

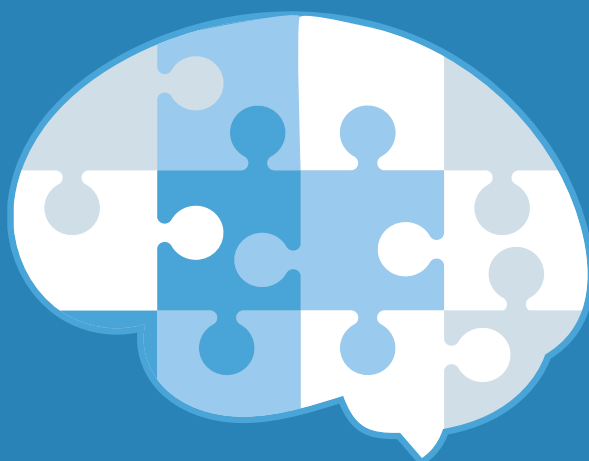


ФГБУ «Национальный
медицинский исследовательский
центр им. В. А. Алмазова»
Минздрава России

II ВСЕРОССИЙСКАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ
КОНФЕРЕНЦИЯ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

«МЕНТАЛЬНОЕ ЗДОРОВЬЕ XXI ВЕКА: АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ И ПОИСК ОТВЕТОВ»

2–3 АПРЕЛЯ 2026 ГОДА



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

САНКТ-ПЕТЕРБУРГ
2026

УДК [159.9+616.89] (082)(043.2)
ББК 88:56.14я431

НАУЧНЫЙ КОМИТЕТ

Председатель научного комитета

Шляхто Евгений Владимирович, генеральный директор ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава России, академик РАН

Рецензент: заведующий кафедрой психиатрии и психотерапии с клиникой Института медицинского образования ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава России, профессор
Абриталин Евгений Юрьевич

От научного комитета: *научный комитет не несет ответственности за точку зрения авторов, оригинальную терминологию и несовпадение цифровых данных в отдельных тезисах.*

Ментальное здоровье XXI века: актуальные вопросы и поиск ответов: Сборник тезисов II Всероссийской научно-практической конференции. 2-3 апреля 2026 года / **Председатель научного комитета Е. В. Шляхто**. – Электрон. текстовые дан. (1 файл: 2,35 Мб). – Санкт-Петербург : ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава России, 2026. – 1 электрон. опт. диск (CDROM). – Мин. систем. требования: Pentium 100 МГц; 16 Мб RAM; Windows XP; дисковод CDROM, Adobe Reader 7.0. – **ISBN: 978-5-6051227-4-6**

ISBN: 978-5-6051227-4-6

Сборник тезисов II Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Ментальное здоровье XXI века: актуальные вопросы и поиск ответов» посвящен актуальным вопросам психиатрии, психотерапии, медицинской психологии и наркологии. Содержит материалы по современным и перспективным технологиям, внедряемым в клиническую практику. Материалы конференции представлены ведущими отечественными и зарубежными учеными в области психического здоровья и специалистами смежных областей.

ISBN: 978-5-6051227-4-6

© Коллектив авторов, 2026
© ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава России, 2026

ФАРМАКОТЕРАПИЯ РЕЗИСТЕНТНОЙ ШИЗОФРЕНИИ С КОМОРБИДНЫМИ ХИМИЧЕСКИМИ АДДИКЦИЯМИ: СОЧЕТАНИЕ КЛОЗАПИНА И НОВЫХ АНТИПСИХОТИКОВ

Г.Ю. Селиванов, Н.А. Бохан, А.П. Отмахов, Л.Н. Бизина

НИИ ПЗ ФБГНУ Томский НИМЦ РАН, Томск
НМИЦ им. В.А. Алмазова, Санкт-Петербург
ПБ «Св. Николая Чудотворца», Санкт-Петербург

Источник финансирования: работа выполнена в рамках основного научного направления НИИ психического здоровья Томского НИМЦ «Разработка и внедрение новых методов и технологий диагностики, терапии и профилактики психических расстройств и расстройств поведения» протокол N4 от 25.04.2014 и темы основного плана НИР «Мультидисциплинарное исследование клинической гетерогенности и патофизиологических механизмов прогрессивного развития аддиктивных расстройств с разработкой инновационных программ терапии и дифференцированной профилактики», номер госрегистрации 122020200053-1.

Ключевые слова: коморбидность, шизофрения, аддикция, наркотики, психоактивные вещества, ассоциированные заболевания, антипсихотики

Аннотация: Исследование (2018–2025 гг., n=470) оценивало эффективность комбинированной терапии клозапином с атипичными антипсихотиками (карипразином, луразидоном, арипипразолом, рисперидоном, оланзапином, брекспипразолом) у пациентов с терапевтически резистентной шизофренией, коморбидной с химическими аддикциями. Наибольшая эффективность отмечена для комбинаций клозапина с карипразином и луразидоном

Введение. Терапевтически резистентная шизофрения представляет собой серьезную клиническую проблему, особенно в случаях её сочетания с химическими аддикциями [1]. Коморбидность психических расстройств и зависимостей (от алкоголя, каннабиноидов, опиоидов, психостимуляторов) существенно осложняет лечение: снижает чувствительность к стандартной антипсихотической терапии, укорачивает периоды ремиссии и повышает риск рецидивов [2].

В соответствии с современными клиническими рекомендациями, при отсутствии ответа на две адекватные схемы терапии атипичными антипсихотиками пациентам с резистентной шизофренией назначают клозапин — препарат с подтвержденной эффективностью в подобных случаях [3]. Однако даже его применение не всегда обеспечивает устойчивый терапевтический эффект, особенно на фоне сопутствующих аддикций.

Цель исследования. Оценить клиническую эффективность комбинированной терапии клозапином с частичными агонистами дофаминовых рецепторов при терапевтически резистентной шизофрении коморбидной с химическими аддикциями в сравнении с другими атипичными антипсихотиками.

Материал и методы. С 2018 по 2026 годы было проведено исследование на базе психиатрических клиник районов Северо-Запада, Сибири и Урала России. Были обследованы 470 пациентов (250 мужчин и 220 женщин) молодого возраста, страдающих терапевтически резистентной формой шизофрении: 80 без аддикций, оставшиеся 390 страдали от зависимостей (106 – алкоголя, 96 – каннабиноидов, 90 – опиоидов и 98 – психостимуляторов). Пациенты были разделены на группы, получавшие комбинированную терапию клозапином с карипразином (n=84), луразидоном (n=84), арипипразолом (n=79), рисперидоном (n=80), оланзапином (n=72) или брекспипразолом (n=71).

Для оценки состояния пациентов применялись шкалы SANS, статистическая обработка (Python 3.14.2) с использованием корреляционного анализа (Spearman Rank Order), логистической регрессии (F - Критерий Фишера > 1), t-критерия Стьюдента ($p \leq 0,05$). Оценка проводилась на 2-й и 6-й неделях комбинированной терапии.

