморуководство» ($U=322$ при $p \leq 0,01$), «Зеркальное Я» ($U=404$ при $p \leq 0,01$), «Самоценность» ($U_{\text{эмп}}=386,5$ при $p \leq 0,01$), «Самоуважение» ($U=532,0$ при $p \leq 0,05$), ($U=527,0$ при $p \leq 0,05$), «Самопривязанность» ($U=214,0$ при $p \leq 0,01$), «Конфликтность» ($U=228,0$ при $p \leq 0,01$), «Самообвинение» ($U=238,5$ при $p \leq 0,01$).

Выводы. Таким образом, проведенный анализ свидетельствует о том, что испытуемые с депрессивными расстройствами склонны думать о себе как о недостаточно самостоятельном и волевом человеке, не способном противостоять судьбе. Временами испытывают сомнения в ценности собственной личности, в способности вызывать уважение, симпатию, одобрение. Иногда склонны ожидать от других негативного

отношения. Также они более подвержены тревожно-депрессивным состояниям, склонны к самокопанию и рефлексии, конфликтной аутокоммуникации, которые протекают на общем негативном эмоциональном фоне по отношению к себе.

Самозффективность включает веру в способность индивида мобилизовать мотивацию, когнитивные ресурсы и действия для оказания влияния на то или иное событие [4]. Самозффективность рассматривается учеными как важный когнитивный фактор, который влияет на целеполагание и настойчивость, на каузальные атрибуции и мотивацию, а также на ряд других когнитивных и эмоциональных факторов, воздействующих на поведение [2].

В группах сравнения показатели самозффективности значимо ниже у испытуемых с депрессивными реакциями ($p\text{-level}=0,001$).

Следовательно, опыт длительных неудач, встреча с негативными жизненными событиями, переживание субъектом неподконтрольности существенно подрывают веру в способность индивида мобилизовать мотивацию, когнитивные ресурсы и действия для оказания влияния на то или иное событие, осуществлять контроль над стрессом, собственным функционированием, конкретными жизненными событиями.

Настойчивость определяет самодисциплину индивида и его желание продолжить борьбу за восстановление баланса после воздействия неблагоприятных событий жизни. Настойчивость является частью социального поведения человека, обеспечивающего ему адаптацию в социуме. Ее основополагающее значение состоит в способности продолжать делать начатое и продвигаться вперед в том направлении, которое человек выбирает сам [4].

В группах сравнения показатели настойчивости значимо ниже у испытуемых с депрессивными реакциями ($p\text{-level}=0,001$). Таким образом, в сравнении со здоровыми испытуемыми лица с депрессивными реакциями испытывают трудности в осваивании новых, необходимых для ситуации навыков, в меньшей мере способны переопределять или изменять свои внутренние реакции, когнитивно переоценивать трудные ситуации и разрабатывать новые цели, планы за счет целенаправленного анализа ситуации.

Таким образом, самоотношение лиц с депрессивными реакциями характеризуется конфликтностью, преобладанием преимущественно негативного тона отношения к себе с наличием устойчивых аффективных комплексов, сопровождаемых тревожностью и повышенной рефлексией. Значимо снижаются уровни самозффективности и настойчивости. Результаты настоящего исследования могут быть использованы в создании психопрофилактической программы, в диагностике психологических свойств личности как факторов психологической предрасположенности, обеспечении дифференцированного подхода к лечению психосоматических больных.

Список литературы.

1. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства: учебное пособие. 3-е изд. – 2000. – 301 с.
2. Булышко Н.А., Коломейцев Ю.А. / Н.А. Булышко, Ю.А. Коломейцев // К проблеме самозффективности личности в психологии // Веснік МДПУ імя І. П. Шамякіна. – 2009. – № 3 (24). Режим доступа: URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/k-probleme-samoeffektivnosti-lichnosti-v-psihologii>, pdf свободный (дата обращения: 26.04.2023).
3. Великанова Л.П., Шевченко Ю.С. / Л.П. Великанова, Ю.С. Шевченко // Первичная профилактика психосоматических расстройств. Часть III // Социальная и клиническая психиатрия. – 2006. – № 3. Режим доступа URL:<https://cyberleninka.ru/article/n/pervichnaya-profilaktika-psihosomaticeskikh-rasstroystv-chast-iii> (дата обращения: 26.04.2023).
4. Махнач А.В. Жизнеспособность человека и семьи. Социально-психологическая парадигма. – ФГБУН Институт психологии РАН, 2016. – 640 с.
5. Пантеев С.Р. Самоотношение как эмоционально-оценочная система. – М. : Изд-во Моск. ун-та, 1991. – 100 с.

РОЛЬ ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИИ ПРИ ПСИХОДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ

Абдуллаева Ю.А., Пожидаева М.Н.

Курский государственный медицинский университет, Курск, Российская Федерация

Актуальность. В современном мире, несмотря на всевозможные достижения в медицине и фармакологии, повсеместно отмечается активный рост возникновения различных хронических дерматологических заболеваний. Вследствие чего возрастает также и количество коморбидной психической патологии, сопровождающей данные заболевания. Также стоит отметить, что и роль психического компонента в качестве ведущего фактора в динамике развития дерматозов, несомненно, высока.

Несмотря на безусловную важность генетической предрасположенности в возникновении всевозможных кожных заболеваний, результаты последних исследований выявили, что психогенные факторы выступают в качестве триггера обострений данных патологий. В связи с чем вопрос лечения данных больных должен рассматриваться исключительно как мультидисциплинарная проблема совместной работы психотерапевта и дерматолога. Поэтому можно считать, что традиционная терапия больных кожными заболеваниями уступает комплексному лечению в своей эффективности.

Так, в настоящее время одной из основных целей лечения в дерматологии должно стать не только устранение кожных и сопровождающих их симптомов, но и соответствующее лечение сопутствующей психической симптоматики: депрессия, панические атаки, тревожные состояния, социальные фобии, приступы неконтролируемой агрессии, коррекция нарушений сна и т.п.

Цель исследования – выявление преимуществ комбинированной терапии кожных заболеваний, сопровождаемых психическим компонентом перед монотерапией.

Материалами и методами исследования послужил анализ научной литературы. Прежде чем начать анализировать эффективность тех или иных методов лечения, необходимо сначала определить их суть. В связи с чем встает вопрос о понимании определения психодерматологии и психофармакотерапии. Психодерматология – это довольно юное направление в дерматологии, направленное прежде всего на рассмотрение взаимосвязи между патологическим кожным процессом и состоянием психики человека.

Основные виды расстройств, входящие в интересы данной дисциплины:

1. Психофизиологические расстройства (те патологии, на проявления которых влияет психическое состояние пациента).
2. Психические расстройства, маскированные кожной симптоматикой, за появление которой напрямую ответствен человек вследствие того, что сам наносит себе различные повреждения.
3. Вторичные психические расстройства, возникающие как результат длительно протекающей дерматологической патологии.
4. Расстройства кожной чувствительности при отсутствии соматического заболевания и нарушения психоэмоциональной сферы.

Большое разнообразие заболеваний кожи, так или иначе связанных с психическим состоянием человека, несомненно, усложняет работу врача-дерматолога и побуждает к изучению психофармакотерапии.

Психофармакотерапия – это направление психотерапии, включающее в себя применение различных фармакологических средств.

В данной работе было рассмотрено лечение такого психофизиологического расстройства, как псориаз.

В одной из рассматриваемых нами статей в «Сибирском медицинском журнале» были приведены результаты исследования, которое проводилось на добровольцах из числа стационарных больных, находящихся на лечении по поводу различных клинических форм псориаза. Всего приняли участие в исследовании 37 человек, среди которых 20 женщин, что составило примерно 54% всех участников. Возрастные рамки данного исследования находились в промежутке между 18 и 60 годами. Всех пациентов также объединяло наличие у них, помимо дерматологической патологии, симптомов тревоги. Для 19 из них проводили комплексное лечение, заключающееся в сочетании традиционной терапии с использованием современного транквилизатора. Для больных из второй группы не использовали психофармакотерапию.

По истечении месяца проводимой терапии были получены следующие результаты: в основной группе у 8 (42,1%) больных наблюдалось значительное улучшение, у 9 (47,1%) больных – клиническое улучшение, у 2 (10,6%) – незначительное улучшение. В группе больных, не получавших селективный анксиолитик, к концу месяца терапии значительное улучшение наблюдалось у 2 (11,2%) больных, клиническое улучшение – у 7 (38,9%) и незначительное улучшение – у 9 (50%).

В другой же статье, опубликованной в «Дальневосточном медицинском журнале», был проведен опрос, в ходе которого были выделены две группы согласно психоэмоциональному профилю. Цель данного исследования – определение преимуществ комплексной терапии хронических кожных заболеваний и сопутствующих психических компонентов. Было проведено анкетирование, по результатам которого пациентов разделили на 2 основных типа – психотический и невротический. Согласно данному разделению пациенты получали психофармакотерапию в комбинации с наружным лечением дерматозов. Пациенты контрольных групп (10) с аналогичными дерматозами не получали психофармакотерапии на фоне стандартного мазевого лечения. Результаты исследования показали, что комплексная психофармакотерапия во многом превосходит монотерапию, также у обследуемых (больные дерматозами) отмечалась стабилизация эмоционального состояния, и у трети пациентов основных обследуемых групп наблюдалось улучшение состояния кожного процесса на неделю раньше, чем в контрольных группах.

Результаты. Анализируемые нами исследования демонстрируют, что наиболее эффективным является лечение, сформированное вследствие индивидуального подхода специалиста к каждому случаю заболевания, учитывая особенности основного психопатологического синдрома в структуре патологии. При этом терапия коморбидной психической патологии в таких случаях приводит к улучшению прогноза и качества жизни пациентов. Данные исследования демонстрируют недостатки монотерапии коморбидной патологии в сравнении с комплексным подходом к лечению.

Выводы. В ходе проведенного анализа результатов научных статей можно с уверенностью сказать, что при лечении психосоматических кожных заболеваний целесообразен подход, являющийся результатом совместной работы врачей – психиатра и дерматолога и предусматривающий комплексное использование дермато– и психотропных средств. Подбираемая индивидуально комплексная терапия резко повышает эффективность лечения кожных заболеваний, снижает интенсивность зуда, удлиняет длительность ремиссий, приводит к регрессу психопатологической симптоматики (аффективные, невротические, соматизированные расстройства) и улучшает качество жизни пациентов. Грамотный врач должен понимать, что монотерапия дерматологических заболеваний осталась далеко в прошлом и является «недостаточной» при лечении дерматозов, ассоциированных с психическим заболеванием.

Список литературы.

1. Терёшин К.Я., Панюшкина Н.П., Толоконникова А.Л., Воропаев С.Ф. Коррекция психоэмоционального и кожного статуса больных некоторыми хроническими дерматозами // Дальневосточный медицинский журнал. – 2015. № 2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/korreksiya-psihoemotsionalnogo-i-kozhnogo-statusa-bolnyh-nekotorymi-hronicheskimi-dermatozami> (дата обращения: 20.04.2023).
2. Адаскевич В.П., Кирпиченко А.А., Морозова А.А. Психодерматология как важный компонент профессиональной подготовки дерматолога // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. – 2019. – Т. 10. № 4. – С. 741-748.
3. Гончаров С.В., Пастернак Е.В., Чепрасова А.С. К вопросу о комплексном обследовании и лечении больных кожным зудом, атопическим дерматитом и нейродермитом с применением антидепрессантов // Вісник морської медицини. – 2018. – № 1 (78). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/k-voprosu-o-kompleksnom-obsledovanii-i-lechenii-bolnyh-kozhnym-zudom-atopicheskim-dermatitom-i-neyrodermitom-s-primeneniem> (дата обращения: 20.04.2023).

ПСИХООНКОЛОГИЯ: МЕСТО И МЕТОДЫ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ЛЕЧЕНИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Федоровская Ю.А.

Курский государственный медицинский университет, Курск, Российская Федерация

Актуальность. Онкопатология является одной из наиболее острых медицинских и социальных проблем, влияющих не только на соматическое здоровье людей, но и на ментальное. Онкологические заболевания меняют привычный уклад жизни, сталкивают больного и его родственников и близких с экзистенциальными проблемами, так как возникает реальная угроза жизни. Болезнь разрушает иллюзию справедливости в мире, и человек может потерять смысл жизни [5]. Кроме того, у пациента может возникать чувство одиночества, поскольку даже близкие не могут пережить боль и страдания, с которыми неизбежно сталкивается онкобольной.

Целью данной работы является изучение роли психотерапии, а также методов психокоррекционных и психотерапевтических воздействий в лечении онкологических больных.

Материалы и методы: анализ прочитанной литературы.

Результаты. На фоне онкологического заболевания развиваются довольно значимые психологические проблемы. Но, несмотря на это, психоонкология, как отдельная область, появилась только в последней четверти прошлого века [2]. Данный раздел, объединяющий медицину и психологию, занимается изучением взаимосвязи психических и физических аспектов онкологических заболеваний. Психоонкология направлена на решение широкого спектра задач, таких как организация медицинской и психологической помощи пациентам и их семьям, обучение медицинского персонала, работающего с пациентами, изучение превентивной роли поведенческих факторов в развитии онкологии, а также лечение возникающих психических расстройств [2].

Психотерапевтическая помощь онкологическим больным оказывается с целью преодоления негативных эмоциональных состояний, формирования адекватного отношения к болезни, себе, окружающим, своему будущему с помощью специальных психокоррекционных программ [1].

Специалисты, работающие с онкологическими больными, сталкиваются с множеством задач, но все их можно объединить в две группы. Во-первых, необходимо помочь пациенту осознать свое заболевание и принять его как факт, чтобы вести полноценную жизнь. Это может быть достигнуто путем стимуляции пациента к самоисследованию и формированию адекватной позиции к заболеванию. Другая группа задач направлена на пересмотр отношения человека к жизни и смерти. Это возможно через принятие злокачественного характера патологии, через изменение устоявшегося мнения о себе и своей болезни [1].

Течение заболевания, реабилитация больного, его жизнь в семье и обществе во многом зависят от отношения пациента к болезни и ее лечению [4]. В связи с этим актуально изучение отношения больных с онкологическими заболеваниями к психотерапевтическому лечению. Выделяют следующие типы отношения:

- Гармонический – пациенты осознают, что больны тяжелым заболеванием, мотивированы к лечению и систематически посещают психотерапевта.
- Формально гармонический – пациенту необходима постоянная мотивация для посещения психотерапевта, так как пациент с недоверием относится к данному виду лечения.
- Апатически-анозодисфорический – пациенты безразличны к своей болезни и не заинтересованы в лечении.

- Анозогнозический – пациенты не осознают, что больны онкологическим заболеванием, и считают, что психотерапевтическая помощь им вовсе не нужна.

Для проведения профессиональной психотерапевтической помощи онкологическим больным не существует единых стандартов [3]. С одной стороны, работа может заключаться только в том, чтобы помочь пациенту принять лечение своего заболевания. С другой стороны, может потребоваться комплекс методов. Все зависит от мировоззрения пациента, его установок и принципов, его мотивации и желания. Поэтому важно найти индивидуальный подход к каждому пациенту и построить доверительные отношения.

Психотерапия подразделяется на индивидуальную и групповую [1]. Индивидуальная психотерапия, или психотерапевтическая консультация, направлена на проработку индивидуальных реакций человека на заболевание. Групповая психотерапия позволяет пациенту делиться своими чувствами, переживаниями, страхами с другими людьми с подобными диагнозами. В процессе группового взаимодействия люди учатся поддерживать друг друга и получают опыт решения похожих проблем.

Психотерапевтическая консультация может включать в себя такие методы, как:

- Клиническая беседа, в процессе которой пациент делится не только своими переживаниями, но и известной ему информацией о заболевании. Специалист, в свою очередь, оценивает качество этой информации и мотивацию к лечению. Кроме беседы по поводу заболевания затрагиваются такие темы, как отношения в семье, с ближайшим окружением, опыт травмирующих событий в прошлом и реакция на них [3].

- Кризисная интервенция направлена на работу с переживаниями пациента в связи с заболеванием, но не с личностными проблемами. В отличие от клинической беседы психолог в данном случае выступает в качестве активного слушателя. Этот метод имеет место при работе с пациентами, склонными к суициду [3].

- Техники саморегуляции представляют собой воздействие больного на самого себя с целью формирования навыка управления своим эмоциональным состоянием. Воздействие может происходить вербально (с помощью слов), невербально (с помощью мысленных образов), путем управления тонусом мышц и дыханием [3].

- Динамическая психотерапия имеет дело с вытесненными переживаниями больного, которые становятся актуальными в связи с заболеванием.

- Гештальт-терапия ориентирована на преодоление алекситимии – трудность в описании своего состояния, своих чувств и ощущений. Многие онкологические больные страдают алекситимией, что негативно сказывается на отношении к болезни и лечению [1].

- Когнитивно-поведенческая терапия имеет дело с такими проблемами, как искаженное восприятие себя и окружающего мира, навязчивые мысли, неспособность пациента изменить отношение к себе и своей болезни. Очень эффективно создание визуальных образов. Например, как лейкоциты уничтожают опухолевые клетки, как эти клетки выводятся из организма, как опухоль уменьшается в размерах (метод Саймонтона К. и Саймонтона С.) [3]. Визуализация помогает больному почувствовать контроль над своим выздоровлением.

- Арт-терапия. Через рисунок человек показывает специалисту эмоции и чувства, которые он испытывает, но не может выразить их вербально.

- Экзистенциальная терапия занимается вопросами смысла жизни, жизненных ценностей и жизненного пути личности. Данный метод психотерапии направляет пациента к принятию полной ответственности за свою жизнь.

Таким образом, психотерапия является важной составляющей комплексного лечения онкологических заболеваний. Она помогает пациентам не только бороться со своими страхами и переживаниями, но и изменяет отношение человека к своему

состоянию, мотивирует его к борьбе со своим заболеванием. Такое разнообразие методов психотерапии позволяет подобрать индивидуальную тактику в лечении каждого пациента.

Список литературы.

1. Ивашкина М.Г. Опыт психокоррекционного и психореабилитационного сопровождения личности в условиях онкологического заболевания / М.Г. Ивашкина // Лечебное дело. – 2010. – С. 50-54.

2. Каратаева Т.А. История развития психоонкологии в мире / Т.А. Каратаева, А.В. Васильева, Е.П. Лукошкина // Онкопсихология для врачей онкологов и медицинских психологов. – СПб. : Издательство АНО «Вопросы онкологии», 2018. – С. 35-50.

3. Обзор методов психологического консультирования и психотерапии, применяемых в работе с онкологическими пациентами / Е.В. Пестерева [и др.] // Онкопсихология для врачей онкологов и медицинских психологов. – СПб. : Издательство АНО «Вопросы онкологии». – 2018. – С. 176-191.

4. Османов Э.М. Психотерапия в онкологии / Э.М. Османов // Вестник ТГУ. – 2007. – Т. 12, № 3. – С. 351-354.

5. Чулкова В.А. Онкологическое заболевание: экстремальная ситуация и психологический кризис / В.А. Чулкова, Е.В. Пестерева // Онкопсихология для врачей онкологов и медицинских психологов. – СПб. : Издательство АНО «Вопросы онкологии». – 2018. – С. 68-87.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ФАБОМОТИЗОЛА В ПРАКТИКЕ ПСИХОТЕРАПЕВТА ПРИ РАССТРОЙСТВАХ АДАПТАЦИИ

Клабуков П.П., Левченко Е.В.

Курская клиническая психиатрическая больница, Курск, Российская Федерация

Расстройство адаптации – это патологическое состояние, возникающее при отсутствии возможности адаптироваться к меняющимся условиям жизни, сопровождающееся симптомами эмоциональных расстройств, нарушением социальной адаптации и снижением работоспособности [1]. Подобные состояния относятся к психогенным расстройствам невротического уровня. Предрасполагающими факторами для формирования расстройств адаптации могут служить как внешние обстоятельства, связанные с психоэмоциональным потрясением, так и личностные особенности индивида. Расстройства приспособительных реакций могут быть следствием утраты близкого человека, развода, рождения ребенка, смены места жительства или работы, невозможности достижения поставленных целей (состояние фрустрации) [1, 2].

Расстройства адаптации сопровождаются полиморфной патопсихологической симптоматикой невротического круга. Аффективные нарушения депрессивного спектра, снижение фона настроения, восприятие себя и окружающего мира в негативном свете, чувство беспомощности. Астенические проявления, снижение энергетического тонуса, раздражительность, трудности в концентрации и удержании внимания, снижение трудоспособности. Тревожные состояния, чувство напряжения, страх будущего. Поведенческие нарушения, замкнутость, отказ от социальной коммуникации, склонность к формированию зависимостей.

Несвоевременное обращение к специалисту может привести к осложнениям в виде развития стойких невротических или соматоформных расстройств, формированию невротического расстройства личности [2].

Успешная адаптация является ключевым фактором для поддержания физического и психического здоровья [3].

Нейропсихологический индекс адаптации (НПА) отражает психическое здоровье и связан с уровнем нейропсихологической стрессоустойчивости. НПА также имеет значение для определения возникновения и патофизиологии психосоматических расстройств. Если организм более жизнеспособный и адаптивный, то барьерная система более развита, что помогает предотвратить переход от одной стадии патологического процесса к другой стадии. Фармакологическая коррекция дезадаптации считается одним из наиболее перспективных направлений для исследований в медицине.

Фабомотизол – это препарат, разработанный в Институте фармации имени Закусова. Он является оригинальным и селективным анксиолитиком, который не относится к классу бензодиазепиновых агонистов. Препарат обладает анксиолитическим действием и не вызывает побочных эффектов, свойственных обычным седативным средствам (сонливость, мышечная релаксация, потеря памяти). Одним из ценных преимуществ фабомотизола является его нейропротекторное действие.

Установлено, что фабомотизол взаимодействует с сигма1-рецепторами, данный вид рецепторов оказывает непосредственное модулирующее влияние на подавляющую часть основных нейромедиаторных систем, такие как гамма-аминомасляная кислота, серотонин, норадреналин, дофамин и ацетилхолин, а также на NMDA-регулируемые организмом глутаматные эффекты [5].