Результаты. В ходе изучения взаимосвязи между выбранной тактикой лечения и продолжительностью безрецидивного периода выявлено, что наибольшее удлинение ремиссии ассоциировано с применением клозапина в комбинации с карипразином — $93,5 \pm 25,5$ дня ($r = 0,51$; $p < 0,05$), луразидоном — $81,5 \pm 20,5$ дня ($r = 0,50$), арипипразолом — $78,3 \pm 17,2$ дня ($r = 0,48$), рисперидоном — $73,25 \pm 17,5$ дня ($r = 0,49$), оланзапином — $65,85 \pm 18,5$ дня ($r = 0,45$) и брекспипразолом — $50,55 \pm 10,5$ дня ($r = 0,25$). С помощью множественной логистической регрессии была построена модель, предсказывающая вероятность достижения клинически значимого снижения негативной симптоматики (снижение общего балла SANS на $\geq 20\%$ от исходного). Качество моде-

ли: AUC = 0,76 [95% ДИ: 0,68–0,84], псевдо- R^2 Найджелкерке = 0,32. В качестве независимых переменных в модель были включены: возраст, пол, тип коморбидной аддикции и вариант комбинированной терапии (референсная категория — монотерапия клозапином). Результаты множественной логистической регрессии (β -коэффициенты и отношения шансов с 95% доверительными интервалами): Возраст (на каждый год): $\beta = 0,05$; OR = 1,05 [1,01–1,10], $p = 0,041$. Пол: мужской ($\beta = 0,14$; OR = 1,15 [0,78–1,69], $p = 0,482$), женский ($\beta = 0,17$; OR = 1,19 [0,80–1,76], $p = 0,394$) — статистически значимых различий по полу не выявлено. Аддикции (наличие vs отсутствие): алкогольная ($\beta = 0,16$; OR = 1,17 [0,72–1,91], $p = 0,521$), каннабиноидная ($\beta = 0,19$; OR = 1,21 [0,83–1,76], $p = 0,322$), психостимуляторная ($\beta = -0,15$; OR = 0,86 [0,44–1,68], $p = 0,661$), опиоидная ($\beta = -0,42$; OR = 0,66 [0,29–1,48], $p = 0,312$). Вариант комбинированной терапии (в сравнении с монотерапией клозапином): Клозапин + карипразин: $\beta = 1,62$; OR = 5,05 [2,14–11,90], $p < 0,001$. Клозапин + луразидон: $\beta = 1,23$; OR = 3,42 [1,61–7,27], $p = 0,001$. Клозапин + арипипразол: $\beta = 0,59$; OR = 1,80 [0,93–3,48], $p = 0,080$. Клозапин + рисперидон: $\beta = 0,73$; OR = 2,08 [1,07–4,03], $p = 0,031$. Клозапин + оланзапин: $\beta = 0,61$; OR = 1,84 [0,98–3,45], $p = 0,057$. Клозапин + брекспипразол: $\beta = 0,28$; OR = 1,32 [0,67–2,61], $p = 0,418$.

Заключение. Использование комбинированной фармакотерапии с клозапином и другими атипичными антипсихотиками демонстрирует значимый эффект при лечении пациентов, независимо от наличия аддикций. Наибольшую эффективность показала комбинация клозапина с карипразином и луразидон, умеренный эффект при применении рисперидона, арипипразола и оланзапина, а брекспипразол оказался менее эффективным. Применение карипразина в комплексной терапии способствует укреплению устойчивости ремиссий и уменьшению риска повторных госпитализаций.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ / REFERENCES

1. Селиванов Г. Ю., Шушпанова О. В. Клиническая типология госпитальных психических расстройств, коморбидных с химическими аддикциями, у детей и подростков. Бюллетень медицинской науки. 2025; 4(37): 5–22.
2. Бохан Н. А., Селиванов Г. Ю. Параноидная шизофрения и зависимость от синтетических каннабиноидов. Томск: Интегральный переплёт, 2024. с. 252.
3. Абриталин Е. Ю., Борисов Д. А. Применение комбинации клозапина и карипразина при терапевтически резистентной шизофрении (обзор литературных данных). Современная терапия психических расстройств. 2025; 3: 54–62.

Информация об авторах:

Селиванов Георгий Юрьевич НИИ ПЗ ФБГНУ Томский НИМЦ РАН, Томск, НМИЦ им. В.А. Алмазова, Санкт-Петербург, Россия, к.м.н., доцент, ORCID 0000-0002-8555-3987, e-mail: selivanovgu@ya.ru

Бохан Николай Александрович, НИИ ПЗ ФБГНУ Томский НИМЦ РАН, Томск, Россия, д.м.н., профессор, академик ORCID 0000-0002-1052-855X, e-mail: niipzso@gmail.com

Отмахов Андрей Павлович, НМИЦ им. В.А. Алмазова, ПБ «Св. Николая Чудотворца», Санкт-Петербург, ORCID 0000-0001-5490-4898, e-mail: otmakhov_a@mail.ru

Бизина Любовь Николаевна, ПБ «Св. Николая Чудотворца», Санкт-Петербург, к.м.н., e-mail: bizina_lyubov@mail.ru

Работа выполнена самостоятельно.

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ И КОГНИТИВНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ ПРИ КОМОРБИДНОЙ НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ: ПОПЕРЕЧНОЕ СРАВНЕНИЕ ГРУПП

Т.А.М. Мкртчян*, И.Е. Данилин

(Российский университет дружбы народов им. Патриса Лумумбы; *Психиатрическая клиническая больница № 13 Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва)

Источник финансирования: исследование выполнено без внешнего финансирования.

Ключевые слова: шизофрения, наркотическая зависимость, коморбидность, когнитивный дефицит, негативная симптоматика, социальное функционирование.

Аннотация. Проведено поперечное сравнение пациентов с параноидной шизофренией без зависимости ($n=66$) и при коморбидной наркотической зависимости ($n=64$). Оценены выраженность психопатологических и негативных симптомов, когнитивный статус и уровень функционирования. При зависимости выявлены более выраженный когнитивный дефицит и более высокая общая выраженность симптомов.

Негативные симптомы и когнитивный дефицит в значительной степени определяют качество жизни и социально-профессиональную адаптацию пациентов с шизофренией [1, 2].

Коморбидность с расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ, встречается часто и осложняет диагностику и лечение, повышая риск рецидивов и снижая приверженность терапии [3, 4].

Когнитивные эффекты коморбидной зависимости при шизофрении остаются гетерогенными; поэтому для межгрупповых сравнений целесообразно использовать стандартизированные батареи, включая BACS [5, 6].

Материал и методы. Выполнено аналитическое поперечное исследование. Сформированы две группы: шизофрения без зависимости (ШЗ; $n=66$) и шизофрения с коморбидной наркотической зависимостью (ШЗ+НЗ; $n=64$). Диагнозы устанавливались по МКБ-10 с учетом действующих клинических рекомендаций по шизофрении и расстройствам, вызванным употреблением психоактивных веществ [7, 8]. Использованы шкалы: Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS), Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS), Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia (BACS), Global Assessment of Functioning (GAF). Межгрупповые сравнения выполняли с применением t-критерия Уэлча/критерия Манна-Уитни и χ^2 /точного критерия Фишера; уровень значимости $p<0,05$.