Первоначально в 1976 году рецепторы сигма 1 считались подтипом опиоидных рецепторов, но последующие исследования специалистов показали, что это отдельный класс рецепторов внутри клетки. Эти упоминаемые рецепторы достаточно широко распространены в организме человека, находятся в различных структурах центральной

нервной системы и экспрессируются как на глиальных клетках, так и на нейронах. Особенно высокая концентрация рецепторов сигма 1 наблюдается в областях, ответственных за память, эмоции, сенсорные способности и мелкую моторику, таких как гиппокамп (от др.-греч. ἵππόκαμπος), зубчатая извилина (лат. gyrus dentatus), гипоталамус (лат. hypothalamus), обонятельная доля, слои коры головного мозга, substantia nigra compacta, красное ядро, спинной мозг и спинной дорсальный рог [7].

Важной особенностью рецепторов сигма 1, расположенных в эндоплазматическом ретикулуме (лат. reticulum) выступает их способность перемещаться внутриклеточно и регулировать внутриклеточные функции, непосредственно связанные в основном с регуляцией внутриклеточных сигнальных каскадов и нейротрансмиттерных систем.

Взаимодействие между рецепторами сигма 1 и системой NMDA предполагает регуляторное действие комплекса NMDA-рецепторов, который играет важную роль в процессе обучения, развития памяти, протекающих нейродегенеративных процессах и согласно глутаматной теории в этиологии депрессии [6].

Цель исследования: изучение влияния фабомотизола на выраженность нервно-психической дезадаптации у жителей Курской области.

Материал и методы исследования.

В данном исследовании использовались психодиагностические и статистические методы. Психодиагностическое тестирование проводилось с помощью теста нервно-психической адаптации (НПА) [4], шкала использовалась для оценки психического здоровья по категориям на континууме «здоровье-болезнь». Отметим, что он не является популярным инструментом практики в клинической (патологической) диагностики, но используется для «количественной оценки» обычных уровней нервно-психической адаптации.

Тест нервно-психической адаптации делит испытуемых на пять групп психического самочувствия здоровья, используемых в науке и практике психиатрии: здоровые – группа 1 (0-10 баллов); почти здоровые с хорошим прогнозом – группа 2 (11-20 баллов); почти здоровые с плохим прогнозом (преморбидные) – группа 3 (21-30 баллов); легкая патология – группа 4 (31-40 баллов); патология с плохим прогнозом – группа 5 (41-104 балла).

Тест на нервно-психическую адаптацию занимает 10-15 мин. Процесс обработки бланковых материалов занимает менее минуты, тест не требует специальных навыков, поскольку речь идет только о подсчете количества баллов, полученных обследуемым.

Статистическая обработка полученных результатов проводилась с помощью программы IBM SPSS Statistics 23. Статистическая значимость различий была установлена на уровне $P \leq 0,05$.

Из пациентов, обратившихся за амбулаторной психотерапией, в исследование были включены 40 пациентов, которые прошли тест и соответствовали следующим измеряемым критериям: возраст 18-60 лет, фактическое отсутствие сопутствующих тяжелых физических заболеваний, требующих постоянного приема лекарств в острой фазе. Пациенты, участники эксперимента, были разделены на две группы в соответствии с полом, возрастом и коморбидностью. Первая исследуемая контрольная группа (19 пациентов) получала стандартную психотерапию, включающую поведенческую психотерапию, психотерапию эмоциональных расстройств и релаксационную терапию. Вторая экспериментальная группа (21 человек) в дополнение к стандартной психотерапии получала 30 мг фабомотизола в день, по 10 мг в трех разделенных дозах во время еды. Продолжительность терапии составляла восемь недель с частотой психотерапевтических сеансов два раза в неделю. Отметим, что в обеих группах тест проводился до, через четыре недели и после лечения.

Результаты исследования и их обсуждение.

Распределение степени нейропсихологической дезадаптации показало, что по относительному значению, 32,5% респондентов вошли в 3 группу (21-30 баллов), а 67,5% в 4 группу (31-40 баллов). Степень дезадаптации была выше у женщин, чем у мужчин. Средний балл в контрольной группе составил 31, средний балл в экспериментальной группе 33.

Исследование показало, что на фоне стандартной психотерапии в контрольной группе через четыре недели средний балл составил 26, через восемь недель 19. В экспериментальной группе средний балл через четыре недели составил 21, через восемь недель 17.

Терапевтический эффект разной степени выраженности при балльной оценке наблюдали у всех пациентов обеих групп (100%). В контрольной группе очень хороший – у 5 (26,3%), хороший – у 12 (63,2%) больных и удовлетворительный – у 2 (10,5%) человек. В экспериментальной группе очень хороший – у 9 (42,9%), хороший – у 10 (47,6%) и удовлетворительный у 2 (9,5%).

В целом пациенты, получавшие лечение фабомотизолом, продемонстрировали более быстрое и качественное улучшение нервно-психической адаптации по сравнению с пациентами, получавшими обычную психотерапию. В целом, после лечения фабомотизолом пациенты продемонстрировали значительное снижение социального напряжения, почти полное исчезновение аффективных расстройств и улучшение качества сна.

Учитывая достаточно высокую распространенность нейропсихологической дезадаптации, применение анксиолитического препарата фабомотизола представляется терапевтически оправданным и целесообразным. Важным практическим результатом применения фабомотизола является улучшение показателей качества жизни пациентов, измеряющих состояние здоровья, самооценку и социальное благополучие.

Список литературы.

1. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. – «Геотар-Медиа», 2007. – 710 с.
2. Бабин С.М., Бомов П.О., Васильева А.В., Зотова А.В. и др. Невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства. – СПб. : Изд-во СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2015. – 42 с.
3. Волжин А.И., Субботин Ю.К. Адаптация и компенсация – универсальный механизм приспособления. – М. : Медицина, 1987. – 176 с.
4. Гурвич И.Н. Тест нервно-психической адаптации // Вестник гипнологии и психотерапии, 1992. № 3.
5. Разумная Ф.Г., Камилов Ф.Х., Капулер О.М., Муфазалова Н.А. К ФАРМАКОЛОГИИ АФОБАЗОЛА // Фундаментальные исследования. – 2014. – № 7-4. – С. 848-855.
6. Cobos, E.J. Pharmacology and therapeutic potential of sigma1 receptor ligands / E.J. Cobos, J.M. Entrena, F.R. Nieto et al. // Current Neuropharmacology. – 2008. – Vol. 6. – P. 344-366.
7. Guitart, X. Sigma receptors: biology and therapeutic potential / X. Guitart, X. Codony, X. Monroy // Psychopharmacology (Berl). – 2004. – Vol. 174. – P. 301-319.

ДИНАМИКА ВЫЯВЛЯЕМОСТИ НОВЫХ СЛУЧАЕВ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В КУРСКОЙ ОБЛАСТИ СРЕДИ ЛИЦ, ПОТРЕБЛЯЮЩИХ НАРКОТИЧЕСКИЕ ВЕЩЕСТВА

Пашина И.В., Алферов Д.В., Бреусов А.В.

Курский государственный медицинский университет, Курск, Российская Федерация

Исследование выполнено за счет гранта Российского научного фонда № 23-28-10301, <https://rscf.ru/project/23-28-10301/>.

Начальные этапы эпидемии ВИЧ-инфекции характеризуются преобладанием парентерального пути передачи вируса, при котором значительная доля новых случаев приходилась на потребителей инъекционных наркотиков [1]. В дальнейшем возрастала роль полового пути распространения инфекции [2, 3], но период 2020-2022 гг. – пандемия коронавируса – характеризуется значительным усилением рисков наркотизации, снижением контроля за выявлением незаконного оборота и потребления наркотиков [4, 5]. Эпидемиологический процесс ВИЧ-инфекции на протяжении многих лет рассматривается как явление, имеющее значительные корреляционные связи с наркопотреблением, вплоть до изучения заболеваемости ВИЧ как косвенного индикатора наркотизации [6, 7]. Ожидаемое обострение проблемы наркомании во время и после пандемии коронавируса делает актуальным изучение всех сопутствующих этому явлений, включая заболеваемость ВИЧ-инфекцией.

Материалы и методы исследования. Исследование выполнено на основе официальных данных информационного бюллетеня и баз данных Центра профилактики и борьбы со СПИД ОБУЗ «Курская областная многопрофильная клиническая больница» с применением методов описательной статистики.

Результаты. По данным информационного бюллетеня Центра профилактики и борьбы со СПИД ОБУЗ «Курская областная многопрофильная клиническая больница» за 2023 год число обследованных на ВИЧ-инфекцию среди лиц, потребляющих наркотические вещества в Курской области с 2017 по 2022 годы, постоянно снижается. Так в 2017 году число обследованных на ВИЧ-инфекцию было 2019 человек, а в 2022 году 847 человек. Число выявленных новых случаев серопозитивных к ВИЧ-инфекции, среди обследованных к ВИЧ-инфекции в Курской области среди потребителей наркотиков следующее: в 2017 году – 37 человек, в 2018 году – 39 человек, в 2019 году – 17 человек, в 2020 году – 12 человек, в 2021 году – 8 человек и в 2022 году – 9 человек. Так как невозможно провести оценку динамики выявления ВИЧ-инфекции среди лиц, потребляющих наркотические вещества по абсолютным показателям, нами была использована относительная величина – число новых выявленных случаев серопозитивных на 100000 обследованных сывороток. Динамика данного показателя следующая: в 2017 году – 1832,6 на 100000 обследованных, в 2018 году – 2801,7 на 100000 обследованных, в 2019 году – 1337,5 на 100000 обследованных, в 2020 году – 1452,8 на 100000 обследованных, в 2021 году – 1284,1 на 100000 обследованных и в 2022 году – 1062,6 на 100000 обследованных. В 2018 и в 2020 годах было увеличение этого показателя на 52,9 % и 8,6% соответственно по отношению к предыдущему году. А в 2019, 2021 и в 2022 годах этот показатель был ниже по сравнению с предыдущим годом на 52,2%, 11,6% и 17,2% соответственно.

Выводы. Резкое снижение числа обследованных отмечается с 2020 года, на наш взгляд, это связано с ограничительными мероприятиями, проводимыми в медицинских организациях Курской области во время пандемии новой коронавирусной инфекции COVID-19, что несомненно повлияло на плановое обращение граждан за медицинской помощью. Снижение числа выявляемости новых случаев серопозитивных к ВИЧ-инфекции среди потребителей наркотиков на 100000 обследованных отмечается с 2021 года, что позволяет судить о позитивной динамике данного показателя.

Список литературы.

1. Развитие эпидемии ВИЧ-инфекции в России / В.В. Покровский, Н.Н. Ладная, А.Т. Голиусов, Е.В. Буравцова // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2001. – № 1. – С. 10-15.
2. Волобуева, А.С. Первичная заболеваемость вич-инфекцией в регионах России в 2015-2016 годах / А.С. Волобуева, И.В. Пашина // Перспективы развития современной медицины : сборник научных трудов по итогам международной научно-практической конференции, Воронеж, 11 декабря 2017 года. Том Выпуск IV. – Воронеж: Инновационный центр развития образования и науки, 2017. – С. 31-33.
3. Тимошилов, В.И. Половые инфекции и ВИЧ в Российской Федерации и регионах Черноземья в 2014-2019 годах : Заболеваемость, проблемы и пути развития мониторинга / В.И. Тимошилов. – Курск : Курский государственный медицинский университет, 2021. – 96 с.
4. Моисеев, Н.А. О некоторых криминогенных факторах, оказавших влияние на наркоситуацию в Белгородской области в 2020 году / Н.А. Моисеев, Н.Г. Новоселов // Проблемы правоохранительной деятельности. – 2021. – № 4. – С. 6-11.
5. Тимошилов, В.И. Наркоситуация в Курской области в период пандемии COVID-19: первичная заболеваемость и возрастная структура вновь выявленных случаев наркологических расстройств / В.И. Тимошилов, А.Г. Ластовецкий, Ю.В. Бобрик // Таврический медико-биологический вестник. – 2022. – Т. 25, № 1. – С. 44-49. – DOI 10.37279/2070-8092-2022-25-1-44-49.
6. Горный, Б.Э. Комплексная оценка распространенности состояний, связанных с потреблением психоактивных веществ в Красноярском крае / Б.Э. Горный // Бюллетень Сибирского отделения Российской академии медицинских наук. – 2004. – Т. 24, № 4. – С. 24-26.
7. Наркомания в распространении и формировании эпидемии ВИЧ-инфекции / О.Е. Симакина, Н.А. Беляков, В.В. Рассохин, Н.Б. Халезова // Морская медицина. – 2020. – Т. 6, № 2. – С. 7-24. – DOI 10.22328/2413-5747-2020-6-2-7-24.

ПРОБЛЕМА КОМОРБИДНОСТИ В СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЕ. АФФЕКТИВНЫЕ И ДРУГИЕ НЕВРОТИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ В ОБЩЕМЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ

Колотилина Т.В., Акимова Д.А.

Курский государственный медицинский университет, Курск, Российская Федерация

Актуальность. Современный мир – не самая здоровая экологическая и социальная среда. Она устроена так, что не может не оказывать влияния как на физическое, так и на психическое здоровье человека. Современное здравоохранение никак не может стоять на месте, человечество нуждается в новых подходах к изучению заболеваний, влиянию их друг на друга и на качество жизни больных. Любое соматическое заболевание в малой или большей степени оказывает влияние на работу центральной нервной системы, заставляя ее работать в стрессовом режиме. От тяжести и длительности этого заболевания, а также перспектив его лечения будет зависеть психический статус больного, он может варьироваться как от незначительной эмоциональной реакции в виде грусти и переживаний, так и до развития аффективных и других невротических расстройств. Так, например, такие заболевания, как бронхиальная астма, хронический бронхит, артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, с которыми человеку придется жить и бороться всю жизнь, могут привести к развитию депрессии или тревожного расстройства, что только усугубит его состояние, значительно ухудшит качество жизни и течение основного заболевания. Такое сочетание нескольких заболеваний разных систем организма носит название коморбидности. Данная проблема набирает все большие обороты в современной жизни и медицине. Поэтому просто необходимо умение своевременно выявлять зависимость между соматическими и психическими патологиями, понимать их связь между собой и то, как важен комплексный подход и помощь со стороны специалистов иного профиля. Очень часто бывает, что пациенты годами наблюдаются у терапевтов, кардиологов, эндокринологов. Врачи данных специальностей обследуют, лечат основное заболевание, но не уделяют должного внимания психическому здоровью пациентов, не придают значения в силу своего профиля работы или считают симптомы психопатологии ничем иным, как просто переживаниями по поводу своей болезни, то есть нормальной реакцией. Я считаю данный подход неверным, ведь знания о связи и взаимовлиянии соматических и психических заболеваний могут поспособствовать более эффективному и успешному лечению пациентов, предотвращению осложнений. Следовательно, в введении таких больных необходима работа в тандеме с врачами – психиатрами, психотерапевтами. Таким образом, считаю важным уделить особое внимание данной проблеме.

Цель исследования: изучить проблему коморбидности, проанализировать связь соматических заболеваний с аффективными и другими невротическими расстройствами, их взаимовлияние в общей медицинской практике. Для достижения поставленной цели было необходимо решить ряд задач: обзор литературы по вопросам, посвященным коморбидности аффективных и других невротических расстройств в общей медицинской практике, проанализировать статьи, посвященные данной проблеме, и сделать выводы.

Методы исследования: аналитический, контент-анализ.

Результаты исследования. В ходе изучения данной проблемы было отмечено, что Всемирной организацией здравоохранения проводилось множество международных исследований, согласно которым различные психопатологии выявлены у 24% больных в общей медицинской практике, 10,4% приходится на депрессивные состояния и 10,5% на тревожные [1]. Причем чаще всего психопатологии выявляются у пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, такие как хроническая сердечная недостаточность, артериальная гипертензия, перенесенный инфаркт миокарда [5].

А также было отмечено, что смертность пациентов с депрессией после перенесенного инфаркта миокарда в течение года в 3-6 раз выше, чем у тех, кто не страдает депрессивным расстройством. Предлагаю проанализировать статью, посвященную тематике коморбидности тревожно-депрессивных расстройств и общесоматической патологии. Авторами было проведено исследование среди 126 человек разного пола, возраст варьировался от 21 до 59 лет. Были определены две основные группы больных: первая с хроническими заболеваниями дыхательной системы, такими как хронические бронхиты, бронхиальная астма, и вторая с сердечно-сосудистой патологией – с артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца. В ходе исследования были применены психометрические тесты – шкала Центра эпидемиологических исследований CES-D, госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS, а также шкала проявлений тревожности Тейлора [2]. В результате проведенной работы было выявлено, что у 35 пациентов по шкале HADS есть клинически выраженные признаки депрессии и тревоги, что равно 27,78%, субклинически выраженные тревога и депрессия у 27% (21,43%), без признаков психопатологии 64 пациента (50,79%). А также по шкале CES-D определили 15 пациентов с тяжелой депрессией, со средней депрессией 15 и 25 с легкой депрессией. У 71 пациента не отмечалось симптомов, характерных для депрессии. Шкала Тейлора определила 75 пациентов со средним и высоким уровнем тревоги. Таким образом, благодаря психометрическим методам удалось отследить наличие признаков депрессии и тревоги у больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы и с хроническими заболеваниями органов дыхания. Пациентам с выраженными показателями уровня тревожности и с признаками депрессивного расстройства необходима помощь врача-психиатра или психотерапевта.

Далее предлагаю к рассмотрению следующий материал, посвященный изучению психопатологического профиля пациентов с жалобами со стороны желудочно-кишечного тракта, обследованных психиатром в условиях амбулаторного приема и гастроэнтерологического стационара. В нем исследована связь заболеваний уже другой системы организма – желудочно-кишечного тракта и психопатологий.

Проводилось следующее исследование: врач психиатр обследовал 151 больного гастроэнтерологического стационара, разного пола, в возрасте от 18 до 69 лет. В результате проведенной работы было зафиксировано, что среди данных пациентов у 58,3% присутствуют невротические расстройства (преимущественно у 16,6% паническое расстройство, у 11,9% обсессивно-компульсивное расстройство, генерализованное тревожное расстройство у 33,1%, ипохондрическое расстройство у 15,2%), а также у 42,4% больных депрессивные состояния [3].

Причем пациенты, которые проходили лечение комплексно, совместно с психиатром, отметили значительное улучшение состояния в отличие от тех, кто получал лечение только у гастроэнтеролога. Что доказывает связь соматических заболеваний и психопатологий и необходимость подхода к терапии врачей нескольких профилей [4].

Заключение. В результате проведенного обзора материалов, посвященных проблеме коморбидности соматических заболеваний и психопатологии, удалось определить, что у большого количества больных в общей медицинской практике присутствуют симптомы аффективных и других невротических расстройств, преимущественно это тревожные и депрессивные состояния. Исследования пациентов с патологиями сердечно-сосудистой, дыхательной и пищеварительной систем показали, что действительно такие больные нуждаются в консультации психиатра или психотерапевта и что при совместном комплексном подходе врачей терапевтического и психиатрического профиля эффективность лечения будет значительно выше, а осложнения заболеваний минимизируются.

Список литературы.

1. Психиатрия: национальное руководство / Под ред. Т.Б. Дмитриева, В.Н. Кранова, Н.Г. Незнанова, В.Я. Семке, А.С. Тиганова. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 624 с.
2. Смулевич А.Б. Депрессии при психических и соматических заболеваниях. 4-е изд., перераб. и доп. – М. : Медицинское информационное агентство, 2005. – 64 с.
3. Хритинин Д.Ф. Лекции по психиатрии и наркологии. – 4-е изд., перераб. и дополн. – М. : Издательский дом БИНОМ, 2020. – 376 с.
4. Роль психологической коррекции в комплексном лечении больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью / Г.Л. Юренев, Н.А. Сирота, Д.Т. Дичева, Е.Н. Биткова, И.В. Маев // Терапевтический архив. – 2014. – Т. 86. № 8. – С. 42-49.
5. Ромасенко Л.В. Депрессия и сердечно-сосудистые заболевания / Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2009. – № 3-4. – С. 8-12.

МОТИВЫ СОХРАНЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ РАЗНЫХ ТИПАХ ГОТОВНОСТИ К МАТЕРИНСТВУ

Горелова И.С., Земзюлина И.Н.

Курский государственный медицинский университет, Курск, Российская Федерация

Актуальность. От отношения матери к ребенку зависит его интеллектуальное, эмоциональное и личностное развитие [1]. Отношение к ребенку более четко формируется на этапе беременности и определяется ее мотивами.

На данный момент наблюдается недостаточная разработанность проблемы мотивационной сферы беременных женщин, в частности, отсутствуют исследования связи мотивов сохранения беременности и типов готовности к материнству.

Мотивы беременности – это совокупность движущих сил личности женщины, вызванных рождением ребенка, которые направляют будущую мать к достижению разного рода целей и личностной реализации. В психике мотивы представляются в совокупности и не всегда осознаются. Мотивы могут быть конструктивными и деструктивными [5]. Мотивы беременности характеризуют отношение к беременности и появлению ребенка.

Наш интерес представляют мотивы, которые могут преобладать при разных типах готовности к материнству.

Психологическая готовность к материнству рассматривается С.Ю. Мещеряковой как специфическое личностное образование, стержневой образующей которого является субъект-субъектная ориентация в отношении к еще не родившемуся ребенку [3]. Адекватно сформированная психологическая готовность к материнству – это основа для женщины, чтобы принять задачу рождения ребенка [2; 6].

Цель исследования – изучить преобладающие мотивы беременности при разных типах готовности к материнству.

В соответствии с целью были выделены следующие задачи:

- определить типы готовности к материнству у беременных женщин;
- изучить преобладающие мотивы сохранения беременности.

Материалы и методы. В исследовании применялись следующие методы: интервью; наблюдение; психодиагностические методики; математико-статистический анализ результатов. В качестве психодиагностического материала использовался тест «Фигуры» Г.Г. Филипповой и методика исследования мотивов сохранения беременности Л.Н. Рабовалюк. Математико-статистический анализ производился с помощью программы Microsoft Excel.

Участники исследования. В исследовании приняли участие замужние женщины, не имеющие физиологических проблем с репродуктивным здоровьем, с первой беременностью (3 триместр) в возрасте от 23 до 29 лет в количестве 23 человек.

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

Результаты. В результате обработки данных, полученных с помощью теста «Фигуры», участники исследования разделились на 3 группы (по типам готовности к материнству): женщины с адекватным (9 человек), конфликтным (8 человек) и игнорирующим типом (6 человек).