Результаты и Обсуждение. Группы были сопоставимы по возрасту и полу. В группе ШЗ+НЗ длительность заболевания была меньше, при этом отмечались более низкие показатели BACS, что указывает на более выраженный когнитивный дефицит. Общая психопатологическая выраженность (PANSS) в группе ШЗ+НЗ была выше. Показатель GAF в группе ШЗ+НЗ был выше, что требует интерпретации с учетом неоднородности социального функционирования и возможного вклада вторичных факторов. Полученные результаты согласуются с данными литературы о неблагоприятном влиянии коморбидного употребления ПАВ на когнитивный профиль и клиническое течение шизофрении [3–5]. Ключевые межгрупповые различия представлены в таблице 1.

Заключение. Коморбидная наркотическая зависимость у пациентов с параноидной шизофренией связана с более выраженным когнитивным дефицитом и большей общей выраженностью симптомов. Полученные данные поддерживают необходимость раннего выявления зависимости и интеграции психиатрической и наркологической помощи в рамках единого маршрута ведения пациента.

Таблица 1. Ключевые межгрупповые различия ($M\pm SD$)

Показатель	ШЗ ($n=66$)	ШЗ+НЗ ($n=64$)	p
Длительность заболевания, годы	$5,93 \pm 1,96$	$4,94 \pm 1,91$	0,004
BACS, суммарный показатель, баллы	$43,98 \pm 4,91$	$38,66 \pm 4,43$	$<0,001$
SANS, суммарный балл, баллы	$65,42 \pm 7,04$	$60,39 \pm 6,37$	$<0,001$
PANSS, суммарный балл, баллы	$83,80 \pm 9,37$	$87,72 \pm 9,83$	0,022
GAF, баллы	$51,23 \pm 5,55$	$58,33 \pm 6,21$	$<0,001$

Список литературы

1. Correll CU, Schooler NR. Negative Symptoms in Schizophrenia: A Review and Clinical Guide for Recognition, Assessment, and Treatment. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 2020; 16:519–534.
2. Howes O, Fusar-Poli P, Osugo M. Treating negative symptoms of schizophrenia: current approaches and future perspectives. *The British Journal of Psychiatry*. 2023; 223(1):332–335.
3. Hunt GE, Large MM, Cleary M, et al. Prevalence of comorbid substance use in schizophrenia spectrum disorders in community and clinical settings, 1990–2017: systematic review and meta-analysis. *Drug and Alcohol Dependence*. 2018; 191:234–258.
4. Ward HB, Nemeroff CB, Carpenter L, et al. Substance use disorders in schizophrenia: Prevalence, etiology, biomarkers, and treatment. *Personalized Medicine in Psychiatry*. 2023; 39–40:100106.
5. Thoma P, Daum I. Comorbid substance use disorder in schizophrenia: a selective overview of neurobiological and cognitive underpinnings. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2013; 67(6):367–383.
6. Keefe RSE, Goldberg TE, Harvey PD, et al. The Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia (BACS): reliability, sensitivity, and comparison with a standard neurocognitive battery. *Schizophrenia Research*. 2004; 68(2–3):283–297.
7. Министерство здравоохранения Российской Федерации. Клинические рекомендации «Шизофрения». URL: <https://base.garant.ru/410400943/> (дата обращения: 23.04.2026).
8. Ассоциация наркологов России. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением психоактивных веществ. Синдром зависимости от психоактивных веществ (кроме алкоголя и никотина). URL: https://narcologos.ru/clinrec/161_2.html (дата обращения: 23.04.2026).

Информация об авторах

Мкртчян Такуи Александра Миграновна — аспирант кафедры психиатрии и медицинской психологии Российского университета дружбы народов им. Патриса Лумумбы; врач-психиатр Психиатрической клинической больницы № 13 ДЗМ, Москва, Россия; ORCID: 0009-0006-0786-4049; e-mail: lennondactor@gmail.com.

Данилин Иван Евгеньевич — к.м.н., доцент кафедры психиатрии и медицинской психологии Российского университета дружбы народов им. Патриса Лумумбы, Москва, Россия; ORCID: 0000-0003-2301-4635; e-mail: danilin-ie@rudn.ru.

Работа выполнена самостоятельно.

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ КРАТКОГО ОЦЕНОЧНОГО ОПРОСНИКА АФФЕКТИВНЫХ ТЕМПЕРАМЕНТОВ В ВЫЯВЛЕНИИ СМЕШАННЫХ ПРИЗНАКОВ ДЕПРЕССИИ

З. Ш. Юсупова

(Ташкентский государственный медицинский университет, г. Ташкент)

Источник финансирования: самофинансирование

Ключевые слова: депрессия, циклотимный темперамент, возбудимый темперамент, гипертимный темперамент, дистимный темперамент, биполярный спектр.

Аннотация: Исследование посвящено изучению влияния аффективных темпераментов на формирование смешанных черт при депрессии. На примере 120 пациентов доказано, что циклотимный и возбудимый типы являются предикторами осложненного течения заболевания. Результаты обосновывают использование опросника темпераментов для прогноза риска суицидального поведения и выбора тактики терапии нормотимиками.

Введение. Настоящая работа посвящена изучению роли базовых аффективных темпераментов в формировании структуры депрессивного эпизода. В основу исследования легла концепция аффективного спектра, согласно которой донозологические личностные характеристики (гипертимный, возбудимый, циклотимный и дистимный темпераменты) определяют траекторию развития психического расстройства [1,2]. Основным инструментом работы выступил краткий оценочный опросник аффективных темпераментов, позволяющий объективизировать преморбидный профиль пациента. Данный подход позволяет перенести фокус с текущих жалоб на фундаментальный «темпераментальный фундамент», обеспечивая возможность прогнозирования смешанной симптоматики еще до начала активной фазы терапии [3,4]. Работа обосновывает целесообразность использования темпераментального профиля как предиктора, позволяющего врачу-клиницисту заблаговременно корректировать терапевтическую стратегию и выбирать персонализированные схемы лечения [2,5].

Актуальность. Проблема терапии аффективных расстройств в современной клинической практике остается одной из наиболее острых в связи с высокими показателями резистентности и значительным риском суицидального поведения [6,7]. Особую диагностическую сложность представляют депрессивные состояния, протекающие со «смешанными чертами»: психомоторным возбуждением, раздражительностью и ускорением мышления [4, 7-9]. Такие состояния часто маскируют классическую клиническую картину, приводя к ошибочной квалификации расстройства. Согласно концепции аффективного спектра, фундаментальную роль в патопластике заболевания играет базовый темперамент пациента. Он выступает биологически детерминированным предиктором течения болезни, определяя вероятность трансформации типичного эпизода в осложненный смешанный [9-11]. Несвоевременное распознавание этих признаков влечет за собой некорректное назначение монотерапии антидепрессантами, что провоцирует инверсию аффекта и усиливает суицидальные тенденции [6,12]. Несмотря на значимость личностного фундамента, взаимосвязь конкретных типов темперамента (гипертимного, возбудимого, циклотимного и дистимного) со структурой смешанной депрессии требует уточнения. Поиск надежных прогностических инструментов, таких как краткий оценочный опросник аффективных темпераментов, необходим для идентификации групп риска на ранних этапах и перехода к стратегии персонализированной терапии.