Мотивы сохранения беременности диагностировались с помощью блоков методики Л.Н. Рабовалюк: 1) желанность беременности; 2) отношение к материальным затруднениям; 3) стремление быть матерью; 4) ощущение ограничения свободы; 5) негативно-обвиняющий стиль переживания беременности; 6) степень тревожности к материнству; 7) стремление соответствовать социальным ожиданиям; 8) стремление

иметь ребенка, который воплотит нереализованные планы; 9) деструктивные мотивы сохранения беременности; 10) страхи и компенсации [4].

83% женщин с игнорирующим типом отношения к материнству указывали на нежеланную беременность, но не планировали ее прерывать. 87% женщин с конфликтным типом и все женщины с адекватным типом готовности утверждали о запланированной беременности и желании иметь ребенка.

Уровень субъективной тревожности по поводу материальных затруднений в группах представлен средними показателями: адекватный тип – 9,5 (низкий уровень); конфликтный тип – 14,9 (средний уровень); игнорирующий тип – 17,5 (средний уровень). Женщины с конфликтным и игнорирующим типом демонстрируют общую обеспокоенность за будущее малыша, убеждены в том, что ребенок является финансовой нагрузкой для семьи.

Стремление быть матерью распределено таким образом по средним значениям: адекватный тип – 46,6 (высокий уровень); конфликтный тип – 37,8 (высокий уровень); игнорирующий тип – 12,3 (низкий уровень). У женщин с адекватным и конфликтным типом наблюдаются конструктивные мотивы сохранения беременности. У женщин с игнорирующим типом отсутствует истинное стремление быть матерью.

Средние значения по уровню субъективного ощущения ограничения свободы: адекватный тип – 14 (низкий уровень); конфликтный тип – 20,4 (средний уровень); игнорирующий тип – 30,8 (высокий уровень). Для женщин с адекватным типом материнство является ценностью. Женщины с конфликтным типом выражают противоречивое отношение к ценности ребенка. Женщины с игнорирующим типом характеризуются неготовностью жертвовать своим временем ради детей и семьи.

Полученные средние значения по уровню негативно-обвиняющему стилю переживания беременности показывают низкий уровень у адекватного типа (16,6), средний уровень у конфликтного типа (22,3) и средний уровень у игнорирующего типа (26,7). У женщин с адекватным типом отсутствуют переживания об изменении тела вследствие беременности. Женщины с конфликтным и игнорирующим типом высказывают негативные мысли о последствиях беременности для своего здоровья.

Получены средние значения по степени тревожности к материнству: адекватный тип – 13,6 (низкая); конфликтный – 21,6 (средняя); игнорирующий – 31,5 (средняя). При адекватном типе готовности к материнству наблюдаются небольшие проблемы, касающиеся неготовности к материнству. При конфликтном и игнорирующем типе – небольшая степень пессимизма в отношении беременности и рождения ребенка.

При изучении стремления соответствовать социальным ожиданиям получены следующие результаты: адекватный тип – 19,1 (низкий уровень); конфликтный – 28,3 (средний уровень); игнорирующий – 21,2 (низкий уровень). При адекватном и игнорирующем типе наблюдаются стремление к индивидуальности, уход от социальных ожиданий. У женщин с конфликтным типом наблюдается мотив сохранить беременность в целях соответствия социальным ожиданиям. Этим может объясняться сам тип отношения к беременности: конфликт между желаниями и социальными установками.

При адекватном типе готовности к материнству отмечается средняя степень (29,7) стремления реализоваться в будущем ребенке. При конфликтном типе высокая степень (37, 1), при игнорирующем – низкая (18,2). Женщины с адекватным типом готовности говорили о том, что хотят дать ребенку то, чего не дали им родители, при этом учитывают, что у ребенка могут быть и свои потребности. При конфликтном типе наблюдается сильное желание иметь ребенка, который воплотит нереализованные планы матери. Женщины с игнорирующим типом считают, что ребенок – не средство для реализации себя.

Диагностика деструктивных мотивов сохранения беременности выявила низкий уровень при адекватном типе (12,6), средний уровень при конфликтном (17,6) и игнорирующем типе (16,8). Адекватный тип готовности характеризуется отсутствием деструктивных мотивов. У женщин с конфликтным и игнорирующим типом прослеживается тенденция к сохранению брака посредством манипулирования беременностью.

Изучение уровня страхов и компенсации их при помощи беременности дало следующие результаты: адекватный тип – низкий уровень (12,7); конфликтный – низкий уровень (12,3); игнорирующий – средний уровень (16,2). У женщин игнорирующего типа готовности имеются некоторые опасения, которые требуют психологической коррекции.

Выводы. При адекватном типе готовности к материнству выявлены следующие мотивы сохранения беременности: истинное желание иметь ребенка; желание посвятить себя материнству; стремление к индивидуальности; желание реализовать в ребенке некоторые планы, беременность – не средство для манипулирования.

Конфликтный тип готовности к материнству характеризуется следующими мотивами: ребенок вызывает некоторые материальные затруднения; большое желание иметь ребенка; конфликт ценности ребенка и других ценностей; убеждение в негативном влиянии беременности на здоровье; небольшие проблемы, воспринимаемые как препятствие к материнству; мотив следования социальным ожиданиям; желание реализовать в ребенке собственные мечты; тенденция к сохранению брака посредством манипулирования беременностью.

Игнорирующий тип готовности к материнству отличается следующими мотивами: ребенок – финансовая нагрузка; эгоистическая направленность (нежелание жертвовать своими интересами ради ребенка); убеждение в негативном влиянии беременности на здоровье; некоторые проблемы, затрудняющие материнство; ребенок – не средство для самореализации; тенденция к сохранению брака посредством манипулирования беременностью; компенсация страхов посредством беременности.

Таким образом, адекватный тип готовности к материнству сопровождается конструктивными мотивами, конфликтный и игнорирующий тип – деструктивными.

Список литературы.

1. Кригер, Г.Н. Готовность молодых женщин к материнству и воспитанию детей / Г.Н. Кригер, Л.М. Федотова // *Личность, семья и общество: вопросы педагогики и психологии*. – 2013. – № 30. – С. 153-159.

2. Малышко, И.С. Готовность к материнству при нарушении репродуктивного здоровья / И.С. Малышко // *Психология здоровья и болезни: клиничко-психологический подход* : Материалы X Юбилейной Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, Курск, 26-27 ноября 2020 года. Том Часть II. – Курск: Курский государственный медицинский университет, 2020. – С. 94-97.

3. Мещерякова, С.Ю. Психологическая готовность к материнству / С.Ю. Мещерякова // *Вопросы психологии*. – 2000. – № 5. – С. 18-27.

4. Рабовалюк, Л.Н. Методика исследования мотивов сохранения беременности (МИМСБ) / Л.Н. Рабовалюк // *Молодой ученый*. – 2012. – № 6. – С. 350-356.

5. Салтыкова, Ю.Ю. Связь мотивов сохранения беременности с личностными особенностями будущих матерей / Ю.Ю. Салтыкова // *Молодежь – науке и практике: Взгляд в будущее: Сборник материалов международной научно-практической конференции*, Калуга, 12–13 декабря 2017 года / Под ред. И.П. Краснощеченко. – Калуга: ФБГОУ ВПО «Калужский государственный университет им. К.Э. Циолковского», 2017. – С. 502-509.

6. Филиппова, Г.Г. Материнство и основные аспекты его исследования в психологии / Г.Г. Филиппова // *Вопросы психологии*. – 2001. – № 2. – С. 22-36.

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА: ПРОБЛЕМА СОВРЕМЕННОСТИ

Гурова Е.С., Сошкина Е.Н., Юркина А.В.

Курский государственный медицинский университет, Курск, Российская Федерация

Существует неразрывное единство соматической и психической составляющих человеческого организма, приводящее к тому, что в большинстве случаев расстройства и патологические изменения в одной области обязательно приводят к нарушению и истощению в другой. Итак, психические расстройства, будучи первоначальными, могут вызывать соматические заболевания и наоборот. Иногда психическое расстройство проявляется в виде ложного, кажущегося наличия соматического заболевания [1].

На современном этапе развития медицины подтверждено влияние личностных свойств и психопатологических расстройств пациентов на подверженность к развитию более 45 соматических заболеваний, среди которых наиболее распространенными являются стенокардия, АГ, аритмия, бронхиальная астма, СД, язвенная болезнь желудка, различные виды дерматитов и онкологические патологии [2]. В результате этого колоссально возрос интерес к изучению специфики коморбидных соотношений психических и соматических расстройств, важных не только в возникновении и течении психосоматических заболеваний, но и психопатологических симптомокомплексов, выявленных на фоне соматического недуга.

Неразрешенные личностные проблемы и стресс могут вызвать всевозможные недомогания – от боли в горле до ИБС. Доктор Фландерс Данбар из Пресвитерианского госпиталя, находящегося в Нью-Йорке, был убежден в том, что люди с характерным типом психики подвержены определенным болезням. Например, у людей с повышенной тревожностью, исполнительностью и раздражительностью в совокупности с пониженной самооценкой и неуверенностью в себе огромный риск развития язвенной болезни желудка. Данное состояние напряжения влечет за собой спазм гладких мышц стенок желудка; наступающая ишемия сопровождается снижением сопротивляемости этих тканей, что в дальнейшем приводит к манифестации язвы [1].

С детства каждая личность формирует собственные стереотипы поведения – подсознательно закрепленные алгоритмы реакций на сложные жизненные ситуации. Если человек привык испытывать стресс от мелких неприятностей и тяжело переживать ошибки, то негатив будет накапливаться, и организм запустит защитную реакцию в виде соматических заболеваний, например, простуды.

Большую роль при формировании психосоматики играет темперамент личности. Например, люди с меланхолическим типом подавляют свои эмоции, имитируя спокойствие. С таким типом характера в организме вырабатывается меньше эндорфинов и больше кортизола, снижающего иммунную защиту организма [3].

Для определения влияния психоэмоциональных факторов на возникновение соматических заболеваний было проведено анкетирование среди студентов 5 курса лечебного факультета Курского государственного медицинского университета.

Методы: анкетирование, обработка медицинской информации.

В анкетировании приняли участие 110 студентов 5 курса лечебного факультета Курского государственного медицинского университета.

На вопрос: «Часто ли вы подвержены стрессу?» 74,9% студентов ответили: «Да, часто», 15,9% студентов ответили: «Нет, редко», 9,2% студентов ответили: «Не знаю, не замечал». А вот 38,4% опрошенных на вопрос: «Легко ли вам принять решение в стрессовой ситуации?» ответили: «Да, легко», 44,6% – «Нет, очень сложно», 17% – «Не знаю, не задумывался». На вопрос: «Влияет ли ваше настроение на общее состояние организма?» студенты ответили, что «Да, влияет» – 79,3%, «Нет, не влияет» – 9,8%, «Затрудняюсь ответить» указали 10,9%. 41,7% опрошенных на вопрос: «Проявляете ли

вы свои эмоции публично?» ответили: «Да, проявляю», а 58,3% утвердительно ответили: «Нет». На вопрос: «Делитесь ли вы своими проблемами с близкими?» 62,8% опрошенных ответили: «Да, делюсь», 25,1% ответили: «Нет, не делюсь», а 12,1% ответил: «Затрудняюсь ответить». 37,2% опрошенных на вопрос: «Легко ли вы переносите критику?» ответили: «Легко», 48,5% – «Тяжело переношу», 14,3% – «Затрудняюсь ответить». На вопрос: «Испытываете ли вы тревогу без причины?» 67,2% студентов ответили: «Испытываю», 24,8% сказали: «Не испытываю», 8% ответили: «Затрудняюсь ответить». 18,8% опрошенных студентов на вопрос: «Полностью ли вы расслабляетесь во время отдыха?» ответили: «Да, полностью», 68,9% ответили: «Нет, не получается», 12,3% ответили: «Затрудняюсь ответить». На вопрос: «Есть ли у вас хронические заболевания?» 15,1% студентов ответили: «Есть, одно», 7,2% – «Есть, несколько», 47,9% – «Нет», 29,8% указали: «Затрудняюсь ответить». 69,8% студентов на вопрос: «Замечали ли вы, что при стрессовых ситуациях происходит обострение хронических заболеваний?» ответили: «Замечал(а)», 15,6% ответили: «Не замечал(а)», 14,6% ответили: «Затрудняюсь ответить».

Таким образом, студенты 5 курса лечебного факультета Курского государственного медицинского университета в большей степени подвержены психоэмоциональным воздействиям, что обусловлено наличием у респондентов различных соматических заболеваний.

Подводя итоги, эмоциональное состояние зависит от причинно-следственных связей и протекает в рамках жестких нейродинамических соглашений. В результате возникает устойчивое повышение тонуса многих заинтересованных внутренних органов, и образуется соматическая патология. Механизм данных заболеваний таков: отрицательное психическое воздействие порождает эмоциональное напряжение, стимулирующее нейроэндокринную систему и ВНС, вследствие чего возникает функциональная трансформация, приводящая при долгом существовании стрессора к изменениям на органном уровне [4].

В нашем нынешнем времени, где люди подвержены множествам отрицательным психоэмоциональным влияниям, необходимо научиться управлять своим состоянием и изменить отношение к стрессорам. На эмоции людей влияет не то, что происходит, а то, как сами люди воспринимают происходящее. Для того, чтобы контролировать свой психоэмоциональный фон, необходимо спокойно воспринимать ситуации, позитивно мыслить, создать гармоничную атмосферу для себя, наладить питание и физическую активность, а также вспоминать положительные моменты. Любому человеку, если он хочет сохранить свое здоровье, необходимо менять свои привычки, то есть перестать заикливаться на негативных эмоциях и стараться больше внимания обращать на позитивные вещи и новости. В современной жизни эмоции имеют огромную значимость в патогенезе ряда соматических нарушений, поэтому следует четко разграничивать состояния, обусловленные болезненными изменениями (тревога, плохое настроение, страх), и исходные доболезненные эмоциональные состояния, проводя для этого диагностику. Психосоматические расстройства – это, действительно, проблема современности, с которой нужно бороться!

Список литературы.

1. Великанова Л.П., Шевченко Ю.С. Психосоматические расстройства: современное состояние проблемы (часть 1) // Социальная и клиническая психиатрия. 2015. № 4. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/psihosomaticheskie-rasstroystva-sovremennoe-sostoyanie-problemy-chast-1> (дата обращения: 25.04.2023).
2. Медведев В.Э. Психосоматические заболевания: концепции и современное состояние проблемы // Архивъ внутренней медицины. 2013. № 6. URL:

<https://cyberleninka.ru/article/n/psihosomaticheskie-zabolevaniya-kontseptsii-i-sovremennoe-sostoyanie-problemy> (дата обращения: 25.04.2023).

3. Социальная психология: учебное пособие для высших учебных заведений / под ред. А.А. Радугина. – М. : Библионика, 2016.– 496 с.

4. Психосоматика и телесная терапия: Практическое руководство / под ред. М.Е. Сандомирского. – М. : Независимая фирма «Класс», 2013. – 592 с.

ИССЛЕДОВАНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВЫРАЖЕННОСТИ СТРЕССА У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ФАКУЛЬТЕТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛОВОЙ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ

Фомичева Я.А.

Курский государственный медицинский университет, Курск, Российская Федерация

Актуальность. Тема статьи считается востребованной, несмотря на то, что было множество исследований по данному вопросу, авторы не пришли к единому заключению.

Цель исследования. В статье обсуждаются результаты обзора научной информации на тему выраженности стресса у студентов медицинского факультета в зависимости от гендерных различий. Оценивается выраженность стресса как фактор, влияющий на способность к обучению и успешности обучения на данном факультете.

Материалы и методы. Обзор научной литературы по выбранной тематике.

Как известно, стресс является частым симптомом для подавляющего числа студентов, как во время учебного процесса, так и в особенности во время сессии. Стрессовое состояние способно приводить к нарушениям в когнитивной, поведенческой, эмоциональной сфере, а также стать толчком к развитию соматических заболеваний у человека.

Есть два вида стресса – «эустресс», который способствует адаптации человека к сформировавшимся условиям, улучшает психические реакции и внимание; «дистресс» является патологическим видом стресса, который не только не способствует приспособлению к окружающим условиям, но и ведет к дезорганизации.

Основоположником концепции стресса принято считать канадского ученого Ганса Селье. Стрессом (от англ. stress – давление, нажим, напряжение) он назвал неспецифическую реакцию организма на разнообразные повреждающие воздействия.

По мнению В.А. Бодрова, стресс – это «функциональное состояние организма и психики, которое характеризуется существенными нарушениями биохимического, физиологического, психического статуса человека и его поведения в результате воздействия экстремальных факторов психогенной природы (опасность, угроза, сложность или вредность условий жизнедеятельности)» [3, с. 1]. Для студентов, естественно, нет угрозы жизнедеятельности, однако человек озабочен целью избежать неудачи, достигать цели, играет роль беспокойство за будущее и другие причины, которые для студента являются первостепенными.

Некоторые исследователи проводят корреляцию между мужским и женским полом в стрессоустойчивости. И, действительно, при рассмотрении общих последствий действия острого и хронического стресса на представителей разных полов можно отметить, что в теории женщины в плане сохранения соматического здоровья более устойчивы к разнообразным видам стресса по сравнению с представителями противоположного пола, что проявляется в числе прочего и в большей продолжительности жизни женщин [2, с. 4]. Например, риск сердечно-сосудистых заболеваний у мужчин выше, чем у женщин [5].

Однако нельзя быть категоричными и оценивать без объективных свидетельств.

Для исследования стрессоустойчивости в статье Е.Н. Репиной «Гендерные особенности стрессоустойчивости студентов» проведено тестирование, где участвовали студенты 1 курса, средний возраст которых составлял 18-19 лет (60 человек, из них 30 девушек и 30 юношей). Обучающиеся протестированы с помощью Бостонского теста на стрессоустойчивость (тест «Анализ стиля жизни»). Результатом уровня стрессоустойчивости являлась сумма набранных баллов. Анализ результатов теста выявил низкий уровень стрессоустойчивости у 20% юношей, набравших максимальное количество баллов в пределах 52-58. В группе обследованных девушек низкая стрессоустойчивость выявлена у 33% респондентов [4, с. 3].

Исходя из вышеописанного исследования, следует, что стрессоустойчивость студентов мужского пола первого курса несколько выше, чем у девушек из той же группы. Необходимо уточнить, что чувствительность к стрессу студентов 1 курса значительно ниже, чем у старших курсов. Нельзя не отметить, что на чувствительность к стрессу влияют не только пол и возраст, но и множество других психоэмоциональных и моральных черт человека. К примеру, экстраверты в своем большинстве чаще подвержены стрессу в отличие от тех же интровертов.

В исследовании также доказано, что стрессоустойчивость у студентов выше, если проводится активное взаимодействие внутри группы. Социальная среда и общение в сходных кругах способствуют уверенности и поддержке в коллективе.

В статье «Гендерные особенности проявления стресса» автор утверждает, что данные о гендерных различиях при исследовании стресса являются незначительными, так как имеет место несоответствие между эмоциональным интеллектом [1]. В остальных аспектах преобладает качественная разница. Мужчины и женщины в равнозначной мере переживают стресс, однако женщины чаще выражают эмоциональные реакции на нестандартную ситуацию.

Результаты и выводы. Вопрос различий стрессоустойчивости мужчин и женщин всегда пользовался спросом. Ведутся дискуссии и исследования на данную тему. В написании этой работы передо мной стояли определенные цели, содержание которых описывается в вступительном разделе. Проанализировав информацию, можно сделать вывод о том, что незначительные различия в стрессоустойчивости мужчин и женщин, в том числе студентов, есть, однако чувствительность к стрессовым факторам зависит не только от пола, но и от возраста, типа темперамента, степени эмоционального интеллекта, социального фактора.

Низкая стрессоустойчивость создает неблагоприятные условия для обучения, освоения образовательной программы. Необходимо отметить, что постоянный хронический стресс ухудшает когнитивные и эмоциональные сферы, а также способствует развитию соматических заболеваний.

Для здорового психоэмоционального состояния студентам рекомендуется соблюдать режим дня, регулярно питаться и спать необходимое количество времени для хорошего самочувствия.

Список литературы.

1. Гендерные особенности проявления стресса. URL: <https://studfile.net/preview/11790572/page:4/> (дата обращения 28.04.23).
2. Дмитриева Т.Б. Половые и гендерные аспекты стрессоустойчивости / А.З.Дроздов // Российский психиатрический журнал. – 2010. – С. 4-5.
3. Киселева, Е.В. Стресс у студентов в процессе учебно-профессиональной подготовки: причины и последствия / Е.В. Киселева, С.П. Акутина. – Текст: непосредственный // Молодой ученый. – 2017. – № 6 (140). – С. 417-419. – URL: <https://moluch.ru/archive/140/39480/> (дата обращения: 28.04.2023).
4. Репина Е.Н. Гендерные особенности стрессоустойчивости студентов / О.В. Рогачевская // Вестник Сыктывкарского университета. Серия 2. Биология. Геология. Химия. Экология. – 2019. – С. 3-4.
5. Ginter E. The epidemic of cardiovascular disease in Eastern Europe // N. Engl. J. Med. – 1997. – Vol. 336, N 26. – P. 1915-1916.

РЕСУРСЫ КОПИНГОВОЙ АДАПТАЦИИ К ТРАВМАТИЧЕСКИМ СТРЕССОРАМ У КОМБАТАНТОВ – УЧАСТНИКОВ СВО

Мельниченко В.В.

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

Актуальность. Отдельные сведения о том, что военные действия наносят вред психическому здоровью человека, восходят к Первой мировой войне. Тем не менее большие централизованные исследования в рамках доказательной медицины стартовали в 1980-х годов после военного конфликта вооруженных сил США и Вьетнамской народной армии. Фокус внимания таких публикаций был сосредоточен на посттравматических психических последствиях. В основном изучалась роль боевых действий в развитии психических и неврологических расстройств, включая посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) и черепно-мозговую травму (ЧМТ) [1-6].

Согласно международным классификациям болезней диагноз «ПТСР» включает несколько критериев: наличие угрожающего по силе стрессора, симптомов вторжения, избегания травматических воспоминаний, негативные изменения в познании и настроении, изменения в возбуждении и реактивности [7]. Из-за наличия множества диагностических симптомов ПТСР является одним из самых разнородных психиатрических диагнозов. Существует 636 120 возможных диагностических комбинаций ПТСР (т.е. любой набор симптомов расстройства, при котором индивид соответствует критериям для этого расстройства, если у него или нее проявляется этот набор симптомов) [8-9]. С момента введения категории «посттравматическое стрессовое расстройство» в профессиональный психиатрический обиход было сделано несколько критических замечаний в отношении его диагностики. К ним относятся: совпадение симптомов, высокие показатели сопутствующей патологии с другими психическими расстройствами, неспособность диагностических критериев ПТСР отражать сложность реакции на травму и вариабельность конструкции ПТСР в разных контекстах и культурах [10]. В связи с этим мы направили наши диагностические и терапевтические усилия на конкретизацию понятия «посттравматические стрессовые реакции», его трансформацию в комплекс «посттравматических стрессовых состояний» в личносно ориентированном ключе. Таким образом, избранный нами путь гипотетически позволяет свободно, индивидуально-специфически повысить психологическую устойчивость личности, пострадавшей в результате боевых действий, а также расширить и дополнить терапевтические границы посттравматических состояний.

Изучение копингового поведения во время действия на человека экстремальных по силе травматических стрессоров позволяет рассмотреть в посттравматических стрессовых состояниях потенциал профилактических и лечебно-диагностических возможностей. Теоретическое осмысление ресурсов адаптации при решении проблем военного травматического стресса и его отсроченных последствий показывает, что субъективность и резервность человека, осуществляющего свой жизненный проект в условиях боевых действий, становятся источником его выздоровления.

Цель исследования: выделить и описать ведущие ресурсы копинговой адаптации к психическим травматическим стрессорам у лиц, которые принимали участие в СВО в течение одного года (март 2022 года – март 2023 года).

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 82 респондента в возрасте от 21 до 55 лет, которые были разделены на 3 группы: группа 1 (контрольная) – мобилизованные лица, участники СВО без признаков ПТСР – 24 чел. (29,3%); группа 2 – мобилизованные военнослужащие с признаками ПТСР и умеренными

последствиями боевой психической травмы (БПТ) – 40 чел. (48,8%) и группа 3 – мобилизованные лица с ПТСР и тяжелыми последствиями БПТ – 18 чел. (21,9%).

Опыт военной службы до событий специальной военной операции был отмечен у 15 чел. (18,2%), а у остальных (81,7%) отсутствовал вовсе. Участие в жизнеугрожающих боевых действиях было зафиксировано: у 8 чел. (10,0%) – в течение недели, у 51 чел. (62,2%) – на протяжении 1-6 мес., у 21 чел. (25,6%) – более 6 мес., у 2 чел. (2,2%) – более одного года. Отметим, что психическое состояние у части исследуемого контингента соответствовало дезадаптивным посттравматическим стрессовым состояниям (Z55-Z65) – 24 чел. (29,3%), у остальных 70,7% – реакциям на тяжелый стресс и нарушениям адаптации (F43.1) в рамках рубрик Международной классификации болезней 10-го пересмотра.

В качестве методического инструментария были выбраны опросники, направленные на исследование копинговых ресурсов личности: 1. Методика психологической диагностики копинг-механизмов Э. Хейма. 2. Опросник способов совладания Р. Лазаруса, С. Фолкмана.

Результаты. Среди испытуемых 1-й (контрольной) группы преобладал адаптивный копинг. Когнитивные копинг-стратегии чаще всего функционировали в сторону: «сохранение самообладания» – формы поведения, направленного на анализ возникших трудностей и возможных путей выхода из них, повышение самооценки и самоконтроля, более глубокое осознание собственной ценности как личности, наличие веры в собственные ресурсы в преодолении трудных ситуаций – 20 человек (83,3%). Среди эмоциональных копинг-стратегий превалировала «пассивная кооперация» – поведение, которое направлено либо на снятие напряжения, связанного с проблемами, либо на пассивное ожидание по типу «все разрешится и без моего участия» – 16 человек (66,7%). Среди поведенческих копинг-стратегий доминировало «сотрудничество» – 13 человек (54,2 от всех случаев).

Испытуемые 2-й группы выбирали относительно адаптивные копинговые стратегии, в ряде случаев – применительно к эмоциональной нагрузке – неадаптивные. Среди когнитивных копинг-стратегий выделялись: «придача смысла» – 25 человек (62,5%), «относительность смыслов» – 10 человек (25,0%). Эмоциональные копинг-стратегии чаще проявлялись в «подавлении эмоций» – 17 человек (42,5%). Среди поведенческих копинг-стратегий преобладала относительная «конструктивная активность» – поведение, характеризующееся стремлением к временному отходу от решения проблем с помощью алкоголя, лекарственных средств, погружения в любимое дело, путешествия, исполнения своих заветных желаний – 27 человек (67,5%).

Третья группа испытуемых оказалась более гетерогенной, чаще распределение пациентов колебалось на уровне проблемного и конструктивного копинга: присутствовали «диссимуляция» – 9 человек (50%), «игнорирование» – пассивные формы поведения с отказом от преодоления трудностей из-за неверия в свои силы и интеллектуальные ресурсы, с умышленной недооценкой неприятностей – 6 человек (33,3%). Среди эмоциональных копинг-стратегий чаще встречалось «самообвинение» – 10 человек (55,6%). Поведенческие копинг-стратегии широко были представлены: «отступлением» – поведением, предполагающим избегание мыслей о неприятностях, пассивность, уединение, покой, изоляция, стремление уйти от активных интерперсональных контактов – 8 человек (44,4%).

По результатам опросника способов совладания Р. Лазаруса, С. Фолкмана наиболее выраженным копинг-механизмом среди мобилизованных лиц стал механизм «принятие ответственности» (62,9%), далее по мере уменьшения степени выраженности – «положительная переоценка» и «планирование» (61,7%). За ними следовали такие механизмы, как «самоконтроль» и «социальная поддержка» (57,8%). В 54,3%

случаев испытуемые использовали в качестве копинг-механизма «дистанцирование», а в 50,8% случаев – «конфронтационный копинг». Наименее выраженным механизмом является «избегание» – 48,6%.

В 1-й группе, наряду с адаптивными способами совладания со стрессом, – «поиск социальной поддержки» (37,78%), «планирование решения проблемы» (20,0%), «самоконтроль» (13,33%), «принятие ответственности» (13,33%) – обнаруживались такие неадаптивные способы совладания, как «дистанцирование» (20,0%), «положительная переоценка» (17,78%). Статистически значимое различие между группами было выявлено в шкале «поиск социальной поддержки», что свидетельствует о том, что мобилизованные лица без признаков посттравматического стрессового расстройства, имеющие возможность отреагировать на коллективную сопричастность в боевой обстановке, способны стабилизировать индивидуальное психическое состояние.

Пациенты 2-й группы чаще использовали такие адаптивные способы совладания со стрессом, как «планирование решения проблемы» (26,67%), «самоконтроль» (22,22%), «принятие ответственности» (13,33%). У них же обнаружили такие неадаптивные способы совладания, как «дистанцирование» (24,44%), «бегство- избегание» (20,0%), «конфронтационный копинг» (20,0%). В таблице 1 приведены сведения о значительной роли «дистанцирования» ($14,68 \pm 0,56$), «бегства-избегания» ($12,91 \pm 1,12$) и «самоконтроля» ($14,65 \pm 0,27$) в дезадаптивной поведенческой направленности участников СВО с умеренными последствиями боевой психической травмы.

Испытуемые с тяжелыми последствиями боевой психической травмы достоверно предпочитали «поиск социальной поддержки» (45,64%), но в основном опирались на преодоление тяжелых жизненных ситуаций через неадаптивные стратегии – «дистанцирование» (35,45%), «бегство-избегание» (25,65%), «конфронтационный копинг» (24,36%). Отметим важность «поиска социальной поддержки» ($11,23 \pm 0,81$) в третьей группе испытуемых на уровне значимости тех мобилизованных лиц, которые оценивали свое психическое состояние «как приемлемое» (без признаков ПТСР). Главным образом эти данные свидетельствуют о приоритетной ценности общественных отношений в жизни комбатантов, не взирая на сущность, наличие, развитие посттравматических стрессовых состояний. В реабилитационном психотерапевтическом плане соответственно необходимо отдавать приоритет групповым формам взаимодействия, включая адаптационные копинги (например, принятие ответственности).

Выводы. Таким образом, мобилизованные лица, пройдя через экстремальное интенсивное стрессовое воздействие, показывают достаточный уровень зрелости адаптационных поведенческих ресурсов – копингов. Личность, переживающая травматические события, связанные с преодолением боевых трудностей, сознательно или бессознательно старается защитить сферу своей психики, стабилизировать ее работу с целью адаптации к окружающим условиям и более адекватного ответа на негативные, неприятные условия. Для мобилизованного немаловажно проявление копинг-стратегий с целью оптимальной адаптации к кризисным ситуациям и выхода из них эффективными бойцами, способными преодолевать трудности боевого порядка и проблемные аспекты профессиональной службы. К моменту участия в боевых действиях у мобилизованных в естественном порядке уже сформированы определенные методы преодоления кризисных ситуаций путем как сознательных манипуляций, так и бессознательных процессов. При этом механизмы психологической защиты (как часть бессознательного) и копинг-стратегии, действуя в рамках одной личности, взаимосвязаны между собой. Преодоление механизмов, не содействующих разрешению тревожной для личности ситуации, а только блокирующих негативные переживания, возможно через выполнение ряда процедур, переводящих разрешение события в поле сознательного совладания. Исследование показало, что в личности мобилизованного за период

накопления им боевого опыта формируются пути подобного усвоения, учитывающие спектр чувственно-эмоционального и целенаправленно-поведенческого копирования по принятию ответственности за свою и чужие жизни.

Список литературы.

1. Deahl M.P., Klein S., Alexander D.A. The costs of conflict: meeting the mental health needs of serving personnel and service veterans. *Int Rev Psychiatry*. 2011 Apr; 23(2): 201-209.

2. Gates M.A., Holowka D.W., Vasterling J.J., Keane T.M., Marx B.P., Rosen R.C. Posttraumatic stress disorder in veterans and military personnel: epidemiology, screening, and case recognition. *Psychol Serv*. 2012 Nov; 9(4): 361-382.

3. Liu Y., Collins C., Wang K., Xie X., Bie R. The prevalence and trend of depression among veterans in the United States. *J Affect Disord*. 2019 Feb 15; 245: 724-727.

4. Sullivan R.M., Cozza S.J., Dougherty J.G. Children of Military Families. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2019 Jul; 28(3): 337-348.

5. Ravindran C., Morley S.W., Stephens B.M., Stanley I.H., Reger M.A. Association of Suicide Risk With Transition to Civilian Life Among US Military Service Members. *JAMA Netw Open*. 2020 Sep 01; 3(9): 216-261.

6. Warner C.M., Warner C.H., Breitbach J., Rachal J., Matuszak T., Grieger T.A. Depression in entry-level military personnel. *Mil Med*. 2007 Aug; 172(8): 795-799.

7. МКБ-10: Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем: 10-й пересмотр [ICD-10: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems: 10th Revision]. 633. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/87721>.

8. Olbert C.M., Gala G.J., Tupler L.A. Quantifying heterogeneity attributable to polythetic diagnostic criteria: theoretical framework and empirical application. *Journal of Abnormal Psychology*. 2014; 123(2): 452–462. doi: 10.1037/a0036068.

9. Ball T.M., Stein M.B. *The Oxford Handbook of Traumatic Stress Disorders*: Oxford Handbooks Online. 2012.

10. Frueh B.C., Elhai J.D., Acierno R. The Future of Posttraumatic Stress Disorder in the DSM. *Psychological Injury and Law*. 2010; 3(4): 260–270. doi: 10.1007/s12207-010-9088-6.

ОЦЕНКА УРОВНЯ ТРЕВОЖНОСТИ ЖЕНЩИН В ТРЕТЬЕМ ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ

Елисеева А.В., Миненок В.А., Левченко Е.В.

Курский государственный медицинский университет, Курск, Российская Федерация

Актуальность. Беременность является сильнейшим эмоциональным фактором. Нередко беременность сопровождается тревожными переживаниями, связанными со страхом перед предстоящими родами. Согласно данным многочисленных исследований примерно у 60% женщин в период беременности выявляются депрессивные расстройства различной степени выраженности. Подобные психоэмоциональные состояния отрицательно сказываются не только на процессах вынашивания ребенка и самих родах, но и на будущих детско-родительских отношениях [1, 2].

Цель исследования – исследование оценки тревожности у женщин в 3-м триместре беременности.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 54 женщины, находящиеся на 36-38 неделях беременности. Среди них 78% – первородящие, 22% – повторнородящие. Средний возраст участниц исследования составил $31,1 \pm 1,2$ лет.

Участницам исследования предлагалось ответить на вопросы специально разработанной анкеты, которая включала в себя три блока вопросов: первый блок был построен на основании методики ТОБ (Добряков И.В.), второй блок включал в себя вопросы теста по ситуативной тревожности Ханина-Спилбергера, третий блок состоял из 7 вопросов, направленных на изучение социального портрета участниц исследования.

Методика теста отношений к беременности И.В. Добрякова позволяет диагностировать пять типов психологического компонента гестационной доминанты:

- 1) оптимальный тип представляет собой естественное отношение к беременности, женщина выполняет все рекомендации врача, трепетно относится к своему здоровью;
- 2) тревожный – беременная излишне, неоправданно тревожится по поводу беременности и предстоящих родов, что негативно сказывается на ее соматическом состоянии;
- 3) эйфорический – характеризуется манипулированием беременностью, проявлением чрезмерной любви к вынашиваемому ребенку, преувеличением немоганий, что характерно для истерического типа личности;
- 4) депрессивный, для которого характерен резко сниженный фон эмоционального настроения;
- 5) гипогестогнозический (игнорирующий) – нежелание менять свою жизнь в связи с беременностью и родами [1, 2].

Тест ситуативной тревожности Ханина-Спилбергера позволяет выявить высокий, средний и низкий уровни тревожности. Особое внимание стоит уделять пиковым значениям. Для высокого уровня тревожности, может быть, характерна корреляция с эмоциональными и невротическими срывами. Высокий уровень тревожности характеризуется напряжением, излишней тревожностью. Низкий уровень тревожности может указывать на снижение ответственности, однако в некоторых случаях может свидетельствовать о результате «вытеснения» высокой тревоги [1, 2].

Результаты исследования. В результате проведения обследования беременных женщин по методике ТОБ (Добряков И.В.) нами было установлено, что у большинства участниц (80%) исследования наблюдался тревожный тип гестационной доминанты, характеризующийся излишними, как правило, беспричинными, переживаниями, субъективной переоценкой имеющихся проблем, особо остро стоит вопрос о страхе перед родами и беспокойстве о состоянии здоровья вынашиваемого ребенка. Лишь у 13% женщин был диагностирован оптимальный тип психологического компонента

гестационной доминанты, причем в 86% случаях это были повторнородящие женщины, что, может быть, связано с уже имеющимся опытом беременности, родов и ухода за новорожденным. У 7% участниц исследования был диагностирован гипогестогнозический (игнорирующий) тип, который характеризуется отсутствием желания менять свой образ жизни в связи с наступившей беременностью. В большинстве случаев этот тип имели более молодые женщины (18-22 лет).

По результатам проведения теста ситуативной тревожности Ханина-Спилбергера у 53% беременных нами была диагностирована высокая ситуативная тревожность. Это может свидетельствовать о достаточно интенсивном стрессовом воздействии. У 29% наблюдалась умеренная ситуативная тревожность, у 18% – низкая. Стоит подчеркнуть, что все женщины с низким уровнем тревожности были повторнородящими, что также можно объяснить высоким уровнем осведомленности о предстоящих родах.

Данные результаты говорят о необходимости улучшения и совершенствования психопрофилактической работы с беременными. С этой целью необходима разработка программы психологического сопровождения беременных женщин. По данным многочисленных исследований, проведение психологических тренингов оказывает благоприятное влияние на психоэмоциональное состояние беременной, что, в свою очередь, положительно влияет на беременность и процесс родов, а также на дальнейшие взаимоотношения матери и новорожденного.

Выводы. Таким образом, у большинства опрошенных беременных женщин наблюдался повышенный уровень тревожности. Данный результат свидетельствует о необходимости введения и совершенствования программ психологического сопровождения беременных, в основе которых должен лежать биопсихосоциальный подход, который будет интегрировать психологические, биологические и социальные факторы с целью осмысления закономерностей происходящих процессов в организме матери и ребенка. Необходимо оказывать поддержку беременным, важно стабилизировать их психоэмоциональное состояние, научить лучше понимать себя, свои потребности. Осведомленность женщин в вопросах беременности и родов позволит снизить тревогу беременной.

Список литературы.

1. Психологический статус женщин с репродуктивными проблемами в анамнезе и его связь с дефицитом магния / Н.В. Вознесенская, Е.В. Козырева, Д.Р. Касимова [и др.] // Ульяновский медико-биологический журнал. – 2016. – № 1. – С. 88-95.

2. Голикова, А.М. Психологический способ коррекции эмоционального состояния беременной женщины на стоматологическом приеме / А.М. Голикова, Е.Н. Анисимова, Н.Ю. Анисимова // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. – 2015. – № 4. – С. 29.

PSYCHOSOMATIC AND SOMATOPSYCHIC CORRELATION IN MODERN MEDICAL PRACTICE, THEIR ROLE IN DIAGNOSIS AND THERAPY

Nurul H.A.B.N.H., Rajkumar D.S.R., Korekar K.P.

Курский государственный медицинский университет, Kursk, Russian Federation

Relevance. Psychosomatic and somatopsychic has been around since the 18th century (1854) which was discovered in Germany, Leipzig by Gustav Fechner. By the 19th century it became a discipline where doctors study about one's interaction of body and mind and what are the reasons that trigger a mental factor in one's body and mind state. Over the years, we have seen tremendous changes that have helped the doctor's to perform their diagnosis more accurately and more research studies are being developed to enhance the understanding in this sector more widely. A diagnosis provides reassurance that their situation is not unique, mysterious or inexplicable and that there is a body of knowledge and experience that can be brought to bear in providing help [1].

Purpose Of The Study. To instigate psychosomatic and somatopsychic correlation in modern medical practice, their role in diagnosis and therapy in this era is growing rapidly in the coming days. Diagnosis allows patients and carers to talk with, and get advice from, people with similar problems (for example, through support organisations such as UK Bipolar), advocate for improved services for particular groups of patients, (for example, the recent Schizophrenia Commission report) and be able to read the most relevant educational and self-help material [2]. The importance of therapy in psychiatry is that it helps build self-esteem, reduce anxiety, strengthen coping mechanisms, and improve social and community functioning. Supportive psychotherapy helps patients deal with issues related to their mental health conditions which in turn affect the rest of their lives [3].

Materials And Research Methods. In this research the secondary data analysis (archival study) methodology was utilised to describe the current statistical analysis in the form of collected articles and published thesis papers A large number of materials have been gathered in order to supplement the information provided in this research in order to present the most recent and up-to-date information that has been navigating in order to construct the greatest evaluations.

The methods consisting of few core elements which are:

- Raising concern regarding methods that can be improvise to diagnose psychosomatic and somatopsychic illnesses
- To study and find out what are the beneficial of the qualities and methods of therapy that are available nowadays
- How does the principle of the treatment given to the patient has helped in their life and their daily activities
- Does the modern medical practice have evolved in conjuring to help more patients in the current situation?

Research Results. Based on the questionnaire I can say that diagnosis and therapy has strong correlation in psychosomatic and somatopsychic as modern medical treatment requires a set of doctors to work together to cure their patients. It also can result in better knowledge. Fully exploring and comprehending a diagnosis may be both empowering and educational. Unexplained actions can now be explained explicitly as a symptom of a diagnosis. This can be a big relief for an individual and a family, as well as a huge stress reliever.

Diagnosis is a key part of how we communicate with our patients and each other [4]. As we all know, diagnosis requires effort for us to develop. Hence, we need to formulate a set of series such as asking the patient's history, family past histories and what they are complaining about based on their illnesses.

What do they experience throughout their daily lifestyle? Diagnosis also helps professionals and the public to raise their concerns for them to be more cautious about their mental health.

Diagnosis may assist a person to be different or not behaving like most others, and it can combat feelings of shame, loneliness, and low self-esteem that may emerge if they are merely labelled as 'strange,' 'bad,' or having a 'character fault.' Hence, these benefits would change the perception of the public on how to demolish prejudice against having mental illness is a bad or strange behaviour.

Therapy is psychosomatic and somatopsychic. It has been said it is a long journey and some say it's incurable, in this point of view we can say that it requires the correct choice of treatment in order to help the patient to achieve their end goals towards the main purpose of the treatment. Psychiatrists and other mental health professionals uses several types of treatment which are:

- Cognitive behaviour therapy (CBT)

- Interpersonal therapy (IPT)

- Dialectical behaviour therapy

- Psychodynamic therapy

- Supportive therapy

- Additional therapies in combining one of those above :

 - Animal-assisted therapy

 - Play therapy

 - Creative arts therapy

These types of therapies have been proven according to the article that was released in 2017. (The prevalence of any mental health treatment use increased from 6.9% to 8.5% (a 23.3% increase). The increase in use of psychiatric medications was much larger: from 3.4% to 5.6% (a 63.4% increase) [5]. These figures have shown a positive impact towards the successful therapies that have been a part of the patient's journey. Getting help and treatment the way they should isn't weird but it will help them to grow better and handle their lives in a more conventional way. Thanks to the first diagnosis which was given, they get to intercept the correct therapies for their specific outcomes.

Conclusion. Based on the research, I can conclude that psychosomatic and somatopsychic correlation in modern medical practice, their role in diagnosis and therapy are liaison in terms of their correlations. In this research, it broadens up my knowledge where mental illness has a light upon treatment.

Medicine has evolved into a series where we can cure everything thanks to developments and scientists, doctors who made their research in these topics as we can enhance them to bigger resolution. Regardless of the fact that the correlation has had a significant impact on our society, we may always choose to make positive contributions to society and do our best being physicians. Occasionally, doctors across the world work hard to achieve numerous new triumphs, such as new medications, vaccines, and so on. The more we put out effort to find additional answers, the more fruitful would assist us in obtaining good effective ways in the health sector.

Some improvements may be slight, but we can always improve new methods and technology to create a more favourable environment for succeeding generations and a new period for future generations by expanding the search together.

References.