Материалы и методы исследования. Было обследовано 120 пациентов (74 женщины и 46 мужчин) в возрасте от 18 до 55 лет с диагнозом, согласно МКБ-10, «Депрессивный эпизод» (F32) и «Рекуррентное депрессивное расстройство» (F33). Использовались клиничко-психопатологический метод, шкала депрессии Гамильтона (Hamilton Rating Scale for Depression, HDRS) и опросник TEMPS-A (The Temperament Evaluation of Memphis, Pisa and San Diego Autoquestionnaire) для оценки четырех доминирующих типов темперамента: гипертимного, возбудимого, циклотимного и дистимного.

Результаты исследования. В ходе анализа данных, полученных при обследовании 120 пациентов, было установлено, что клиническая картина депрессивного состояния со смешанными признаками наблюдалась у 35% выборки (42 человека). При сопоставлении профилей темперамента и тяжести клинических проявлений выявлено, что наиболее сильные и статистически значимые корреляционные связи ($p < 0,01$) обнаруживаются между наличием смешанной симптоматики и показателями циклотимного и возбудимого типов темперамента. У пациентов с доминирующим циклотимным профилем депрессивный эпизод характеризовался выраженной лабильностью аффекта и частой сменой интенсивности симптомов, в то время как высокий балл

по шкале возбудимого темперамента ассоциировался с наличием психомоторного напряжения, дисфории и субъективного ощущения ускорения мысленных потоков. Гипертимный тип темперамента в 20% случаев определял развитие ажитированных форм депрессии, при которых на фоне подавленного настроения сохранялись элементы двигательной активности и социальной вовлеченности, что зачастую затрудняло первичную диагностику. В то же время дистимный тип темперамента продемонстрировал обратную зависимость, в подавляющем большинстве случаев коррелируя с классической заторможенной депрессией с минимальным включением признаков биполярного спектра. Прогностическая модель показала, что сочетание повышенных баллов по шкалам возбудимости и циклотимности обладает чувствительностью 78% в отношении предсказания инверсии аффекта или усиления раздражительности при применении стандартных схем терапии антидепрессантами, что подтверждает высокую диагностическую ценность используемого опросника.

Обсуждение. Полученные результаты подтверждают гипотезу о том, что аффективный темперамент служит «клинической почвой», определяющей феноменологию депрессивного эпизода. Высокая прогностическая значимость циклотимного и возбудимого типов темперамента в формировании смешанных черт объясняется их принадлежностью к биполярному спектру. В отличие от дистимного типа, который предрасполагает к монотонному течению депрессии, возбудимый и циклотимный профили вносят в структуру эпизода элементы энергетического избытка, что клинически проявляется раздражительностью и тахипсихией. Выявление таких взаимосвязей имеет принципиальное значение для клинической практики. Традиционный подход, ориентированный только на актуальные симптомы, часто игнорирует преморбидную конституцию, что ведет к диагностическим ошибкам. Использование опросника аффективных темпераментов позволяет врачу идентифицировать «скрытую биполярность» еще до появления развернутых маниакальных фаз. Это диктует необходимость пересмотра терапевтической тактики: для пациентов с высокими баллами по шкалам возбудимости и циклотимности приоритетным является раннее назначение нормотимиков и крайне осторожное использование антидепрессантов, способных усилить смешанную симптоматику и спровоцировать суицидальную активность.

Заключение. Результаты проведенного исследования подтверждают, что краткий оценочный опросник аффективных темпераментов обладает высокой прогностической ценностью в клинической психиатрии. Установлено, что высокие баллы по субшкалам циклотимности и возбудимости позволяют еще на донозологическом уровне эффективно идентифицировать группы риска по развитию депрессивных состояний со смешанными чертами. Данная категория пациентов требует особого внимания ввиду склонности к инверсии аффекта и повышенному суицидальному риску. Систематический учет преморбидного темперамента при первичном осмотре способствует переходу к персонализированному подбору терапии. Полученные данные прямо указывают на необходимость соблюдения осторожности при назначении антидепрессантов и обосновывают целесообразность раннего включения нормотимиков в схему лечения для стабилизации аффективного фона и предотвращения осложнений. Таким образом, оценка темпераментального профиля является важным компонентом диагностического процесса, позволяющим существенно оптимизировать долгосрочный прогноз заболевания.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Lombardo C, Bruno A, Turiaco F, Imbesi M, Arena F, Capillo A, et al. The predictivity role of affective temperaments in mood alteration. *J Affect Disord Rep.* 2024;17:100819. doi:10.1016/J.JADR.2024.100819
2. Gonda X, Vázquez GH. Theoretical and clinical overview of affective temperaments in mood disorders. *Psicodebate.* 2014;14(2).
3. Никитенко Е, А, Ениколопов С, Н, Дмитриев М, Н, Ковалева Е, Н. Preliminary adaptation of the Russian version of the TEMPS-A questionnaire. *Vestnik of Saint Petersburg University Psychology.* 2019;9(2). doi:10.21638/SPBU16.2019.205
4. Jang HL, Lee C, Yu H, Lee D, Lee HJ, Ha TH, et al. Distinguishing Affective Temperament Profiles in Major Depressive Disorder and Bipolar Disorder Through the Short Version of TEMPS-A: Cross-Sectional Study Using Latent Profile Analysis. *Psychiatry Investig.* 2024;21(6):601–9. doi:10.30773/PI.2023.0444
5. Юсупова З, Бабарахимова С. Психокоррекционные программы в редукции компьютерной зависимости. Интеграция теории и практики в медицине: достижения и перспективы: сборник научных статей VII. 2025;557–63.
6. Kang KA, Lee S, Kim SY, Park CHK. Discriminative Accuracy of Affective Temperaments in Assessing Suicide Risk. *Psychiatry Investig.* 2025;22(7):796–805. doi:10.30773/PI.2025.0036