1. Craddock, N., Mynors-Wallis, L. (2018, January 2). Psychiatric diagnosis: Impersonal, imperfect and important: The British Journal of Psychiatry. Cambridge Core. Retrieved December 10, 2022, from <https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of->

psychiatry/article/psychiatric-diagnosis-impersonal-imperfect-and-important/C29813EAC72CCC801F4F17AC96126093.

2. Rethink Mental Illness. The Abandoned Illness: A Report by the Schizophrenia Commission. Rethink Mental Illness, 2012. Google Scholar.

3. Craddock, N., Mynors-Wallis, L. (2018, January 2). Psychiatric diagnosis: Impersonal, imperfect and important: The British Journal of Psychiatry. Cambridge Core. Retrieved December 10, 2022, from <https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/psychiatric-diagnosis-impersonal-imperfect-and-important/C29813EAC72CCC801F4F17AC96126093>.

4. Craddock, N., Kerr, M., Thapar, A. The right call. Open Mind 2010; 163: 6–7. Google Scholar.

5. Jorm, A.F., Patten, S.B., Brugha, T.S., Mojtabai, R. (2017, February). Has increased provision of treatment reduced the prevalence of common mental disorders? review of the evidence from four countries. World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA). Retrieved December 10, 2022, from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5269479/>

THE ROLE OF PSYCHOTROPIC DRUGS IN ADDICTION TREATMENT: A SYSTEMATIC REVIEW OF CURRENT PHARMACOLOGICAL INTERVENTIONS, THEIR EFFECTIVENESS, AND LIMITATIONS IN THE CONTEXT OF MODERN MEDICINE

Rajkumar D.S.R., Korekar K.P.

Курский государственный медицинский университет, Kursk, Russian Federation

Relevance. The compulsive desire and use of drugs, notwithstanding negative effects, characterizes addiction, a chronic condition. It is a complicated disorder that has effects on a person's family, community, and society at large. Drug cravings are decreased, relapse is prevented, and overall results are improved when psychotropic medications are utilized in addiction therapy. However, there is still much to learn and debate about the efficacy of these pharmaceutical interventions and their limitations in the context of contemporary medicine.

Purpose of the study. In the context of modern healthcare, this study aims to undertake a systematic evaluation of the current pharmacological therapies utilized in addiction therapy, as well as their efficacy and limits. The project specifically attempts to respond to the following research questions:

1. What pharmaceutical therapies are currently employed in the treatment of addiction, and how do they function?
2. How well do these pharmaceutical therapies work to lessen drug cravings and avoid relapse?
3. What are the drawbacks of these pharmaceutical treatments, such as side effects and abuse potential?
4. How may these constraints be overcome in the context of contemporary medicine to enhance the success of addiction treatment?

Materials and research methods. Using electronic resources like PubMed, the National Library of Medicine, and Google Scholar, a thorough literature search was carried out. The keywords included in the search were "psychotropic drugs," "addiction treatment," "pharmacological interventions," "drug cravings," "relapse prevention," "limitations," and "modern medicine." Articles were considered if they satisfied the following requirements: published in English between 2010 and 2022 that dealt with the use of psychotropic medications in the treatment of addiction, carried out clinical studies or systematic reviews, and discussed the benefits and drawbacks of pharmaceutical interventions.

Research results. Drug cravings are decreased, relapse is prevented, and overall results are improved when psychotropic medications are utilized in addiction therapy. The purpose of this systematic review was to assess the efficacy and limits of the existing pharmacological therapies utilized in the treatment of addiction.

Current pharmacological interventions used in addiction treatment:

1. Opioid agonists: Buprenorphine and methadone are two of the most widely utilized opioid agonists in the treatment of addiction. The same opioid receptors are activated by methadone, a complete agonist, which lessens drug cravings and withdrawal symptoms. As a partial agonist that only partially stimulates the receptors, buprenorphine is less addictive and less prone to result in respiratory depression [1, 2].
2. Opioids antagonists: An opioid antagonist called naltrexone reduces the pleasurable benefits of drug use by blocking the opioid receptors that provide their euphoric effects. It is applied in the treatment of alcohol and narcotic addiction.[1]
3. Partial opioids agonists: Because tramadol only partially activates opioid receptors, it has a lower potential for addiction and is less likely to result in respiratory depression. It is employed to treat opioid dependency [3].

Effectiveness of pharmacological interventions:

Numerous clinical trials and systematic reviews have proven these pharmacological interventions to be effective. For instance, a randomized controlled experiment contrasting buprenorphine with a placebo discovered that buprenorphine decreased opioid cravings and withdrawal symptoms, improving treatment retention and lowering relapse rates [4]. Similarly, naltrexone reduced days of heavy drinking and enhanced treatment results, according to a systematic assessment of its use in treating alcohol dependency [5].

Limitations of pharmacological interventions:

1. Abuse risk: Both full and partial opioid agonists have a risk of misuse and dependence, which raises questions about diversion and overdose.

2. Adverse effects: Patients' quality of life and adherence to therapy may be impacted by adverse effects of psychotropic medications, such as nausea, vomiting, and sedation.

3. Detoxification is required in most of the cases when doing treatment with opioid antagonists, and is difficult for some individuals.

Conclusion. One of the most important component of modern healthcare is the use of psychotropic medications in the treatment of addiction. This study showed that psychotropic medicines, including opioid agonists, antagonists, and partial opioid agonists, are useful for treating addiction by lowering drug cravings, preventing relapse, and generally improving outcomes for those who have the disease. But we should consider that they have drawbacks, such as the possibility of addiction, negative consequences, and the requirement for detoxification. Overcoming these restrictions is extremely important and a multifaceted strategy that incorporates novel pharmaceutical interventions, behavioral therapy, and social support from communities and family. This strategy is crucial for generating positive results in addiction therapy and enhancing the quality of life for addicts. Future research should concentrate on developing new and effective treatments with fewer side effects and enhancing the efficiency of already available treatments. Overall, the use of psychotropic medications in the treatment of addiction represents a significant advance in modern medicine. We can enhance the outcomes of addiction therapy and assist addicts in achieving long-term recovery by ongoing study and evaluation of the efficacy of these interventions.

References.

1. How do medications to treat opioid use disorder work? - <https://nida.nih.gov/publications/research-reports/medications-to-treat-opioid-addiction/how-do-medications-to-treat-opioid-addiction-work>
2. Buprenorphine - <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459126/>
3. Basic opioid pharmacology: an update - <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4590096/>
4. Buprenorphine Treatment for Opioid Use Disorder: An Overview - <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6585403/>
5. Naltrexone for the Management of Alcohol Dependence - <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2565602/>

ТЕСТ АКЦЕНТУАЦИЙ СВОЙСТВ ТЕМПЕРАМЕНТА (ТАСТ) КАК УНИКАЛЬНАЯ МЕТОДИКА ДЛЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Плотников Д.В., Левченко Е.В.

Курский государственный медицинский университет, Курск, Российская Федерация

Темперамент как биопсихологический конструкт, определяющий модели поведения и реагирования, является перспективным объектом исследований. Изучение темперамента с позиции психологического определения объективных свойств личности позволяет создать диагностический инструмент в практике психиатра, психотерапевта, медицинского психолога. Среди биопсиходинамических подходов к психосоматическим исследованиям и были признаны наиболее полезными для проведения различий между структурой темперамента. Использование методов исследования структуры темперамента индивида в рамках биопсиходинамического подхода, таких как опросник темпоральной структуры В.М. Русалова и опросник акцентуаций Леонгарда-Шмишека, позволяет провести различия с общими чертами личности. Исследованы сильные и слабые стороны используемых методик с рассмотрением возможных способов их совершенствования. Коллективом авторов кафедры психиатрии нашего университета был разработан новый тест оценки свойств темперамента (ТАСТ) с учетом недостатков ранее используемых методик.

В качестве базовой позиции ТАСТ использованы результаты факторного анализа комплексного исследования с участием опросников В.М. Русалова, Леонгарда-Шмишека, Кеттела, Стреляу, ММРІ, Айзенка А. Басса и А. Дарки А.Е. Личко. Л.И. Вассермана, В.Д. Менделевича, Тэйлор. В качестве опорных при разработке ТАСТ использовались хорошо интерпретируемые и имеющие устойчивые факторные решения шкалы опросников В.М. Русалова и Леонгарда-Шмишека. Для повышения дифференцирующих возможностей каждая из этих шкал дополнялась вопросами из других общепризнанных опросников, подчеркивающих клиническую специфику различных типов акцентуаций. В итоге число вопросов по каждой шкале расширилось с 8-12 до 60-70. Затем каждую шкалу выполняли по 100 пациентов соматических отделений. В результате были отобраны наиболее полезные вопросы для диагностики конкретных черт темперамента (12-17). Шкала ТАСТ была разработана в соответствии с этим принципом.

Гипертимность – наиболее бесспорное свойство акцентуированных темпераментов.

Шкалы гипертимности и демонстративности опросника Леонгарда-Шмишека сильно коррелируют между собой. По клиническим же проявлениям люди этих двух типов акцентуаций существенно различаются. Обоим типам акцентуаций присуща социальная гиперактивность. Однако это разная гиперактивность. Личности с гипертимными чертами проявляют значительную активность в поле социального взаимодействия за счет усиления аффекта, избытка энергии и ощущения необходимости в межличностных контактах. Для личностей с демонстративными чертами повышенная социальная активность связана с необходимостью получения признания, основанная на выраженном эгоизме и направленная на привлечение внимания, сочувствия, восхищения любым способом. Стоит отметить, что личности с гипертимными чертами редко предъявляют соматические жалобы за счет высокого жизненного тонуса и ощущения своего физического благополучия. Личности с демонстративными чертами предлагают окружающим представление о своем благополучии. Социальная гиперактивность нередко сочетается у них с усилением невротических защитных механизмов по типу «бегства в болезнь». Это порождает многочисленные жалобы неопределенного характера на соматическое состояние, которые используются личностями этого типа в качестве средства разрешения затруднительных ситуаций, переложения ответственности за существующие

проблемы на окружающих. В опроснике Леонгарда-Шмишека шкалу демонстративности составляют только вопросы, направленные на выявление социальной гиперактивности, что не позволяет развести демонстративный и гипертимный типы акцентуаций. Иначе решается эта проблема в опроснике ММРІ. В нем первая шкала (ипохондрия) содержит вопросы, выявляющие наличие неопределенных соматических жалоб, в основном невротического генеза. Третья шкала (истерия) содержит в основном вопросы, отражающие социальную гиперактивность данных личностей. В нормативной группе корреляция между этими шкалами отсутствует. В группе демонстративных (истерических) личностей, наоборот, такая корреляция выражена, что приводит к одновременному повышению в профиле личности обеих шкал («конверсионная пятерка») и служит важным диагностическим признаком.

При факторном анализе на уровне вопросов оптимальным оказалось 2-х факторное решение. Выделились шкалы:

1. Гипертимность: 12 вопросов с наибольшими нагрузками по фактору гипертимности.

2. Невротизм: 12 вопросов шкалы ипохондрии ММРІ с высокими нагрузками по фактору неопределенных соматических жалоб невротического генеза. При изолированном повышении шкалы гипертимности диагностируется гипертимная акцентуация, при одновременном повышении обеих шкал – демонстративная акцентуация.

3. Шкала социальной активности включала 12 наиболее информативных вопросов (по факторным нагрузкам) шкал социальной эргичности, социальной пластичности, социального темпа.

4. Шкала энергичности. В ТАСТ полностью воспроизводит шкалу предметной эргичности В.М. Русалова и содержит 12 вопросов из этой шкалы.

5. Шкала агрессивности.

Гомогенная шкала агрессивности ТАСТ включила в себя шкалы агрессивности Айзенка и наиболее информативные методики диагностики показателей форм агрессии А. Бас. и А. Дарки.

В нее с наибольшими нагрузками по фактору агрессивности вошло 12 вопросов.

6. Шкала эмоциональной лабильности. Была сконструирована в связи с тем, что в предыдущих опросниках не нашли отражения качественные особенности циклотимности, экзальтированности, возбудимости. В рамках шкалы были добавлены вопросы, нацеленные на определение чрезмерной реактивности вегетативной нервной системы в условиях психоэмоционального стресса.

7. Шкала ригидности. Ригидность – особенное свойство психики, активно изучаемое различными исследователями. Измерение этого свойства предусмотрено в большинстве существующих тестов [3].

Произведено объединение шкал застреваемости и педантичности в рамках опросника Леонгарда-Шмишека с последующим дополнением значимых вопросов других опросников, используемых в исследованиях данного психического аспекта.

Было выделено два фактора. Первый фактор отражал психическую ригидность. Второй фактор собрал вопросы, направленные на выявление негибкой целеустремленности и настойчивости в достижении цели.

8. Шкала сенситивности. Сенситивность в различных опросниках оказалась в одном факторе с тревожной боязливостью [1]. Необходимо было дифференцировать ранимость, мягкосердечие, чувствительность от робости и застенчивости. Иными словами, нужно было развести по разным факторам шкалы сенситивности и тревожности. Для шкалы сенситивности ТАСТ были отобраны наиболее информативные (по величине факторных нагрузок) вопросы из фактора сенситивности (всего 12 вопросов).

9. Шкала робости. Структура этого явления весьма неоднородна, включает в себя неуверенность, застенчивость, предрасположенность к тревоге и реактивную тревожность. Шкала робости ТАСТ отражает:

а) переживание чувства малоценности, неуверенности в себе и б) робость, беспокойство, страх при субъект-субъектных и субъект-объектных взаимодействиях.

10. Шкала контроля. Необходима как индикатор искренности ответов респондентов. При высоких показателях ответы считаются недостоверными из-за стремления испытуемого понравиться экспериментатору. Включено 9 вопросов, заимствованных из шкалы искренности Айзенка.

В окончательном виде ТАСТ состоял из 90 вопросов и включал 10 шкал: 1. Гипертимность. 2. Социальная активность. 3. Невротизм. 4. Агрессивность. 5. Робость. 6. Энергичность. 7. Ригидность. 8. Эмоциональная лабильность. 9. Сенситивность. 10. Контроль.

ТАСТ был стандартизирован на 1566 испытуемых: 1137 студентов медуниверситета (360 мужчин и 77 женщин) в возрасте 19-25 лет и 429 пациентов соматических клиник (212 женщин и 217 мужчин) в возрасте 18-71 года. Разработаны отдельно для мужчин и женщин нормативы по шкалам теста, таблицы перевода «сырых» значений по шкалам ТАСТ в безразмерные и сопоставимые единицы – стены [2, 3]. Это открыло возможность сопоставления степеней выраженности у испытуемых различных свойств темперамента и отображения результатов в графической форме (в виде соответствующих профилей).

У мужчин и женщин были сопоставлены нормативные значения по шкалам ТАСТ. Между группами были выявлены статистически достоверные различия только по двум шкалам: сенситивности ($p \leq 0,001$) и эмоциональной лабильности ($p \leq 0,05$). Женщины более чувствительны, ранимы, впечатлительны, у них более неустойчивы эмоциональные состояния. Были сопоставлены также данные по шкалам ТАСТ студентов и пациентов соматических клиник. У пациентов по сравнению со студентами статистически достоверно были выше значения по шкалам невротизма ($p \leq 0,001$) и сенситивности ($p \leq 0,05$). У пациенток же по сравнению со студентами были повышены шкалы невротизации ($p \leq 0,001$) и ригидности ($p \leq 0,05$). По большинству же шкал достоверных различий обнаружено не было. Наконец, было изучено влияние возраста испытуемых на выполнение ТАСТ. Пациенты соматических клиник (отдельно мужчины и женщины) были разбиты на 3 возрастные группы (18-30 лет, 31-45 лет, 46-70 лет), и результаты выполнения ТАСТ разными возрастными группами сопоставлены. Ни по одной шкале ТАСТ между возрастными группами ни у мужчин, ни у женщин достоверных различий обнаружено не было.

Результаты выполнения ТАСТ различными возрастными группами пациентов косвенно подтверждали направленность шкал ТАСТ на измерение именно свойств темперамента: по общему признанию, темперамент на протяжении жизни является стабильной характеристикой человека, и отражение его свойств на уровне сознания испытуемых также, вероятно, является стабильным. Отсутствие отличий по большинству шкал у студентов и пациентов соматических клиник также может свидетельствовать о том, что тест ориентирован на измерение психобиологической основы индивидуальности – темперамента.

ТАСТ – это уникальный и надежный тест для диагностик – свойств темперамента. В процессе кропотливого многомерного статистического анализа из известных отечественных и зарубежных опросник отобраны наиболее информативные вопросы именно для отечественной выборки испытуемых. Компьютерные версии теста имеются в свободной продаже.

Список литературы.

1. Мельников В.М., Ямпольский Л.Т. Введение в экспериментальную психологию личности. – М. : Просвещение, 1985.
2. Мерлин В.С. Очерк интегрального исследования индивидуальности. – М. : Педагогика, 1986. – 256 с.
3. Общая психодиагностика / Под ред. А.А. Бодалева, В.В. Столина. – М. : МГУ, 1987.
4. Плотников Д.В. Психофизиологические факторы риска ишемической болезни сердца. Курск: ЦЧ РАМН, 2002.
5. Психологические тесты / Под ред. Райгородского. – Самара, 1998.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ И КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ЖЕНЩИН В МЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Миненок В.А., Левченко Е.В.

Курский государственный медицинский университет, Курск, Российская Федерация

Актуальность. В связи с увеличением продолжительности жизни произошло увеличение количества пациенток, обращающихся за медицинской помощью в период менопаузы и перименопаузы. По данным многочисленных исследований, современная женщина находится около трети своей жизни в периоде менопаузы [1, 2, 4].

Климактерический период характеризуется большим риском возникновения ассоциированных психических и соматических расстройств. Так в период менопаузы риск развития депрессии возрастает в 14 раз. Взаимосвязь между риском возникновения депрессии и периодом менопаузы была подтверждена в ряде многочисленных исследований, а именно в национальном исследовании женского здоровья (SWAM), в Пенсильском исследовании старения яичников (POAS) [1].

Цель исследования – рассмотреть патогенез депрессивных расстройств у женщин в менопаузальном периоде.

Материалы и методы. Нами были проанализированы доступные литературные источники отечественных и зарубежных авторов, посвященные изучению этиопатогенетических аспектов возникновения депрессии у женщин в период климакса.

В работе использовались следующие методы: анализ, обобщение, синтез.

Результаты исследования. По данным литературы выделяют три вида факторов риска развития депрессивных расстройств у женщин в климактерическом периоде: биологические, социально-демографические и психосоциальные.

К биологическим факторам относятся нерегулярные менструации, изменения гормонального статуса, нарушения сна, вазомоторные симптомы. Социально-демографическими факторами могут выступать безработица, финансовые трудности, раннее наступление перименопаузы. Психосоциальные факторы ассоциированы с личностной тревожностью, недостаточной поддержкой в семье, социальной изоляцией, неблагоприятными жизненными ситуациями [1, 3].

Существует большое количество теорий патогенеза депрессий климактерического периода. Наиболее доказанной является биологическая теория. Согласно этой теории ключевым звеном патогенеза таких депрессивных расстройств является влияние эстрогенов на серотонинергические пути. Эстрогены способствуют увеличению высвобождения серотонина, повышению его синтеза и снижению распада. Кроме того, эстрогены приводят к уменьшению выработки моноаминоксидазы 5-НТ1А-рецепторами и увеличению связывания 5-НТ2А-рецепторов. В одном из исследований было установлено, что изменение уровня эстрадиола коррелирует с высоким риском развития депрессии у женщин в период менопаузального перехода [1, 4].

Выдвигаются предположения о том, что помимо эстрогенов немалую роль играет прогестерон, который значительно снижается в позднем перименопаузальном периоде. В исследовании швейцарских ученых было установлено, что женщины с более высоким содержанием прогестерона имели более высокую психосоциальную устойчивость. Кроме того, более высокие уровни прогестерона в крови коррелировали с менее низкой подверженностью стрессам, более высокой удовлетворенностью собой и собственной жизнью, менее выраженными симптомами депрессивных расстройств. У женщин с более высоким уровнем прогестерона депрессия наступала гораздо реже [1, 2, 3].

Согласно когнитивно-поведенческой теории депрессия есть результат негативного мыслительного процесса, вследствие которого развивается дезадаптирующее

поведение. Есть предположения, что негативное отношение женщин к менопаузе ассоциировано с большим риском возникновения депрессии [1, 2].

Сторонники психодинамической теории рассматривают переход в менопаузу как критический момент в жизни, который может привести к дезадаптации [1].

Согласно модели «стресс-диатез» депрессия выступает следствием дисбаланса между стрессовыми событиями и адаптацией к ним [1].

Клиника депрессий в менопаузальный период характеризуется дисфорией, беспокойством, раздражительностью, подавленностью, причем выраженность данных симптомов значительно ярче по сравнению с другими депрессиями. Для таких депрессий характерен феномен «on-off», представляющий собой эпизоды грусти и раздражительности, продолжительностью в течение нескольких минут, которые прекращаются спонтанно самостоятельно.

У женщин в клинической картине депрессии могут преобладать нарушения сна и повышенная утомляемость, причем уровень утомляемости никак не коррелирует с качеством сна. Нарушения сна могут быть связаны не только с ночными приливами, обструктивным апноэ, синдромом «беспокойных ног», но и с психосоциальными факторами. Стоит подчеркнуть, что чаще всего у женщин встречается вторичная бессонница. Также достаточно часто при депрессиях в менопаузальном периоде пациентки жалуются на снижение когнитивных способностей [2, 3].

Выводы. Таким образом, переход в менопаузальный период является критическим периодом в жизни каждой женщины. Депрессивные расстройства в этот период встречаются очень часто, они отрицательно сказываются на качестве жизни как самой женщины, так и ее семьи. Задача врача любого профиля – вовремя диагностировать и помочь женщине преодолеть такое состояние. Необходим междисциплинарный подход к ведению таких пациенток.

Список литературы.

1. Антонова А.А., Бачило Е.В., Барыльник Ю.Б. Современный взгляд на проблему развития психических расстройств у женщин в перименопаузе // Саратовский научно-медицинский журнал. 2012. № 2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/covremennyu-vzglyad-na-problemu-razvitiya-psihicheskikh-rasstroystv-u-zhenschin-v-perimenopauze> (дата обращения: 30.04.2023).

2. Барыльник, Ю.Б. Особенности терапии психических расстройств у женщин в периоде менопаузы (обзор литературы) / Ю.Б. Барыльник, А.А. Антонова, Е.В. Бачило // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. – 2013. – № 6. – С. 23-30.

3. Колбасников, С.В. Особенности клинических, вегетативных и когнитивных расстройств у женщин с артериальной гипертонией в зависимости от условий наступления менопаузы / С.В. Колбасников, О.И. Бахарева // Терапевтический архив. – 2006. – Т. 78, № 10. – С. 64-67.

4. Менделевич, В.Д. Гендерные особенности климактерических психических расстройств / В.Д. Менделевич // Неврологический вестник. – 2016. – Т. 48, № 3. – С. 70-76.

САМОПОВРЕЖДЕНИЕ КАК ОДНА ИЗ ФОРМ АУТОДЕСТРУКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ В ПОДРОСТКОВОМ И ЮНОШЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

Петрачевская Ю.Л.

Курский государственный медицинский университет, Курск, Российская Федерация

Самоповреждения как одна из форм аутодеструктивного поведения в подростковом и юношеском возрасте имеют в клинической психологии высокую актуальность, и в то же время данная проблема является малоизученной. Согласно исследованиям ВОЗ самоповреждения среди лиц старше 15 лет выявляются у 0,19% женщин и 0,14% мужчин. Отечественные клиницисты отмечают, что самый высокий уровень самоповреждающего поведения наблюдается в подростково-юношеский период – в возрасте от 10 до 24 лет. У девушек пик приходится на 13-16 лет, у юношей – на 12-18 лет. Случаи самоповреждения диагностируются у представителей различных наций, социальных слоев, религиозных сообществ [7]. Наличие у подростка периодических самоповреждений не является нормой. А.А. Баканова определяет, что самоповреждения – это сигнал о наличии глубоких внутренних проблем, которые не должны игнорироваться. Проявления саморазрушающего, самоповреждающего, аутодеструктивного поведения крайне негативно воздействуют на развитие и социализацию подростка, поэтому своевременная диагностика и профилактика вышеуказанных поведенческих проявлений у подростков в настоящее время является актуальной проблемой практической психологии. По словам Н.А. Польской, «самоповреждение используется для означивания слитых, недифференцированных эмоций, как в рамках субъективного мира, так и в межличностных отношениях (как способ обращения за помощью или утверждения реальности своих переживаний)» [2]. Терминология данного явления встречается и в зарубежной литературе. Несуицидальное самоповреждение, в английской транскрипции – *self-injurious thoughts and behaviors*, или *non-suicidal self-injury*, определяется как повторяющееся, преднамеренное, прямое повреждение тела без суицидальных намерений, которое не является социально приемлемым и реализуется с целью уменьшить психологический дискомфорт. Как отмечает С.В. Давидовский, в настоящее время самоповреждающее поведение (СПП) включено в раздел 3 DSM-5 и отнесено к состояниям, рекомендованным для дальнейшего изучения, при этом должны быть соблюдены следующие критерии: - за прошедший год индивид по крайней мере 5 дней преднамеренно наносил себе телесные повреждения, не пытаясь совершить суицид; - индивид совершает самоповреждающие действия по одной или нескольким из следующих причин: наносит самоповреждения, ожидая получить облегчение от негативных эмоций; чтобы разрешить внутриличностный конфликт; пытается достичь положительного эмоционального состояния; - предварять самоповреждающий акт должны (и/или): негативные мысли или чувства, конфликты с другими людьми, озабоченность поведением, которое трудно контролировать, повторяющиеся мысли о СПП; - совершенный акт является социально неприемлемым; - СПП или его последствия вызывают клинически значимый деструктивный стресс; - действие не связано с психотическим эпизодом, делирием, опьянением или абстинентным синдромом и не может быть причиной другого заболевания. В ранее принятых классификационных системах (DSM-IV-TR и МКБ-10) СПП кодируется как симптом пограничного расстройства личности (ПРЛ) [4]. Среди различных способов дифференциации самоповреждений отметим классификацию Н.А. Польской. Самоповреждения Н.А. Польская делит на две группы – инструментальное самоповреждение и соматическое. Инструментальное самоповреждение осуществляется с использованием каких-либо инструментов (режущих или колющих, огня, твердых поверхностей для ударов). Соматическое самоповреждение осуществляется без

использования внешних объектов: подростки могут выдергивать волосы, расчесывать кожу, обкусывать ногти и т.д. Согласно результатам исследования у подростков наиболее часто используемым способом самоповреждения является соматический. Инструментальный способ самоповреждения отмечается значительно реже [6].

О.О. Андронникова указывает, что наиболее распространенным типом самоповреждений, встречающимся по всему миру, являются поверхностные / умеренные самоповреждения (*superficial / moderate*). Обычно они начинаются в подростковом возрасте и включают такие действия, как: «выдираание волос, расчесывание кожи, кусание ногтей, которые относятся к компульсивному (*compulsive*) подтипу, резанье кожи, вырезание, прижигание, втыкание иголок, ломание костей и препятствование заживлению ран, которые относятся к эпизодическому (*episodic*) и повторяющемуся (*repetitive*) подтипам. Периодически появляющиеся резанье и прижигание кожи – наиболее распространенные типы самоповрежденческого поведения и могут быть симптомами или же сопутствующими признаками ряда психических расстройств, таких как пограничное, мимическое и антисоциальное расстройства личности, посттравматический синдром, диссоциативные расстройства и расстройства пищевого поведения» [1].

А.Н. Алехин и Е.Е. Малкова указывают, что при всем разнообразии мотивов, движущих человеком, саморазрушающее, самоповреждающее поведение свидетельствует о крайней форме проявления психической дезадаптации. Традиционно под самоповреждением понимается несуицидальная аутодеструкция, то есть не имеющая своей целью лишение жизни. Большинство исследователей к диагностическим признакам самоповреждающего поведения относят: умышленное желание нанести себе физический вред; невозможность противостоять импульсу повредить себя; желаемым конечным результатом действий является самоповреждение как таковое, но не смерть [2].

Как правило, самоповреждения у подростков могут сопровождаться различными психологическими проблемами. А.В. Гильдебрант отмечает, что сопутствующими проявлениями ССП могут выступать: потребность в самонаказании, высокий уровень отрицательных мыслей, эмоций и чувств, низкие способности к решению проблем, проблемы в построении межличностных отношений, дисфункциональная реакция на стресс. Помимо этого, было выявлено, что Я-концепция занимает важное место в формировании несуицидального самоповреждающего поведения (НССП). Такие шкалы, как чувство вины, неудовлетворенность своим телом и эгоцентризм, наиболее выражены у лиц, склонных к НССП. При этом наименее выраженными являются результаты следующих шкал: положительное самоотношение, самоуважение и аутосимпатия. Одновременно с этим был выявлен повышенный общий уровень дезадаптации [3].

В то же время Т.В. Снегирева акцентирует внимание на отсутствии родительской поддержки, а значит, и возможности обратиться за помощью и советом, порождает ощущение безнадежности, одиночества и приводит к несуицидальному самоповреждающему поведению. Исследование Адриан М. (Adrian M.) с коллегами, направленное на изучение связей межличностных трудностей в отношениях с родителями и сверстниками, эмоциональной регуляции и ССП, показало, что нарушение эмоциональной регуляции опосредовало связь между нарушениями межличностного взаимодействия как с семьей, так и со сверстниками. Однако конфликтность и низкий уровень поддержки со стороны семьи были связаны с появлением НССП, а нарушения во взаимодействии со сверстниками – с частотой и тяжестью [5].

Следует отметить, что при снижении уровня конфликтоустойчивости повышается риск проявлений самоповреждающего поведения. Согласно С.С. Тирон при низкой конфликтоустойчивости подростков наблюдается в большей степени несуицидальное самоповреждающее поведение, которое можно расценить как попытку справиться с дистрессом с помощью соматических способов, когда

появляются трудные ситуации социального взаимодействия, проблемы в отношениях с другими людьми [6].

Список литературы.

1. Андронникова, О.О. Основные характеристики подростков с самоповреждающим виктимным поведением / О.О. Андронникова // Вестник Томского государственного педагогического университета. – 2009. – № 9 (87). – С. 120-126.

2. Баканова, А.А. Клинико-психологические особенности самоповреждающего поведения подростков / А.А. Баканова, И.С. Седунова, Т.М. Афанасьева, И.В. Иванова // Личность в экстремальных условиях и кризисных ситуациях жизнедеятельности. – 2020. – № 10. – С. 60-69.

3. Гильдебрант, А.В. Индивидуально-психологические особенности как детерминанта несуйцидального самоповреждающего поведения у подростков / А.В. Гильдебрант, В.Д. Левина // Бюллетень медицинских интернет-конференций. – 2022. – Т. 12, № 4. – С. 92-94.

4. Давидовский С.В., Игумнов С.А. Несуйцидальное самоповреждающее поведение у подростков // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2021. – Т. 21. № 1. – С. 90-101.

5. Снегирева, Т.В. Нарушения привязанности у подростков с несуйцидальным самоповреждающим поведением / Т.В. Снегирева, С.В. Воликова // Современная зарубежная психология. – 2020. – Т. 9, № 4. – С. 66-76. – DOI 10.17759/jmfp.2020090406.

6. Тирон, С.С. Самоповреждающее поведение и конфликтоустойчивость подростков / С.С. Тирон, С.В. Яремчук // Вестник Прикамского социального института. – 2023. – № 1 (94). – С. 153-157.

7. Ханова О.А. Самоповреждающее поведение – [Электронный ресурс] – Режим доступа: <https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/psychiatric/self-injurious-behavior>

**ТЕМА ВЫПУСКНОЙ КВАЛИФИКАЦИОННОЙ РАБОТЫ КАК ПРЕДПОЛАГАЕМОЕ
НАПРАВЛЕНИЕ БУДУЩЕЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
КЛИНИЧЕСКИХ ПСИХОЛОГОВ**

Деларю В.В., Кондратьев Г.В.

Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград,
Российская Федерация

Актуальность. Выполнение выпускной квалификационной работы (ВКР) традиционно рассматривается как заключительный этап обучения студентов по специальности «Клиническая психология» и имеет своей целью, в первую очередь, систематизацию, закрепление и расширение теоретических и практических знаний по направлению профессиональной подготовки с применением этих знаний для решения конкретной проблемы (согласно теме ВКР) [2]. При этом ориентация ВКР студентов – клинических психологов стала еще рассматриваться и под углом предполагаемого будущего направления их профессиональной деятельности [1, 3, 4].

Цель исследования: охарактеризовать тематику ВКР студентов – клинических психологов.

Материал и методы. Контент-анализ 91-й ВКР, которые были защищены в 2021-2023 гг. студентами кафедры общей и клинической психологии Волгоградского государственного медицинского университета (сплошная выборка). 39 исследований (42,9%) были выполнены на базах медицинских учреждений / отделений «общесоматической» направленности как для взрослого, так и для детского континентов; 22 (24,2%) – психиатрической психоневрологической / психотерапевтической направленности; 10 (11,0%) – наркологической; 20 (22,0%) – в других структурах (психологических и социальных центрах, образовательных и воспитательных учреждениях и т.д.).

Результаты и их обсуждение. Тематики рассматриваемых ВКР были посвящены оказанию психологической помощи / психологической коррекции / психологическому сопровождению (исходя из обязательного требования к эмпирической части исследования проведения как психологической диагностики, так и коррекции выявленных нарушений): детям и подросткам (24 работы, или 26,4%, относительно всех ВКР), а также родителям детей с ограниченными возможностями здоровья (3, или 3,3% соответственно); в «соматической» медицине, в том числе при онкологических и психосоматических расстройствах (16, или 17,6%); при пограничных нервно-психических расстройствах (14, или 15,4%); в наркологии (13, или 14,2%); профилактике эмоционального / профессионального выгорания у лиц помогающих профессий разной направленности (13, или 14,2%); в акушерстве и гинекологии (5, или 5,5%); при шизофрении (3, или 3,3%).

В качестве психодиагностического инструментария применялись методики как относительно «узкой» направленности (мотивация потребления алкоголя – МПА, тест на созависимость Б.Уайнхолда и Дж. Уайнхолд, индекс тяжести зависимости Т. Маклеллана и Д. Каризе; Я и мой ребенок Г.Г. Филипповой, семейно-обусловленное состояние Э.Г. Эйдемиллера и В. Юстицкиса, шкала количественной и качественной оценки психосоматического состояния беременной женщины В.В. Абрамченко и Т.А. Немчина, методика изучения родительских установок – PARI, рисунок семьи Л. Кормана и другие), так и более «общей» направленности (шкала самооценки депрессии Цунга, шкала депрессии Бека, личностная шкала проявлений тревожности Дж. Тейлор, интегративный тест тревожности, смысложизненные ориентации, опросник Басса-Дарки, методика изучения ауто- и гетероагрессивности Е.П. Ильина, опросник суицидального риска

А.Г. Шмелева, самооценка выраженности психических состояний Г. Айзенка, методика диагностики самооценки С.А. Будасси, диагностика копинг-механизмов Э. Хейма, тест на наличие иррациональных установок личности А. Эллиса, методика диагностики личности на мотивацию к успеху Т. Элерса, стратегия поведения в конфликтных ситуациях, Гиссенский опросник психосоматических жалоб и другие). В среднем, в каждой ВКР использовались 4,2 методик. По результатам тестирования у 76-85% обследованных были выявлены психологические нарушения различной направленности и степени выраженности.

В качестве психокоррекционных мероприятий использовались арт-терапия, музыкотерапия, гештальт-терапия, методы когнитивно-поведенческой, телесно ориентированной и экзистенциальной терапии, а также другие современные подходы, представляющие собой, как правило, в той или иной степени модифицированные программы, изложенные в учебниках, учебно-методических пособиях, монографиях с сочетанием различных направлений, форм, техник, упражнений. В результате их реализации у 70-79% клиентов по данным ретестовой диагностики наблюдалась положительная динамика; при этом констатировалась целесообразность увеличения временного поля для достижения более лучших результатов.

Выводы. Разумность и эффективность оказания психологической помощи / психологической коррекции / психологическому сопровождению не вызывает сомнений; темы ВКР будущих медицинских / клинических психологов соответствуют учебному плану образовательной профессиональной программы 37.05.01 «Клиническая психология»; в целом студенты продемонстрировали хорошее знание современных методов как психодиагностики, так и психологической помощи с умением их адекватно использовать. Но представляется более интересным следующее: направленность и процентное распределение тем ВКР соответствует существующей потребности в реализации оказания психологических услуг разным категориям населения (тем более учитывая направленность «Клинической психологии», в первую очередь на институт здравоохранения).

Естественно, что (наряду с вполне возможным вариантом работы и в иной профессии) в силу разных последующих объективных и субъективных причин не у всех студентов их будущая профессиональная деятельность будет строго соответствовать руслу выполненной ВКР, но, с другой стороны, вполне возможно, что определенное количество выпускников будут работать преимущественно с теми аспектами клинической психологии, которые ранее не планировались. Однако представляется, что в итоге процентное распределение как учреждений, так и предпочитаемых направлений деятельности принципиально не изменится.

Список литературы.

1. Волчанский, М.Е. Психологическая помощь детям и подросткам в выпускных квалификационных работах студентов, обучавшихся по специальности «Клиническая психология» / М.Е. Волчанский, В.В. Деларю // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2021. – Т. 66, № 4. – С. 340.

2. Волчанский, М.Е. Выпускная квалификационная работа по специальности «Клиническая психология»: подготовка и защита : учебное пособие / М.Е. Волчанский, В.В. Деларю, В.В. Болучевская. – Волгоград: Изд-во ВолгГМУ, 2022. – 72 с.

3. Деларю, В.В. Психологическое сопровождение женщины в период беременности как фактор профилактики нарушений здоровья её будущего ребёнка (по материалам выпускных квалификационных работ студентов – клинических психологов) /

В.В. Деларю // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2022. – Т. 67, № 4. – С. 158-159.

4. Раевский, А.А. «Военная» психология в выпускных квалификационных работах студентов – будущих клинических психологов / А.А. Раевский, В.В. Болучевская, П.И. Васекина // Психология и социальная работа в современном здравоохранении: Материалы III Всероссийской научно-практической конференции, посвященной 15-летию факультета социальной работы и клинической психологии Волгоградского государственного медицинского университета. – Волгоград: Изд-во ВолгГМУ, 2019. – С. 122-124.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ И НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ФАРМАКОТЕРАПИИ БОЛЕЗНИ АЛЬЦГЕЙМЕРА

Миненок В.А., Левченко Е.В.

Курский государственный медицинский университет, Курск, Российская Федерация

Актуальность. Болезнь Альцгеймера является важной медико-социальной проблемой. В связи с увеличением продолжительности жизни произошло увеличение случаев болезни Альцгеймера. Кроме того, по данным ряда исследователей, данное заболевание все чаще встречается в более раннем возрасте. По данным отчета «Alzheimer's Disease International World Alzheimer Report 2012», к 2030 году число пациентов с данным заболеванием будет составлять до 66 млн, а к 2050 – до 115 млн человек [1, 3].

Данная проблема является особо актуальной, поскольку на сегодняшний день нет лекарственных средств, которые оказывали бы должный терапевтический эффект. Поэтому актуальным является поиск новых фармакологических подходов в лечении данного заболевания [2, 3].

Цель исследования – рассмотреть современные подходы к патогенезу и фармакотерапии болезни Альцгеймера.

Материалы и методы. Нами были проанализированы литературные источники отечественных и зарубежных авторов по теме исследования.

В работе нами использовались следующие методы: анализ, обобщение, синтез.

Результаты исследования. На сегодняшний день возникновение болезни Альцгеймера объясняется патогенетической гипотезой «амилоидного каскада», которая была выдвинута еще в начале 90-х годов. Согласно этой теории в результате нарушения процессинга происходит накопление APP токсического Аβ-пептида, который способствует запуску патологических реакций. Происходит нарушение межклеточных взаимодействий, нарушение функции синапсов, активации клеток глии, ионного гомеостаза, происходят окислительные повреждения, гиперфосфорилирование тау-белка, образование нейрофибриллярных белков и, как итог, развитие деменции [1, 2].

Накопление Аβ является результатом нарушения баланса между продукцией Аβ, агрегацией и клиренсом. В настоящее время перспективным является подавление продукции Аβ-пептида путем использования ингибиторов β-секретазы BACE1. На сегодня предприняты попытки поиска эффективных ингибиторов BACE1. Наиболее перспективными являются соединения OM99-2, GSK 188909 и CTS-21166. Стоит подчеркнуть, что CTS-21166 проходит первую фазу клинических испытаний [3].

Другим направлением фармакотерапии может стать повышение клиренса Аβ-пептида, которое может быть достигнуто путем применения антител, а также белков-шаперонов. В качестве примера может служить HSP70 [1, 2, 3].

В последние десятилетия очень стремительно развиваются вакцинация и пассивная иммунизация моноклональными антителами. Антитела имеют значительное преимущество: высокоспецифичность для мишеней, на которые направлено их действие. Стоит отметить, что первая анти-Аβ вакцина была разработана ирландской компанией Elan, однако ее испытания были остановлены из-за побочных эффектов, наиболее значимым из которых является асептический менингит. На сегодняшний день перспективными препаратами на ранних стадиях болезни Альцгеймера являются человеческие антитела BAN2401. Препарат этих антител уже прошел первую фазу клинических испытаний и показал положительные результаты [3].

Поскольку ключевым звеном патогенеза болезни Альцгеймера является тау-белок, он может служить одной из главных мишеней для фармакотерапии данного заболевания. Так, в одном из исследований пассивная иммунизация антителами IgG2a/k pS404

способствовала уменьшению фосфорилирования тау-белка. Существует мнение о том, что эта терапия может быть эффективна не только на ранних, но и на более поздних стадиях болезни Альцгеймера [1, 3].

Клиренс амилоида осуществляется при помощи большого количества ферментов, одним из которых является неприлизин. На сегодня ведутся исследования по разработке доставки неприлизина в ткани головного мозга при помощи стволовых клеток, что обеспечит значительное уменьшение отложений амилоида [3].

Одной из основных групп препаратов, применяемых при болезни Альцгеймера, являются ингибиторы ацетилхолинэстеразы. На сегодня создание более эффективных ингибиторов ацетилхолинэстеразы является актуальной задачей современной фармации.

Нейродегенеративные процессы при болезни Альцгеймера сопровождаются значительным повреждением синапсов. Установлено, что ингибирование гистоновой деацетилазы HDAC1 способствует формированию синапсов. На сегодняшний день существуют неселективные ингибиторы гистондеацетилазы (например, панобиностат), однако их применение вызывает значительные побочные эффекты. Поэтому перспективным является создание селективных ингибиторов HDAC1 [1, 3].

Еще одним важным направлением в лечении болезни Альцгеймера является стимуляция нейрогенеза. Установлено, что эритропоэтин обладает нейропротективным эффектом, способствует усилению нейрогенеза. Была создана технология интраназальной доставки плазмы, которая богата факторами роста. В эксперименте эта технология способствовала уменьшению нейродегенеративных процессов при болезни Альцгеймера [3].

Выводы. Таким образом, проблема терапии болезни Альцгеймера остается актуальной на сегодняшний день. Детальное изучение патогенеза данной нозологии позволяет открывать все новые мишени и разрабатывать новые препараты для терапии болезни Альцгеймера.

Список литературы.

1. Кулаева, А.А. Болезнь Альцгеймера: обзорная статья / А.А. Кулаева, В.Д. Гайденок // Студенческий вестник. – 2023. – № 4-5 (243). – С. 45-51.
2. Новые представления о патогенезе, диагностике и лечении нейродегенеративных заболеваний // Вестник Российской академии медицинских наук. – 2010. – № 8. – С. 6-19.
3. Современные представления о патогенезе болезни Альцгеймера: новые подходы к фармакотерапии (обзор) // Современные технологии в медицине. – 2015. – Т. 7, № 3. – С. 138-148.

**АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАРКОЛОГИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ
В РЕГИОНАХ СЕВЕРО-ЗАПАДНОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА
В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ КОРОНАВИРУСА**

Маркеев К.С., Тимошилов В.И.