7. Rogov AV, Yusupova ZSh, Uteulieva PG, Kholmurodova MB. Recreational use of psychoactive substances in the manifest period of paranoid schizophrenia in adolescents. *Science and innovation*. 2024;3. doi:10.5281/zenodo.10683003
8. Chyrek-Tomaszewska A, Popiolek AK, Piskunowicz M, Borkowska A, Budzyński J, Bieliński MK. Examining Psychological Factors in Peripheral Artery Disease: Affective Temperament, Anxiety, and Depression in Patients Undergoing Revascularization Procedures. *Psychol Res Behav Manag*. 2024;17:2533–43. doi:10.2147/PRBM.S463587
9. Buranova DD, Yusupova ZSh. Mental and emotional difficulties among students after pandemic: analysis of integration into the educational process. *Art of Medicine*. 2023;3(1).
10. Di Malta G, Bond J, Conroy D, Smith K, Moller N. Distance education students' mental health, connectedness and academic performance during COVID-19: A mixed-methods study. *Distance Education*. 2022;43(1):97–118. doi:10.1080/01587919.2022.2029352
11. Юсупова З, Бабарахимова С. Исследование стилей родительского воспитания у детей и подростков с атипичным аутизмом. Сборник докладов XI Всероссийской с международным участием научной конференции молодых специалистов, аспирантов, ординаторов «Инновационные технологии в медицине: взгляд молодого специалиста», посвящённой 75-летию университета на Рязанской земле. 2025;46–7.
12. Simonetti A, Luciano M, Sampogna G, Della Rocca B, Mancuso E, De Fazio P, et al. Effect of affective temperament on illness characteristics of subjects with bipolar disorder and major depressive disorder. *J Affect Disord*. 2023;334:227–37. doi:10.1016/J.JAD.2023.04.130 PubMed PMID: 37156280.

Информация об авторах:

Юсупова Заринахон Шухратовна

Ташкентский государственный медицинский университет, г. Ташкент, Узбекистан

Студент магистратуры 3 курса orcid.org/0009-0000-8216-1411 arcanezan@gmail.com

Рогов Алексей Владимирович

Ташкентский государственный медицинский университет, г. Ташкент, Узбекистан

Ph.D., доцент orcid.org/0000-0003-4911-4466 rogov.alex.1985@gmail.com

Работа выполнена самостоятельно.

ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО РЕБЕНКА ПРИ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ: ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ РАБОТЫ

Т. С. Пилишвили

Психологический центр «Пси-пространство», Москва

Источник финансирования: собственные средства

Ключевые слова: педиатрическая интенсивная терапия; синдром последствий интенсивной терапии; посттравматическое стрессовое расстройство у ребёнка; биосоциальные экстремальные ситуации; качество жизни личности; психологические методы сопровождения семьи.

Аннотация Работа посвящена проблеме развития посттравматического стрессового расстройства личности, психологическим аспектам диагностики и сопровождения детей при интенсивной терапии в период ковида и по настоящее время. Выявлено, что помимо фармакотерапии требуются более мягкие немедикаментозные методы лечения, включая психологические, которые учитывают индивидуальные особенности ребёнка и его семьи.

Введение.

Актуальность исследования методов психологической помощи в случае возникновения посттравматического стрессового расстройства (далее ПТСР) ребенка при интенсивной терапии состоит, с одной стороны, в отсутствии чётких скриптов лечения детей по сравнению со взрослыми, нередко прямом копировании схемы лечения без учёта задач психического развития и поддержания здоровья детей разных возрастов. С другой стороны, интенсивная терапия предполагает разделение семьи, длительное нахождение ребёнка в институциональных организациях здравоохранения, что само по себе становится ненормативным кризисом, ухудшающим прогноз соматического состояния на фоне кумулятивного стресса.

В ходе ряда метаисследований последствий пребывания в отделении реанимации и интенсивной терапии в период ковида, стал тот факт, что большая часть этих пациентов страдают от симптомов ПТСР, существенно влияющих на выздоровление и качество жизни в долгосрочной перспективе [1].

Цель исследования состоит в представлении дополнительных методов немедицинской психологической помощи при реабилитации данной группы пациентов, в особенности, детского возраста, поскольку имеющиеся скрипты фармакотерапии и хирургического лечения взрослых не могут быть прямо перенесены на пациентов младенческого и дошкольного возраста по причине специфически сензитивных возрастных этапов развития личности.

Задачи исследования включают: а) сопоставление синдрома последствий интенсивной терапии и ПТСР; б) выявление проблематики косвенных психологических рисков при ПТСР у детей в условиях интенсивной терапии; в) представление методов психологической помощи пациентам, учитывая состояние семьи пациента, в особенности родителей, которые часто сталкиваются с ухудшением собственного психического здоровья на фоне заболевания ребенка как проявления ненормативного кризиса.

ПТСР как показатель синдрома последствий интенсивной терапии у детей

Разрабатываемый в современной науке конструкт «синдром последствий интенсивной терапии» объединяет заболевания, возникающие после интенсивной терапии, в виде нарушений, затрагивающих три ключевые сферы жизни пациента: а) психическое здоровье; б) когнитивные способности; в) физическое состояние. Диагностика и лечение данного состояния подразумевает работу мультидисциплинарной бригады и более строгую диагностическую оценку ПТСР как дополнительного показателя синдрома последствий интенсивной терапии у детей, который не охватывается перечисленными выше сферами.

В данной статье, безусловно, не ставится задача обсуждения характера хирургического вмешательства, постановки диагноза и процедуры фармакотерапии, эти вопросы выходят за рамки работы психологии как научной дисциплины и немедицинской психотерапии. Автором затрагивается проблематика косвенных психологических рисков при ПТСР у детей в условиях интенсивной терапии, а также методы психологической помощи пациентам. Кроме того, важно учитывать состояние семьи пациента, в особенности родителей, которые часто сталкиваются с ухудшением собственного психического здоровья на фоне заболевания ребенка как проявления ненормативного кризиса [2].

Показано, что распространенность ПТСР увеличивается после острого поступления в отделение интенсивной терапии для детей по сравнению с пациентами, проходящими лечение в общих палатах [3]. Дети, страдающие серьезными заболеваниями, подвергающиеся большому количеству инвазивных процедур и более длительному пребыванию в больнице, подвержены большому риску развития ПТСР и психиатрических симптомов [4]. Выводы различных исследований показывают, что отлучение от семьи приводит к отсутствию длительного психического отражения ребёнком значимого другого, развитию ненадёжной привязанности, неадекватному характеру эмоциональной сонастройки с матерью, низкой синхронизации зеркальных нейрон в диаде «мать-дитя», что затрудняет когнитивное развитие, вызывает расстройства моторики и речи при отсутствии перцептивной функции общения.

С другой стороны, в ситуации дефицита коммуникации ребёнка с родителями возрастают риски использования ребёнка в преступных целях, ситуациях домогательства, психологического и сексуального насилия. На XII международном психоаналитическом конгрессе в Висбадене в сентябре 1932 г. эту проблематику объяснил в своем докладе Ш. Ференци «Путаница языков взрослых и ребенка. Язык нежности и страсти» (первоначально – «*Страсти взрослых и их влияние на сексуальное и характерологическое развитие детей*»). Он, в частности, отмечает, как «что-то ранее оставалось не проговоренным в отношениях между врачом и пациентом, что-то неискреннее». *Разделение чувств* (в случае патологического развития – смещение) является базой здорового психического развития ребенка. Нормально, когда ребенок получает от матери нежную, десексуализированную любовь, а партнер матери – взрослую, страстную любовь. В случае отсутствия четкой границы между этими типами любви у ребенка происходит слияние языков любви [5]. Период пассивной объектной любви, также известный как «*стадия нежности*», характеризуется повышенной чувствительностью ребенка и проявлением фантазий об объектной любви в игре с родителем противоположного пола. Важно отметить, что, если такие фантазии получают поддержку или воплощаются в жизнь взрослыми, это может привести к негативным, патологическим последствиям. Идентификация с агрессором может развиваться в результате «*страстной любви*» взрослого к ребенку, приводящей к сексуальному насилию. Ребенок, сталкиваясь с насилием, реагирует тревогой и интроекцией агрессора, впитывает в себя его установки и ожидания. Следующая далее *травматическая прогрессия* при идентификации с агрессором у ребенка после сексуальной травмы приводит к расщеплению психики на части до и после травмы, где детская часть так и остаётся незрелой и потенциально способствует общей задержке психического развития. На фоне заболевания ребенка, синхронизированного с матерью, подрывается ее собственное психическое здоровье по принципу идентификации как проявления ненормативного семейного кризиса и лояльности семейной системе [6].

Ребенок нуждается в значительно более мягких психологических методах сопровождения личности с опорой на глубокое понимание специалистами психического развития ребёнка в онтогенезе, сензитивные периоды для познавательных функций, индивидуально специфическое эмоциональное состояние пациента и особенности его семейной системы. Кроме того, ориентированные на работу с психикой немедикаментозные методы (глубинные психоаналитические методы с учетом детской психики, КПП, телесно-ориентированная терапия, арт-терапия) позволяют увидеть косвенные признаки дополнительных воздействий, осложнений психологического состояния ребенка и семьи в отличие от лечения ПТСР исключительно медикаментозно. Особенно отмечу и традиционно сложившуюся, признанную Всероссийским обществом детских психиатров, одобренную Минздравом Российской Федерации школу отечественной психотерапии *материнской любовью* проф. Д.З. Драпкина. Его подход строится на глубокой психоэмоциональной связи между матерью и ребёнком.

Выводы исследования. Показано, что ПТСР выходит за пределы концепции синдрома последствий интенсивной терапии. Выявлена проблематика косвенных психологических рисков при ПТСР у детей в условиях интенсивной терапии [7], включая риски путаницы языков взрослых и ребенка, риски комплексных нарушений развития ребенка в период длительного разделения с семьей. Представлены ориентированные на работу с психикой немедикаментозные методы помощи пациентам, учитывая состояние семьи пациента, в особенности родителей, которые часто сталкиваются с ухудшением собственного психического здоровья на фоне заболевания ребенка как проявления ненормативного кризиса.

Заключение. Рекомендуется уделить особое внимание рискам разрыва связи «мать-дитя», возникающим при педиатрической интенсивной терапии [8]. Наряду с более мягкими психологическими методами сопровождения ребенка критически значимыми остаются: а) голос матери, приобретающий для ребёнка характер внутреннего голоса; б) постоянное присутствие матери, ее одобрение, поддержка и установка на счастье и здоровье, исходящие от материнского голоса, что способствует нормализации психоэмоциональных процессов ребенка в ситуации ПТСР.

Список литературы:

1. Humphreys K, Guyon-Harris F, Tibu M, Wade C, Nelson N, Fox, Zeanah C. Psychiatric outcomes following severe deprivation in early childhood: Follow-up of a randomized controlled trial at age 16. *Journal of consulting and clinical psychology*, 2020; 88(12): 1079–1090.
2. Bronner M, Knoester H, Bos A, Last B, Grootenhuys M. Posttraumatic stress disorder (PTSD) in children after pediatric intensive care treatment compared to children who survived a major fire disaster. *Child and adolescent psychiatry and mental health*. 2008; 2(1), 9.
3. Meentken M, van Beynum I, Legerstee J, Helbing W, Utens E. Medically related post-traumatic stress in children and adolescents with congenital heart defects. *Frontiers in pediatrics*, 2017; 5, 20.
4. Ференци Ш. Травма и работа воображения. М: Канон-Плюс, 2023. с. 231.
5. Özkan S. Impact of the COVID-19 pandemic on early childhood development assessed with the Denver II developmental screening test in a single center. *Scientific reports*, 15(1), 39915.
6. Драпкин Б.З. Психотерапия материнской любовью. М.: ДеЛи принт, 2004. с. 232.
7. Zenel J, Goldstein B. Child abuse in the pediatric intensive care unit. *Critical care medicine*. 2002; 30:515–523.
8. Zhang X, Li J, Xie F, Chen X, Xu W, Hudson N, The relationship between adult attachment and mental health: A meta-analysis. *Journal of personality and social psychology*. 2022; 123(5):1089–1137.

Информация об авторе:

Пилишвили Татьяна Сергеевна, Психологический центр «Пси-пространство», Москва, РФ
Кандидат психологических наук, доцент, практикующий психолог
ORCID 0000- 0002-5743-2627
Researcher ID P-4365-2017 pilishvili-ts@rudn.ru

Работа выполнена самостоятельно

СОВРЕМЕННЫЕ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ТИКОВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Бабаян А.А.*

ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: тики, психотерапия, дети и подростки

Аннотация: В докладе рассмотрены психотерапевтические методы, применяющиеся для лечения тиков у детей и подростков. Актуальность обусловлена распространенностью тиковых расстройств среди детской и подростковой популяции, необходимостью комплексной терапии, включая психотерапевтические подходы. Были изучены и проанализированы психотерапевтических методов, применяемых для коррекции тиковых нарушений у молодых пациентов.

Актуальность исследования: Тики являются наиболее распространенным видом гиперкинеза среди детского и подросткового населения. Лечение тиковых гиперкинезов предусматривает не только купирование симптомов, но и дальнейшую социальную адаптацию ребенка, что обуславливает необходимость комплексного подхода, включающем в себя как фармакотерапию, так и психотерапию. Помимо этого, фармакотерапия влечет за собой риск негативного воздействия на развитие психики ребенка, что делает психотерапевтические методы приоритетным вариантом лечения тиков. [1]

Цель исследования: изучить и проанализировать психотерапевтические методы в коррекции тиковых расстройств у лиц детского и подросткового возраста.

Материалы и методы: выполнен критический обзор мировой научно-исследовательской литературы. По ключевым словам “тики”, “дети и подростки”, “психотерапия”, изучены работы, опубликованные в библиографических базах данных PubMed, Scopus, BAK, РИНЦ и eLibrary.

Результаты: Европейские гайдлайны рекомендуют применение сочетания психообразования и поведенческих вмешательств в качестве психотерапии “первой линии”. Среди наиболее эффективных бихевиоральных вмешательств называются тренинг по отказу от привычек (HRT), комплексное поведенческое вмешательство при тиках (CBIT), профилактика экспозиции и ответной реакции (ERP), а также методы КПТ третьей волны, например, терапия принятия и ответственности (АСТ). Среди них CBIT и HRT обладают наибольшей доказательной базой. [2]

Эффективность CBIT была доказана с помощью многочисленных клинических исследований. Также в качестве доказательства эффективности CBIT приводятся результаты нейровизуализации после лечения — снижение активности стриарной системы и нижней лобной извилины по результатам функциональной МРТ.