Московский физико-технический институт (национальный исследовательский университет), Москва, Российская Федерация

Экономико-географическое расположение Северо-Западного федерального округа (СЗФО) играет большую роль в формировании наркоситуации в нем. Проходящие через территорию трансконтинентальные пути и сообщения связывают Среднюю Азию со Скандинавией, Прибалтикой и странами Западной Европы. Организованная международная преступность старается использовать их в качестве основных каналов контрабанды и для поступления наркотиков в СЗФО, и для их распространения в другие регионы и страны. Неблагоприятные природные условия для выращивания наркосодержащих растений, а также отсутствие необходимого сырья и лабораторного оборудования для налаживания кустарного производства наркотических средств и психотропных веществ, за исключением г. Санкт-Петербурга, где достаточно развита химическая промышленность и готовится большое количество кадров для нее, делает субъекты СЗФО России импортерами запрещенных веществ [1]. Достаточно высокая плотность населения и развитая транспортная инфраструктура в большинстве регионах СЗФО также способствуют увеличению уровня заболеваемости наркоманией. Санкт-Петербург с его современными промышленными предприятиями, развитыми научными и образовательными учреждениями, большим количеством мест массового досуга у молодежи, а также достигнутым высоким уровнем жизни населения рассматривается преступными организациями как один из наиболее экономически рентабельных регионов для незаконного оборота наркотических веществ [2, 3]. Реализации наркотиков также способствуют новые способы оплаты наркотических веществ, новые способы их доставки даже в малонаселенные местности. На фоне произошедших изменений в жизни людей, связанных с пандемией и долгой изоляцией, все эти факторы только усилились, особенно сильно они отразились на населении, имеющем слабую стрессоустойчивость. Введение ограничительных мер при пересечении государственной границы в связи с распространением COVID-19, с одной стороны, уменьшило контрабандный ввоз на территорию РФ наркотиков, имеющих зарубежное происхождение, а с другой стороны, способствовало налаживанию производства синтетических наркотиков внутри страны [4]. На фоне эмоционального напряжения, финансовых сложностей употребления наркотиков стало способом решения трудностей и уходом от проблем. По данным Федеральной службы Российской Федерации по контролю за оборотом наркотиков, в 2021 году насчитывалось 6 млн наркозависимых, среди которых 20% – это школьники в возрасте 9-13 лет, около 60% – молодые люди 16-30 лет. Если сравнивать с 2017 годом, то число людей, которые употребляли наркотики и состояли на учете, было 5 млн человек [5]. В условиях COVID-19 и постковидного периода негативная тенденция по наркозависимости требует пристального внимания и оперативной разработки профилактических мероприятий.

Материалы и методы. Первичные данные о числе впервые выявленных случаев нарколологических расстройств за 2019-2021 гг. получены нами из официальных статистических материалов органов управления здравоохранением регионов Северо-Западного федерального округа. Сведения о численности населения регионов извлечены из электронных витрин Росстата. Нами вычислены интенсивные показатели первичной заболеваемости психическими и поведенческими расстройствами, связанными с употреблением наркотически действующих веществ. Сравнение относительных величин

в динамике и между регионами выполнено с оценкой значимости разности по критерию Стьюдента. Разность признана достоверной при уровне значимости 95% и более.

Результаты. За 2019 год на территории Северо-Западного федерального округа было выявлено 5841 новый случай хронического алкоголизма и алкогольных психозов и 1160 – наркомании и токсикомании. Это соответствует 50,1 впервые выявленных больных на 100 000 населения, что оказалось достоверно ниже уровня первичной заболеваемости в 58,1 случая на 100 000 по России в целом. Далее за 2020-2021 гг. показатель поступательно снижался, составив 39,4 и 37,3 первичных случая на 100 000 населения соответственно. Данная динамика оценена как статистически значимая убыль.

Непрерывное снижение показателей за все 3 года также наблюдалось в Калининградской (с 74,2 до 41,8 случаев на 100 000 жителей), Ленинградской (с 44,8 до 21,8 на 100 000) областях и городе Санкт-Петербурге (с 22 до 16,6 на 100 000).

В большинстве территорий округа снижение первичной заболеваемости в 2020 г. сменилось ее подъемом в 2021 г.

Так, в Карелии с 75,2 на 100 000 в 2019 г. показатель сократился до 68,7 в 2020 г. и вновь увеличился в 2021 г. до 72,7 новых случаев на 100 000 проживающих в республике. В Коми эти перепады выражены еще сильнее: от 114,4 в 2019 г. к 65,1 в 2020 г. и вновь вверх до 76,2 случая на 100 000 населения в 2021 г. Небольшими, но все же статистически достоверными, были эти изменения в Новгороде и Пскове. Так, в Новгородской области показатель изменялся с 65,5 до 58,2 и затем к 63,5 на 100 000 населения; Псковский край демонстрирует смену убыли с 92,3 до 87,2 ростом до 91,3 новых случаев наркопатологии на 100 000 проживающих.

В Архангельской области в 2020 г. заболеваемость снизилась с 65,9 до 55,3, а в 2021 г. возросла незначительно – до 57,4 впервые выявленных больных на 100 000 жителей. Похожая ситуация и на Вологодчине: за достоверным спадом с 60,1 до 44,6 случаев на 100 000 жителей последовал статистически малозначимый подъем до 46,3 первичных диагнозов на 100 000 населения. В Мурманской области за спадом с 49,6 до 30,1 последовал малозначимый рост до 33,5 впервые выявленных наркологических больных на 100 000 проживающих в регионе.

Из общего тренда выбивается только Ненецкий автономный округ: имея самый большой показатель в 2019 г. в 143,8 на 100 000 населения, в 2020 г. он все равно показал рост до 180,8 случаев на 100 000 жителей; в 2021 г. показатель снизился до 121,7 на 100 000, но все равно был максимальным в округе.

Обсуждение. Снижение показателя заболеваемости наркологическими расстройствами в динамике год за годом является общероссийским трендом, который прослеживается с 2010-2014 гг. в большинстве субъектов Российской Федерации. Из рассмотренных нами 11 регионов Северо-Западного федерального округа в 8 показатели 2021 года ниже, чем предковидного 2019 г. То, что для большинства изученных регионов характерно снижение официального показателя заболеваемости в первый год пандемии – 2020 – сменившееся ростом в 2021 году можно объяснить двумя факторами. Во-первых, это отмеченное обозревателями от правоохранительной системы снижение рынка незаконного алкоголя и наркотиков на начальных этапах пандемийных ограничений с последующей трансформацией сбытовых моделей и восстановлением объема предложения к концу 2020 г. – началу 2021 г. [6, 7]. Во-вторых, это снижение выявляемости наркологических расстройств за счет приостановки оказания плановой медицинской помощи, профосмотров, перепрофилирования некоторых наркологических больниц в инфекционные с падением объемов наркологической помощи в 2020 г. – начале 2021 года и ее восстановлением со второй половины 2021 г. с ростом числа диагностированных больных – в том числе выявлением тех, у кого пагубное пристрастие

и связанная с ним патология развились, но не попали в поле зрения медицинских специалистов годом ранее [8, 9].

Заключение. Наиболее неблагоприятная наркоситуация, согласно официальным данным, в 2021 г. складывается в Карелии, Коми, Мурманской, Новгородской и Псковской областях, где показатель первичной заболеваемости выше, чем в среднем по округу, и имеет тенденцию к росту. Неблагополучие Ненецкого автономного округа связано с крайне высокой заболеваемостью – одним из наибольших в России показателем. Сложившаяся ситуация позволяет прогнозировать рост первичной заболеваемости наркологическими расстройствами в большинстве регионов Северо-Западного федерального округа в 2022-2023 гг., причем за счет выявления ранее не диагностированных и запущенных на момент их установления случаев.

Список литературы.

1. Выписка из доклада о наркоситуации в Санкт-Петербурге в 2019 году (утвержденного пунктом 3.2. протокола от 26.03.2020 № 1 расширенного заседания антинаркотической комиссии в Санкт-Петербурге). Электронный ресурс. URL: <http://anpolitic.spb.ru/getFile?idFile=33221>.

2. Регионы России. Социально-экономические показатели – 2009 г. – 2009. – М. : Росстат. – 990 с. Электронный ресурс. URL: https://gks.ru/bgd/regl/B09_14p/Main.htm.

3. Регионы России. Социально-экономические показатели – 2019 г. – 2019. – М. : Росстат. – 1204 с. Электронный ресурс. URL: https://gks.ru/bgd/regl/B19_14p/Main.htm.

4. Исследовательский обзор Управления ООН по наркотикам и преступности «COVID-19 и цепочка незаконных поставок наркотиков: от производства и транспортировки до потребления». Электронный ресурс. URL: https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/covid/COVID19_and_drug_supply_chain_ru.pdf.

5. Соловьева Н.В., Макарова Е.В., Кичук И.В. «Коронавирусный синдром»: профилактика психотравмы, вызванной COVID-19 // РМЖ. – 2020. – № 9. – С. 18-22.

6. Моисеев, Н.А. О некоторых криминогенных факторах, оказавших влияние на наркоситуацию в Белгородской области в 2020 году / Н.А. Моисеев, Н.Г. Новоселов // Проблемы правоохранительной деятельности. – 2021. – № 4. – С. 6-11.

7. Готчина, Л.В. О тенденциях российской наркопреступности в условиях пандемии / Л.В. Готчина // Криминалистика. – 2021. – № 2 (35). – С. 22-24.

8. Состояние и деятельность наркологической службы Российской Федерации в 2021 году : Аналитический обзор / В.В. Киржанова, Н.И. Григорова, Е.Н. Бобков [и др.]. – Москва : ННЦ наркологии – филиал ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, 2022. – 202 с. – ISBN 978-5-86002-361-1.

9. Киржанова, В.В. Изменение употребления психоактивных веществ и обращаемости за наркологической помощью в период эпидемии COVID-19 по данным опроса экспертов-наркологов / В.В. Киржанова, К.В. Вышинский // Всероссийский конгресс с международным участием «Психоневрология: Век XIX – Век XXI» посвященный 115-летию ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России и 165-летию со дня рождения В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург, 12-13 мая 2022 года. – Санкт-Петербург: федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2022. – С. 151-153.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ С ОСНОВАМИ ПСИХОТЕРАПИИ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Новикова А.О.

Курский государственный медицинский университет, Курск, Российская Федерация

Актуальность. Проблема социокультурной реабилитации детей с ограниченными возможностями является важной составной частью совокупной реабилитации, которая будет направлена на адаптацию не только психологического состояния, но и физического. Ребенок с ограниченными возможностями должен максимально успешно адаптироваться к окружающему его обществу. А также немаловажным является обучение и социализация родителей детей-инвалидов, повышение уровня у них преемственности к психологической реабилитации. Потому как зачастую родители таких особенных детей становятся асоциальными, стараются закрыться в собственных чувствах, эмоциях, что приводит к снижению психологического уровня семьи – к ссорам, переживаниям, разводам, от чего уже будут страдать дети. Согласно российской статистике уровень разводов в семьях с ограниченными возможностями составляет 50% от общего числа семей (по данным П.Д. Павленок, В.Д. Альперович). К проблемам семьи ребенка-инвалида добавляются внешние препятствия в виде неполной семьи, что в свою очередь затрудняет путь прохождения психологической реабилитации. Поэтому так важно обучать не только ребенка, но и родителей, чтобы они были открыты к миру и не стыдились своего ребенка.

Цель исследования – создание реабилитационных программ, обучение детей с ограниченными возможностями навыкам поведения, общения и самообслуживания, работа и обучение родителей.

Материалы и методы исследования. В настоящем исследовании предпринята попытка научного анализа создания оптимальных реабилитационных программ для детей с ограниченными возможностями здоровья. При этом применялись общенаучные и специальные методы: логический, статистический. Материалом послужили исследования ученых социологов, психологов, психотерапевтов.

Результаты исследования. Психологическая реабилитация детей-инвалидов должна быть построена на принципах абилитации и реабилитации. Социокультурное восстановление представляет комплекс мероприятий, суть которых направлена на воссоздание социального статуса ребенка с ограниченными возможностями как личности – создание психологических механизмов, способствующих самореализации и главным образом коммуникации. Для создания необходимого благоприятного психологического состояния педагогами используются различные виды средств художественной деятельности и искусств. Данные способы психологической реабилитации дают возможность особенным детям пережить личностные переживания, избавиться от напряжения, тревоги и просто дать понять, что они ничем не отличаются от обычных детей. Педагогами могут быть использованы музыкотерапия, арт-терапия, социодрама, театральные постановки, различные мастерские ручного труда, игровая деятельность. Данные подходы позволяют наиболее полноценно изучить условия и факторы, влияющие на становление детей как личностей.

Выводы. Таким образом, мы рассмотрели отличительные моменты благоприятного влияния социопсихологической реабилитации детей с ограниченными возможностями, которые в дальнейшем смогут оптимизировать процесс адаптации к обществу и стать полноценными его участниками. Успешная их реализация позволяет привить определенные навыки поведения, самообслуживания и самореализации.

Список литературы.

1. Бельтикова, М.Д. Социокультурная реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья в реабилитационном центре: учебно-методическое пособие / М.Д. Бельтикова.– Иркутск: ИГЛУ, 2014. – 276 с.
2. Левченко, Е.В. Социально-психологическая профессиональная помощь детям-инвалидам в условиях областного медико-социального реабилитационного центра / Е.В. Левченко // Отечественный журнал социальной работы № 2. – 2018. – 5 с.
3. Гусейнзаде, Ш.Р. Особенности супружеских отношений в полных семьях, воспитывающих ребенка с ограниченными возможностями здоровья / Ш.Р. Гусейнзаде // Вестник РГГУ. Серия «Психология. Педагогика. Образование» № 2. – 2018. – С. 153-166.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ РИСКА РАЗВИТИЯ ООД ПОСРЕДСТВОМ КЛАСТЕРНОЙ ОЦЕНКИ ПОЗИТИВНОЙ И НЕГАТИВНОЙ СИМПТОМАТИКИ

Останков С.Б., Большанин А.В., Каменева А.И.

ОБУЗ ККПБ, Курск, Российская Федерация

Шизофрения – разнородное в проявлениях заболевание (или группа заболеваний), которое имеет различную клиническую симптоматику, течение и исход патологического процесса. Немаловажным является и социальный аспект жизни больного. Зачастую отсутствие приверженности к терапии, социальная незащищенность, незавершенный реабилитационный процесс ведут и к асоциальному образу жизни. Все эти аспекты часто сопряжены с риском развития общественно опасных деяний (ООД) [1].

Вследствие неоднородности клинических проявлений нозологической группы данные ряда исследователей (полученные путем оценочных шкал и личностных опросников, эмпирическим опытом) не имеют достоверной прогностической прочности [2]. Тем не менее представляется необходимым разработку четких клинико-прогностических критериев для предупреждения совершения ООД.

Целью исследования является выявление связи риска развития ООД с характером и выраженностью превалирующей симптоматики.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось с 40 пациентами мужского пола с диагнозом «шизофрения (F20)», проходящих лечение в условиях добровольного и принудительного лечения круглосуточного стационара ОБУЗ ККПБ. Основная группа – 20 пациентов, анамнез которых отягощен по совершенным ранее ООД. Контрольную группу составили 20 пациентов, не имеющих в своем анамнезе ООД. Исследование проводилось с использованием ретроспективного анализа историй болезни; клинического интервью; шкалы PANSS для кластерной оценки позитивной и негативной симптоматики; шкалы Симпсона-Ангуса для оценки экстрапирамидных побочных эффектов нейролептиков (SAS). Обработка полученных результатов проводилась посредством MS Excel-2013, Statistica 8.0.

Результаты и обсуждения. Все пациенты, получающие адекватную антипсихотическую терапию, находились на стадии становления ремиссии. По шкале SAS все пациенты имели сумму баллов не более 4.

При сравнении превалирующей симптоматики и ее выраженности статически значимыми различиями обладали только симптомы, входящие в дополнительный кластер агрессивных и аутоагрессивных действий ($p \leq 0,01$). В относительных значениях агрессивность и аутоагрессивность превалировала на 22,9% у пациентов основной группы по сравнению с пациентами контрольной группы.

Пациенты с отягощенным анамнезом по совершенному ООД были разделены по группам согласно характеру совершенных правонарушений: преступления против жизни и здоровья, частной собственности, здоровья населения и общественной нравственности.

Для распределения пациентов на группы была использована классификация М.М. Мальцевой, В.П. Котова, в которой выделяются следующие механизмы правонарушений по ООД:

- а) негативно-личностные:
 - ситуационно-спровоцированные действия;
 - инициативные действия (извращенность и расторможенность влечений, дефицит высших влечений);
- б) продуктивно-психотические:
 - с бредовой мотивацией (бредовая защита, бредовая месть и пр.);
 - без бредовой мотивации (импульсивные действия, императивные галлюцинации и автоматизмы и пр.) [3].

Если говорить о ведущем синдроме на момент совершения ООД, то пациенты основной группы были разделены на две когорты. 1 когорта (9 пациентов) – больные, которые совершили ООД на основании ведущего параноидного синдрома, 2 когорта (11 пациентов) – пациенты, основанием ООД которых был психопатоподобный синдром. При сравнении превалирующей симптоматики и ее выраженности было выявлено, что статистически значимыми различиями является большая выраженность негативной симптоматики у когорты пациентов, совершивших ООД на основании ведущего параноидного синдрома ($p \leq 0.01$).

При сравнении характера, совершенного ООД и превалирующей симптоматики, не было выявлено каких-либо значимых отличий в ряду изучаемых признаков.

Корреляционный анализ же показал, что механизм ООД по параноидному типу и выраженность нарушений мышления статистически достоверно связаны друг с другом, установлена положительная корреляция ($p \leq 0,05$). Характер ООД по типу «инициативные действия» и выраженность негативной симптоматики статистически достоверно не связаны друг с другом, установлена отрицательная корреляция ($p = 0,00$).

Выводы. При комплексной оценке рисков развития ООД у пациентов, страдающих шизофренией, можно выявить большую склонность к агрессивным и аутоагрессивным действиям. Большая выраженность в психопатологической картине негативной симптоматики связана с повышенным риском совершения ООД по параноидному механизму. Механизм ООД по параноидному типу и выраженность нарушений мышления статистически достоверно связаны друг с другом. Данные статистические параметры являются промежуточными и нуждаются в дальнейшем изучении, но уже эти показатели могут говорить о различии в риске совершения ООД, социальном прогнозе и исходе патологического процесса.

Список литературы.

1. Кондратьев Ф.В. Судьба больных шизофренией: клинико-социальный и судебно-психиатрический аспекты / Ф.В. Кондратьев; под редакцией проф. В.С. Ястребова. – М. : Изд-во ЗАО Юстицинформ. – 2010. – 402 с.

2. Кулинчик Н.И. [и др.]. К вопросу об общественной опасности лиц, страдающих шизофренией / Российский психиатрический журнал № 5, 2008. – 22-27 с.

3. Мальцева М.М., Котов Б.П. Опасные действия психически больных. – М., 1995. – 256 с.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ДЕТСКОГО РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА

Ашурков С.Н., Масалева И.О.

Курский государственный медицинский университет, Курск, Российская Федерация

Введение. Детский рассеянный склероз (РС) составляет до 5% от всех случаев заболеваемости рассеянным склерозом. Современные исследования за последние пять лет дали новые результаты и много информации о клинике, лечении, диагностике и развитии этого заболевания. Выводом из большинства исследований является то, что генетические факторы, а также экзогенные факторы оказывают большое влияние на развитие данной патологии. Также благодаря клиническим и лабораторным данным исследования можно судить об отличии иммунного ответа и состоянии центральной нервной системы у препубертатных и постпубертатных детей от иммунного ответа, и состоянии центральной нервной системы у взрослых.

Из-за отсутствия данных контролируемых исследований о лечении рассеянного склероза у детей, а также потому что в большинстве случаев такой патологии проводится терапия препаратами для лечения взрослой формы заболевания, автор в статье решил осветить основные клинические особенности течения детского рассеянного склероза [1].

Определение детского рассеянного склероза. Рассеянный склероз (РС) – это демиелинизирующее заболевание (группа заболеваний, при которых происходит разрушение миелиновых оболочек в периферической и центральной нервной системе), имеющее хроническое течение, в основе которого лежит множественное диффузное и очаговое поражение нервной системы, посредством совокупности воспалительных аутоиммунных реакций и процессов дегенерации нейронов. Результатом заболевания являются снижение качества жизни пациента и инвалидизация [2]. Отдельно выделяют детский рассеянный склероз, болезнь дебютирует у молодых людей, не достигших возраста 18 лет, а также имеющий свои особенности клинического течения, о которых будет рассказано в данной статье.

Значимость и актуальность темы. До получения новых исследований рассеянный склероз считался патологией, присущей только взрослым. В противовес таким мнениям установлено, что за последние десятилетия все чаще фиксируются случаи рассеянного склероза у детей. Заболеваемость данной патологии значительно возросла во всем мире и, в частности, в нашей стране. Дебют рассеянного склероза в 1,2-6% происходит до 16 лет [3].

Цель исследования. Целью данной работы я ставлю изучение современных знаний о клинических проявлениях детского рассеянного склероза, а также особенности и его отличие взрослой формы этого заболевания.

Материалы и методы. Был использован теоретический анализ литературы и обобщение полученных знаний.

Общие особенности детского рассеянного склероза и его отличия от взрослой формы. Одной из главных особенностей детского рассеянного склероза является его медленное течение по сравнению с той же патологией у взрослых, но, несмотря на невысокую скорость появления симптомов заболевания, у людей подросткового возраста очень рано наступает инвалидизация. Основной особенностью у пациентов с детским рассеянным склерозом является манифестация заболевания с клинически изолированным синдромом примерно у 85%, который проявляется поражением зрительного нерва, спинного мозга или ствола мозга [4]. Классическими клиническими признаками того, что у ребенка может быть диагноз «детский рассеянный склероз», являются двигательные и атаксические расстройства, также патологии вибрационной чувствительности, вегетативные недостаточности и смена симптомов во время всего дня [5].

Есть данные о проявлении психологических и когнитивных расстройств, таких как: понижение успеваемости, нарушение социализации и самооценки, эти признаки у детей возникают чаще, чем у взрослых. Такие клинические нарушения могут иметь долгосрочные последствия, включая более низкую вероятность получения высшего образования, более низкий годовой заработок, частые дни болезни в течение трудовой жизни и раннее включение в пенсионные программы по инвалидности [6]. Получая такие результаты, можно сказать, что вполне актуальны и оправданы усилия, направленные на выявление ранних проявлений и признаков и на разработку раннего терапевтического лечения [7]. Часто может возникнуть повторное течение такого проявления, как периферический парез мускулатуры мимических мышц, чаще всего поражается одна сторона [5].