В связи с барьерами, такими как длительные сеансы, необходимость регулярного посещения специалистов и ограниченное количество врачей, были разработаны дистанционные и интенсивные амбулаторные программы, показавшие по результатам клинических исследований приемлемую эффективность относительно традиционного CBIT.

ERP и HRT как компоненты CBIT в клинических исследованиях также описываются как методы, облегчающие течение тиковых гиперкинезов.

Результаты пилотных исследований подтверждают эффективность применения терапии принятия и ответственности в сочетании с HRT. Также терапия принятия и ответственности снижает перфекционизм и повышает психологическую гибкость матерей, что снижает психологическое бремя ребенка. [3]

Доказана эффективность применения метода биологической обратной связи в качестве монотерапии тиковых гиперкинезов у детей и подростков. [4]

Дальнейшие исследования вопроса психотерапии тиков у детей и подростков направлены на выявление и разработку более доступных технологичных методов коррекции. На сегодняшний день уже используются

*Научный руководитель: Петуров И.А., к.м.н., доцент кафедры психиатрии и психотерапии с клиникой ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России e-mail: peturov@yandex.ru

мобильные приложения для контроля тиков, в дальнейшей перспективе могут быть внедрены методы с использованием телемедицинских и VR-технологий. [5]

Выводы: Для лечения тиков в детском и подростковом возрасте главным образом используются методы когнитивно-поведенческой терапии. Комплексные психотерапевтические вмешательства с доказанной эффективностью, такие как HRT и СБИТ, чаще всего используются как в качестве монотерапии тиковых гиперкинезов, так и в сочетании с фармакотерапией.

Литература:

1. Миткевич В.А., Парамонова М.В., Соловьев А.Г. Эффективность применения групповой психотерапии у детей и подростков с тиковыми расстройствами // Журнал МедиАль. - 2018. - №2(22). - С. 91-94.
2. Andr n P, Jakubovski E, Murphy TL, Woitecki K, Tarnok Z, Zimmerman-Brenner S, van de Griendt J, Debes NM, Viefhaus P, Robinson S, Roessner V, Ganos C, Szejko N, M ller-Vahl KR, Cath D, Hartmann A, Verdellen C. European clinical guidelines for Tourette syndrome and other tic disorders-version 2.0. Part II: psychological interventions // European Child & Adolescent Psychiatry. - 2022. - №31(3). - С. 403-423.
3. Franklin ME, Best S, Wilson MA. Habit reversal training and acceptance and commitment therapy for Tourette syndrome: A pilot project. J Dev Phys Disabil. 2011;23(1):49-60.
4. Будкевич А.В. Нейрофизиологические методы коррекции тиковых гиперкинезов у детей: дис. канд. мед. наук: 14.00.13. - Москва, 2007
5. Kim KM, Bae E, Lee J, Park TW, Lim MH. A Review of Cognitive and Behavioral Interventions for Tic Disorder. Soa Chongsonyon Chongsin Uihak. 2021 Apr 1;32(2): 51-62.

Информация об авторах:

Бабаян Арсен Ашотович, студент 4 курса Лечебного факультета ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России, e-mail: arsen.babaian@list.ru

СИНЕРГЕТИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ КОМПЛЕКСНОГО ПОДХОДА: УЛУЧШЕНИЕ ВЕГЕТАТИВНОГО И ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТОВ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ СЕЛЕКТИВНЫМИ ИНГИБИТОРАМИ ОБРАТНОГО ЗАХВАТА СЕРОТОНИНА

Л.А. Башкова

Государственное автономное учреждение здравоохранения города Москвы «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины имени С.И. Спасокукоцкого Департамента здравоохранения города Москвы.

Работа выполнена без привлечения финансирования.

Ключевые слова: вегетативные расстройства, психоэмоциональные нарушения, иглорефлексотерапия, фармакотерапия, комплексный подход, качество жизни, побочные эффекты.

Аннотация. Вегетативные и психоэмоциональные расстройства – частые побочные эффекты традиционной психофармакотерапии. Данные явления снижают качество жизни пациентов, что актуализирует поиск дополнительных методов лечения. Исследование направлено на оценку эффективности комплексного подхода, включающего иглорефлексотерапию, в коррекции вегетативных и психоэмоциональных нарушений у пациентов, получающих медикаментозное лечение. В текущей работе 48 пациентов получали селективные ингибиторы обратного захвата серотонина в сочетании с иглорефлексотерапией. Оценка проводилась с помощью опросников (шкала Бека, тест Спилбергера-Ханина, SF-36), клино-ортостатической пробы, инструментального метода (определение вариабельности сердечного ритма). Комплексная терапия значительно улучшила психоэмоциональное состояние, снизила тревогу и соматические симптомы, способствовала коррекции вегетативного баланса, оказала позитивное влияние на качество жизни исследуемых. Результаты демонстрируют высокую эффективность и безопасность иглорефлексотерапии в составе комплексного лечения, что позволяет рекомендовать данный подход для клинической практики.

Актуальность исследования вегетативных и психоэмоциональных расстройств вызвана их тесной взаимосвязью с патологическими процессами в психиатрии. [1, 2] Перспективность применения немедикаментозных методик в коррекции данных нарушений заключается в их способности потенцировать действие фармакотерапии, обеспечивая более широкий спектр положительных изменений и улучшение терапевтической переносимости. [3]

Цель. Задачей настоящего исследования явилось обоснование целесообразности комплексного подхода в коррекции вегетативных расстройств и оптимизации психоэмоционального статуса пациентов с психическими заболеваниями, осложненными терапевтическими побочными эффектами.