Различия в течении патологии можно установить не только во взрослой форме и детской, но и между периодами детства. Возрастные группы, в которых проявляется детский рассеянный склероз, можно разделить на две – препубертатный рассеянный склероз (возраст до 10 лет) и постпубертатный рассеянный склероз (от 10 до 18 лет). Такое деление обусловлено разностью, когда происходит начало болезни и его первые признаки. Так как возраст манифестации клинических проявлений примерно 15 лет, самой многочисленной по числу случаев является группа постпубертатного рассеянного склероза [8]. Заболевание в этой группе наиболее часто проявляется тяжелым приступом, с поражением ствола мозга, от чего возникают моторные нарушения [9]. В 30-50% случаев могут проявляться когнитивные нарушения, из-за процессов демиелинизации. Нельзя сказать точно об участке атрофии белого или серого вещества, так как МРТ картина не дала точного ответа [10].

В отличие от предыдущей группы у больных препубертатного возраста с подтвержденным диагнозом «детский рассеянный склероз» более выражены двигательные нарушения вследствие поражения ствола мозга, а когнитивные нарушения проявляются меньше и имеют остаточный характер от манифестации заболевания [9].

Вывод. Резюмируя все вышесказанное, даже несмотря на невысокую заболеваемость детским рассеянным склерозом можно сделать вывод о том, что его диагностика имеет высокое значение из-за участвовавших случаев в нашей стране [3]. Представленные клинические проявления этой патологии могут повлиять на когнитивное и физическое развитие детей, тем самым снижая качество жизни. Знание ранних симптомов и проявлений этого заболевания в детском возрасте помогает врачу-педиатру и врачу-неврологу в правильном проведении дифференциальной диагностики описываемой патологии. Также автор статьи представил различия между проявлениями РС во взрослом возрасте и в разные периоды детства. Несмотря на довольно медленное развитие заболевания в детском возрасте по отношению к взрослой форме очень быстро наступает инвалидизация. Течение в постпубертатной и препубертатной формы болезни отличается выраженностью когнитивных нарушений в постпубертатной форме, когда в препубертате когнитивные нарушения имеют только остаточный характер от манифестации заболевания.

Список литературы.

1. Yeh, E.A., Chitnis, T., Krupp, L., Ness, J., Chabas, D., Kuntz, N., ... Waubant, E. (2016). Pediatric multiple sclerosis. *Nature Reviews Neurology*, 12(6), 323-334.
2. (Pediatric Multiple Sclerosis Center of the Jacobs Neurological Institute, University at Buffalo, The State University of New York, Buffalo, NY, USA. ayeh@thejni.org)
3. Гусев Е.И., Бойко А., Столяров И. Рассеянный склероз. Москва: РеалТайм; 2009.
4. Бамбеева Р.Ц., Пилия С.В., Волкова Э.Ю., Нанкина И. Рассеянный склероз у детей // Медицинский журнал «Лечащий врач». – Москва.

5. Clinically isolated syndromes suggestive of multiple sclerosis, part I: natural history, pathogenesis, diagnosis, and prognosis / D. Miller [et al.] // *Lancet Neurol.* – 2005. – Vol. 4, iss.5. – P. 281-288. – doi: 10.1016/S1474-4422(05)70071-5.
6. Евтушенко С.К. Рассеянный склероз у детей. // *Международный неврологический журнал.* – 2006. – № 2. – С. 22-23.
7. McKay K.A., Friberg E., Razaz N., Alexanderson K., Hillert J. Long-term socioeconomic outcomes associated with pediatric-onset multiple sclerosis. *JAMA Neurol.* 2021;78(4):478-82.
8. Baroncini D., Simone M., Iaffaldano P., Brescia Morra V., Lanzillo R., Filippi M., et al. Риск стойкой инвалидности у пациентов с рассеянным склерозом в детском возрасте. *JAMA Neurol.* 2021;78(6):726-35.
9. Multiple sclerosis in children: an update on clinical diagnosis, therapeutic strategies, and research / A. Waldman [et al.] // *Lancet Neurol.* – 2014. – Vol. 13, iss. 9. – P. 936-948. – doi: 10.1016/S1474-4422(14)70093-6.
10. An, Q. Childhood multiple sclerosis: clinical features and recent developments on treatment choices and outcomes / Q. An, C-H Fan, S-M Xu // *Eur Rev Med Pharmacol Sci.* – 2018. – Vol. 22, iss. 17. – P. 5747-5754. – doi: 10.26355/eurrev_201809_15843.
11. Clinical presentation of pediatric multiple sclerosis before puberty / B. Huppke [et al.] // *Europ J Neurol.* – 2014. – Vol. 21, iss. 3. – P. 441-446. – doi: 10.1111/ene.12327.

PRINCIPLES OF TREATMENT OF ARTERIAL HYPERTENSION IN OLDER PATIENTS

Dorofeeva S.G., Mansimova O.V., Prokofieva Yu.V.

Kursk State Medical University, Kursk, Russian Federation

Abstract. This article explores the treatment of arterial hypertension in older patients, focusing on the unique considerations and advances in therapeutic interventions for this population. Arterial hypertension poses significant health risks in older adults, necessitating a comprehensive and individualized approach to its management. The article discusses lifestyle modifications, medication management, and emerging technologies as key components of treatment. By equipping healthcare providers with the necessary knowledge and tools, this article aims to enhance patient outcomes, promote healthy aging, and reduce the burden of cardiovascular diseases in older adults.

Keywords: arterial hypertension, older patients, treatment, lifestyle modifications, medication management, emerging technologies, cardiovascular diseases.

Goals: to evaluate the main groups of antihypertensive drugs for the treatment of hypertension. Determine the largest assignment.

Methodology. The study was conducted in hospital 6 in the city of Kursk. 20 patients with a diagnosis «arterial hypertension» took in examination. The patients were treated in the therapeutic department of Hospital 6 in the city of Kursk in March 2023. The age of the patients was 43-72 years. Criteria for inclusion in the study: diagnosis arterial hypertension and voluntary agreement.

Results.

Main groups of antihypertensive drugs for the treatment of hypertension:

- Thiazide diuretics: are first line drugs with low risk of adverse effects with low cost and safe for diabetic patients. Close monitoring of medication adherence and regular follow-up appointments are essential to ensure effective blood pressure control and minimize the risk of adverse effects. 6 patients used hydrochlorothiazide 12,5 mg.

- Beta blockers: In the absence of comorbidities such as heart failure congestive and post-myocardial infarction, this drugs should not be used as an initial line of treatment. 6 patients used metoprolol 50 mg.

- Calcium channel blockers: are the preferred medication for hypertensive elders. 10 patients used amlodipine 10 mg.

- Angiotension-Converting enzyme inhibitors: they must be recommended to patients with heart failure or dysfunctional left ventricles. Reduce proteinuria in diabetic patients and postpone the loss of renal function; this is also helpful in the secondary prevention of stroke. Dry cough and taste changes are the main side effects. Due to the risk of hyperkalemia, patients with chronic renal insufficiency and when it is combined with a potassium-sparing diuretic should be treated with extra caution. 12 patients used lisinopril 10 mg.

- Angiotensin receptor blockers: has similar efficacy of the angiotensin-converting enzymes but with less risk of adverse effects. 8 patients used lisinopril telmisartan 20 mg.

All patients took mono- or combination antihypertensive therapy.

Conclusion. An individualized approach, thorough evaluation, and the use of evidence-based strategies, such as adopting a healthy lifestyle, careful medication management, and utilizing emerging technologies, are necessary for the successful treatment of high blood pressure in the elderly.

Effective methods for controlling high blood pressure in the elderly include making lifestyle changes like increasing exercise, cutting back on sodium, and adopting a healthy diet. Healthcare administrators must evaluate the need for the application of other cutting-edge therapies, such as renal artery denervation, in addition to careful medication management.

The study revealed that there is a greater choice of prescribing Angiotension-Converting enzyme inhibitors drugs. In the second place Angiotensin receptor blockers group of drugs is used. Least of all were used diuretics, Beta blockers, calcium channel blockers drugs. All patients took mono- or combination antihypertensive therapy.

Due to the multifaceted positive effect of modern medicines, the treatment of hypertension implies not only a decrease in blood pressure as such, but also the protection of internal organs from the negative effects of those processes that accompany increased blood pressure.

Список литературы.

1. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Hypertension in adults: diagnosis and management. Clinical guideline [CG127]. London: NICE, 2019.

2. American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. 2017. ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. Hypertension, 2018;71(6):e13-e115.

3. Mancia G., Fagard R., Narkiewicz K., et al. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). J Hypertens, 2013;31(7):1281-1357.

4. Williamson J.D., Supiano M.A., Applegate W.B., et al. Intensive vs Standard Blood Pressure Control and Cardiovascular Disease Outcomes in Adults Aged ≥ 75 Years: A Randomized Clinical Trial. JAMA, 2016;315(24):2673-2682.

5. Vidal-Petiot E., Ford I., Greenlaw N., et al. Cardiovascular event rates and mortality according to achieved systolic and diastolic blood pressure in patients with stable coronary artery disease: an international cohort study. Lancet, 2016;388(10056):2142-2152.

6. Whelton P.K., Apple L.J., Espeland M.A., et al. Sodium reduction and weight loss in the treatment of hypertension in older persons: a randomized controlled trial of non pharmacologic interventions in the elderly (TONE). JAMA.1998;279(11):839-46.

7. Hypertension treatment in the elderly: are blood pressure targets different? Roberto Dischinger Miranda, Audes Magalhães Feitosa. Rev Bras Hipertens vol. 23(1):16-21, 2016.

8. Hypertension in the elderly: pharmacologic treatment Tatiana Caccese Perrotti¹, José Campos Filho, Carlos André Uehara, Clineu de Mello Almada Filho, Roberto Dischinger Miranda. Rev Bras Hipertens vol.14(1): 37 – 41, 2007.

9. Verdecchia, P., Cavallini, C., Angeli, F. (2022). Advances in the Treatment Strategies in Hypertension: Present and Future. Journal of cardiovascular development and disease, 9(3), 72. <https://doi.org/10.3390/jcdd9030072>.

10. Дорофеева С.Г. Конопля Е.Н., Мансимова О.В., Шелухина А.Н., Савенкова К.К. Структурный анализ больных, страдающих артериальной гипертензией // Интегративные тенденции в медицине и образовании. – 2020. – Т. 2. – С. 26-28.

ЛОНГКОВИД: НОВАЯ РЕАЛЬНОСТЬ В ФОРМИРОВАНИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ СТРАТЕГИЙ В ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ

Серёгин А.Г.

Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет,
Витебск, Белоруссия

Пандемия инфекции SARS-CoV-2 заставила медицинское сообщество пересмотреть многие этиопатогенетические представления и подходы к ведению пациентов с различными заболеваниями.

Изначально предполагалось, что данная инфекция является остротекучей с полным разрешением в течение 2-3 недель. Однако сегодня накоплено достаточно данных о том, что ее клинические проявления могут как быстро саморазрешаться, так и сохраняться до 6 месяцев и более [1]. Таким образом, мы впервые заговорили о том, что клиническое понятие об острой респираторной инфекции (далее – ОРИ) должно базироваться не столько на отражении очевидного факта вовлечения в острый инфекционный процесс дыхательных путей, сколько на отражении скрытого от глаз, но, безусловно, реализующегося адаптивного ответа иммунитета на вторжение чужеродного агента в наш организм. Такая необходимость обусловлена тем, что существуют как минимум два диаметрально противоположных сценария развития событий. С одной стороны, у значимой части населения инфекция SARS-CoV-2 клинически реализуется как неосложненная ОРИ, а с другой стороны, существует группа пациентов с осложненным течением данного заболевания, клиника которого выходит за традиционные временные и качественные пределы. Этот бесспорный факт потребовал клинического выделения таких состояний, как лонгковид и/или постковидный синдром, от которых страдают до 20% населения.

Таким образом, в МКБ-10 появились совершенно новые способы кодирования и статистического учета пациентов:

1) U08.9 – личный анамнез COVID-19 неуточненный. Этот дополнительный код используется для записи более раннего эпизода инфекции SARS-CoV-2, подтвержденного или вероятного, который влияет на состояние здоровья человека;

2) U09.9 – состояние после инфекции SARS-CoV-2 (постковидный синдром – долгосрочные симптомы, длящиеся свыше 28 дней). Этот код позволяет установить связь с инфекцией SARS-CoV-2, но его не стоит использовать в случаях, когда сама инфекция все еще присутствует;

3) U10.9 – мультисистемный воспалительный синдром, связанный с инфекцией SARS-CoV-2 (лонгковид), или синдром Кавасаки, ассоциированный во времени с COVID-19.

При этом необходимо хорошо понимать, что лонгковид является результатом искаженной реакции приобретенного иммунитета, а не острой вирусной инфекции, а его патофизиология сходна с аутоиммунными заболеваниями. Положительный тест на инфекцию SARS-CoV-2 в качестве лабораторного подтверждения диагноза не является обязательным условием для постановки лонгковида и постковидного синдрома, так как нередко встречаются ложноотрицательные результаты.

Понимание патофизиологии мультисистемного воспалительного синдрома может быть частично получено из патогенеза развития болезни Кавасаки и синдрома токсического шока с возможными механизмами повреждения, связанными с иммунными комплексами, активацией комплемента, образованием аутоантител и массивным высвобождением цитокинов, связанных со стимуляцией суперантигенами Т-клеток. Сам же вирус, отвечающий за репликацию, исчезает максимум через месяц после возникновения симптомов, оставляя после себя долговременные последствия. Даже

через несколько месяцев после заражения в биоптатах кишечника людей, перенесших COVID-19, обнаружена мРНК вируса SARS-CoV-2, а также вирусный белок, на который может реагировать иммунная система. Выжившие после реализации неадаптивного ответа иммунитета на инфекцию SARS-CoV-2 могут подвергаться повышенному риску тромбозов, эмболий и вторичных инфекций, вызванных бактериальными, грибковыми (аспергиллез легких) или другими патогенами.

Проявления постковидного синдрома и лонгковида довольно вариабельны и различными авторами описываются по-разному. Чаще всего среди подобных симптомов упоминаются хроническая боль, утомляемость, психоэмоциональные проблемы, фибромиалгия, синдром хронической усталости, одышка, кашель, дисгевзия, диарея [2, 3], а также симптомы, связанные с наличием легочной гипертензии. Взаимосвязь между инфекцией SARS-CoV-2 и долговременно существующими симптомами со стороны органов дыхания и центральной нервной системы установлена и клинически, и статистически [4, 5]. Также известна положительная корреляционная связь, существующая между гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (далее – ГЭРБ) и бронхиальной астмой [6].

В рамках нашего исследования изучались корреляционные связи между тревогой, депрессией, ГЭРБ, астмой и инфекцией SARS-CoV-2, а также возможности лечения пациентов с лонгковидом.

Материалы и методы. В исследовании участвовали 14 пациентов женского пола с вновь выставленной ГЭРБ, которые были разделены на 2 группы. Все пациентки прошли единый стандарт обследования, который включал опросник GERD-Q (диагностика классических симптомов ГЭРБ), опросник ИРС (диагностика внепищеводных проявлений ГЭРБ), фиброэзофагогастродуоденоскопию (далее – ФЭГДС), обследование по шкале HADS, исследование функции внешнего дыхания (далее – ФВД), консультации врачей-специалистов (врач-аллерголог, врач-пульмонолог, врач общей практики), другие обследования по показаниям. Инфекция SARS-CoV-2 подтверждалась одним из стандартных методов обследования (мазок, экспресс-метод на наличие антител, рентгенография или компьютерная томография органов грудной клетки). В первую (основную) группу включено 7 женщин (31-46 лет) с ГЭРБ и астмой, зарегистрированных после перенесенной инфекции SARS-CoV-2. Во вторую (контрольную) группу включено 7 женщин (33-45 лет), которые не переносили острых форм респираторных инфекций и/или подтвержденной инфекции SARS-CoV-2, но при этом имели проблемы со здоровьем, выражающиеся в сочетании ГЭРБ и астмы.

Статистический анализ данных выполнен с помощью программы «Statistica 10,0». Для оценки корреляционных связей использовался коэффициент Пирсона.

Результаты исследования. При постановке диагноза «ГЭРБ» не было достоверных отличий между результатами по опросникам GERD-Q (диагностика классических симптомов ГЭРБ) и ИРС (диагностика внепищеводных проявлений ГЭРБ) у двух групп пациенток. Так, средний результат по опроснику GERD-Q в основной и контрольной группах составил соответственно 7,86 и 7,71 балла, а средний результат по опроснику ИРС – соответственно 69,5 и 70,4 балла. В каждой из групп было по 3 пациентки, имевшие признаки эзофагита согласно проведенной ФЭГДС. Таким образом, обе группы оказались репрезентативными по полу, возрасту, клиническим и морфологическим проявлениям ГЭРБ.

Средний уровень тревоги по шкале HADS в группе пациентов, перенесших инфекцию SARS-CoV-2, оказался значительно выше, чем у пациенток контрольной группы – соответственно 12,1 и 4 балла (коэффициент Пирсона 0,99). Средний уровень депрессии по шкале HADS в группе пациентов, перенесших инфекцию SARS-CoV-2,

также был выше, чем у пациенток контрольной группы – соответственно 7,6 и 2 балла (коэффициент Пирсона 0,79).

Установленная связь не говорит о прямой зависимости между ГЭРБ с респираторными симптомами и тревогой, которые возникают после инфекции SARS-CoV-2, однако она позволяет предположить роль центральных механизмов формирования ГЭРБ. При проведении дополнительного обследования (МРТ головного мозга) у пациентов, перенесших инфекцию SARS-CoV-2, выявлялись гиперинтенсивные участки в режиме T2-FLAIR различных участков головного мозга, изменения в белом веществе головного мозга, участки лейкоареоза головного мозга, признаки микроинфарктов, локализованных преимущественно в стволе головного мозга. Известно, что ишемия головного мозга приводит к развитию тревожного расстройства. К двигательным (моторным) нарушениям при тревоге относятся суетливость, мышечное напряжение с болевыми ощущениями различной локализации, тремор, неспособность расслабиться, а также, вероятно, нарушение моторики верхних отделов желудочно-кишечного тракта, приводящее к формированию ГЭРБ, что в дальнейшем способствует аспирации желудочного содержимого и развитию бронхиальной обструкции.

Основу лечения первой группы пациентов составили ингибиторы ГМГ-КоА-редуктазы и антикоагулянтная терапия дабигатрана этексилатом, что в течение 6-12 месяцев привело к значимому регрессу широкого спектра симптомов, включая кашель, одышку, снижение толерантности к физической нагрузке, тревогу и бессонницу.

Заключение. Таким образом, в рамках лонгковида показана сильная положительная корреляционная связь между тревогой, депрессией, респираторными симптомами и ГЭРБ. Данные симптомы могут быть обусловлены эндотелиопатией, возникающей в рамках мультисистемного воспалительного аутоиммунного синдрома и приводящей в числе всего прочего к органическим поражениям головного мозга. Это подтверждается эффективностью проводимого патогенетического лечения, которое приводит к регрессу многих проявлений лонгковида вне зависимости от наличия симптоматической терапии.

В заключение следует отметить, что сегодня в общей врачебной практике появляется множество пациентов с симптомами и жалобами, которые ассоциируются с течением лонгковида и отражают мультисистемный воспалительный аутоиммунный синдром с эндотелиопатией. Именно такие пациенты составляют группу повышенного риска в отношении развития серьезных осложнений и нуждаются в проведении соответствующей времени и состоянию профилактики, включающей антиагрегантную и/или антикоагулянтную терапию в сочетании с назначением ингибиторов ГМГ-КоА-редуктазы.

Список литературы.

1. Амиров, Н.Б. Постковидный синдром: мультисистемные «дефициты» / Н.Б. Амиров и др. // Вестник современной клинической медицины. – 2021. – Том 14, вып. 6. – С. 94-104.

2. Айтбаев, К.А. Постковидный синдром: частота, клинический спектр и проблемы для амбулаторной службы / К.А. Айтбаев и др. // Практическая медицина, – 2021. – Т. 19, № 5. – С. 5-19.

3. Белоцерковская, Ю.Г. Долгий COVID-19 / Ю.Г. Белоцерковская и др. // Consilium Medicum. – 2021. – 23 (3). – С. 261-268 – <https://doi.org/10.26442/20751753.2021.3.200805>.

4. Мосолов, С.Н. Длительные психические нарушения после перенесенной острой коронавирусной инфекции SARS-CoV-2 / Современная терапия психических расстройств. – 2021. – № 3. – С. 2-23.

5. Носиров, А.М. Респираторные проявления гастроэзофагеальной рефлюксной болезни / А.М. Носиров, А.М. Ишмухаметова // Материалы 47-й научной сессии ЦНИИ

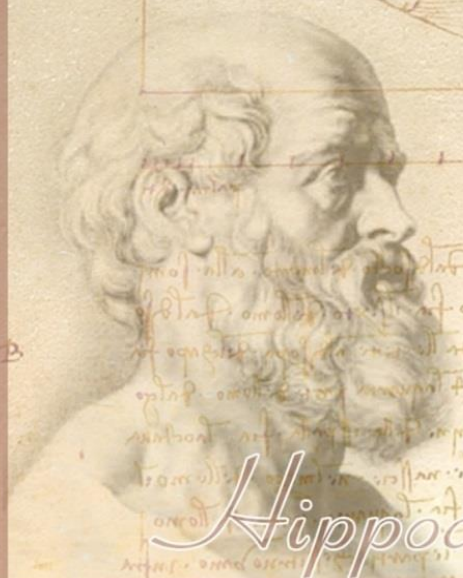
гастроэнтерологии «Гастроэнтерология в меняющейся реальности». 4-5 марта 2021 г., Москва. Терапевтический архив. – 2021. – 93 (2, Приложение): 77. doi:10.26442/00403660.2021.02.200640.



КУРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

ул. К. Маркса, 3, г. Курск 305041 Тел.: (4712) 58-81-32; факс.: (4712) 56-73-99; 58-81-37
Интернет-адрес: www.kurskmed.com Электронная почта kurskmed@mail.ru

Медицина - дело на все времена!



Hippocrates



Avicenna