Материалы и методы. Обследовано 48 пациентов в возрасте 30-55 лет, принимающих селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС), с жалобами на следующие побочные проявления: бессонница, головная боль, тремор, ускоренное сердцебиение, затрудненность дыхания, повышенная тревожность, расстройства функции желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), сексуальные дисфункции. Оценка проводилась на основе сбора анамнеза, изучения характера сна, а также при помощи комплекса стандартизированных инструментов, включающих шкалы тревожности (шкала Бека) и самооценки (тест Спилбергера-Ханина), а также опросник качества жизни (SF-36), определение вариабельности ритма сердца и проведение клино-ортостатической пробы. [4, 5] Иглорефлексотерапия назначалась с целью модуляции нейровегетативных путей и восстановления гормонального баланса, в частности, в системе гипоталамус-гипофиз-надпочечники. [3, 6, 7, 8]

Результаты. Применение комплексного подхода, включающего методы иглорефлексотерапии в дополнение к фармакотерапии СИОЗС, продемонстрировало значительное улучшение вегетативных показателей и психоэмоционального состояния у обследованного контингента. В рамках повторной оценки по шкале Бека зафиксировано заметное уменьшение таких симптомов, как головная боль, тремор и тахикардия. Субъективные данные опросников отразили положительную динамику: купирование одышки, нормализацию функции ЖКТ (редукция тошноты, сухости во рту, стабилизация стула), а также улучшение показателей сна. Кроме того, были отмечены: снижение уровня личностной и ситуативной тревожности по шкале Спилбергера-Ханина (среднее снижение на 4-8 баллов). Анализ данных опросника SF-36 свидетельствует о комплексном улучшении качества жизни, с заметным прогрессом в оценке физических параметров (рост показателя белее,

чем на 30%), общего здоровья (на 25%) и, особенно, психологического компонента (более, чем на 50%). Динамика вариабельности ритма сердца характеризовалась повышением показателя RMSSD (на 18.2 мс ; с 25.9 ± 4.8 до $44.1 \pm 7.5 \text{ мс}$) и снижением SDNN (на 22.5 мс ; с 78.5 ± 10.2 до $56.0 \pm 6.8 \text{ мс}$), что отражает нормализацию вегетативного функционирования. Результаты клино-ортостатической пробы подтвердили улучшение сердечно-сосудистой адаптации. Снижение частоты и выраженности сексуальных дисфункций отмечено у большинства исследуемых, что, вероятно, связано с общим снижением уровня тревожности и вегетативной дисрегуляции.

Заключение. Исследование демонстрирует значительный терапевтический потенциал комбинированной фармакотерапии СИОЗС и иглорефлексотерапии для лиц с вегетативными и психоэмоциональными побочными нарушениями. Это улучшение прослеживается как на уровне объективных физиологических маркеров, так и согласно субъективной оценке состояния пациентов. Понимание глубинных механизмов взаимодействия акупунктуры требует дальнейшего изучения, что открывает возможности для совершенствования комбинированных лечебных стратегий. Текущие результаты позволяют рассматривать иглорефлексотерапию как ценный инструмент в арсенале специалиста, улучшающий исходы фармакотерапии, и служат основанием для изучения расширенных показаний к ее применению.

Литература:

1. Валикова, Т. А. Неврология. Вегетативная нервная система (анатомия, физиология, клинические проявления, лечение): учебное пособие. Томск: СибГМУ, 2013. - 142 с.
2. Вейн А.М. Вегетативные расстройства: Клиника, диагностика, лечение. М.: ООО «Медицинское информационное агенство», 2003. – 752 с.
3. Мельникова Е.А., Старкова Е.Ю. Современный подход к комплексной реабилитации пациентов с невротическими расстройствами, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами. Психическое здоровье. 2023; 18(1): 64-72.
4. Ерилин Е. А., Анисимова Е. Н., Анисимова Н. Ю. Методы оценки психоэмоционального состояния пациентов в условиях амбулаторного стоматологического приёма. Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2016; 2: 124-128.
5. Михайлов В.А., Ржеутская Н.А., Хяникяйнен И.В. Исследование личностных особенностей больных вегетативными нарушениями во взаимосвязи с клинико-инструментальными показателями. Обзорение психиатрии и медицинской психологии имени В.М.Бехтерева. 2024;58(3):52-62.
6. Юнилайнен О.А., Старостина Е.Г., Олейчик И.В. Роль гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси в развитии депрессивного расстройства и формировании терапевтической резистентности. Психиатрия. 2023;21(1):73–90.
7. Савин Л.А., Панов Г.А., Макашова Е.С. Нейрофизиологические изменения, возникающие при проведении процедуры рефлексотерапии. Тезисы докладов XI Всероссийской конференции рефлексотерапевтов, 2017; 4(22):25-26.
8. Данилов Д.А., Алекперов И.М. Физиологические аспекты коррекции функционального состояния организма с помощью рефлексогенного воздействия на биологически активные точки. Известия Российской военно-медицинской академии, 2021; 3(40):83-85.

Башкова Любовь Алексеевна, Государственное автономное учреждение здравоохранения города Москвы «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины имени С.И. Спасокукоцкого Департамента здравоохранения города Москвы». Улица Талалихина, дом 26А. Москва, Россия. ORCID iD: 0009-0001-1614-4485, контактный телефон: +79191132560, lyubovbrailko@mail.ru.

Работа выполнена самостоятельно.

ДЕПРЕССИЯ, ТРЕВОГА, СТРЕСС И ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ БЛАГОПОЛУЧИЕ У ПОДРОСТКОВ С ДЕВИАНТНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ

К.В. Рояло

(Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург)*

Источник финансирования: финансирование отсутствует

Ключевые слова: суицидальный риск, причины, студенты выпускных курсов, медики, психологи

Аннотация Эмоциональное состояние мальчиков отличается от состояния девочек с девиантным поведением. Мальчики склонны к повышенной тревоге и депрессии при равном уровне стресса, в отличие от девочек. Подросткам с девиантным поведением обоих полов не характерны различия по уровню психологического благополучия. Девочкам и мальчикам присуще низкий или средний уровень психологического благополучия. Однако у мальчиков больше выражено снижение «личностного роста» и «управление средой», в отличие от девочек, для которых характерно проявления «автономии», которое связано с внутренними критериями.

Проблема субъективного психологического благополучия у подростков является актуальной темой целого ряда исследований. Считается, что от психологического благополучия зависит успешность социализации подростков и является предиктором оптимального функционирования личности. Тем не менее на основе эмпирических исследований делаются неоднозначные выводы. Так, доказан наиболее высокий уровень психологического благополучия у подростков, у которых первичная социализация происходит в условиях криминальной субкультуры с различными девиациями поведения у близкого окружения, что воспринимается ими как социальная норма (Волкова Е.Н., 2024)[1]. В других исследованиях доказывается противоположное мнение. Так, констатируется взаимосвязь психологического благополучия и просоциального поведения у подростков со способностью идти на уступки и помогать другим без демонстрации своей личности (Мищенко О.Н., 2025)[2]. Показано, что «автономный» тип наиболее успешной академической успеваемости у подростков связан с высоким уровнем психологического благополучия и низкими значениями депрессии, тревоги и стресса (Валиев Р.А., Максимова Л.А., Каримова В.Г., Соловьева Е.М., 2023)[3]. Доказывается, что психологическое благополучие способствует повышению стрессоустойчивости, снижению уровня повседневного стресса у подростков, увеличивает шансы на позитивную социализацию (Галашева О.С., Головей Л.А., 2023) [4]. Также авторы указывают на разную структуру психологического благополучия у подростков мужского и женского пола, например, у подростков женского пола актуален стресс в сферах «Одиночества» и «Самоотношения», у подростков мужского пола выявлен наибольший стресс в сфере «Мистических страхов» и у них наблюдается более высокий уровень психологического благополучия по сравнению с подростками женского пола. Подобные данные подтверждаются другими исследователями, в которых показано, что высокий уровень психологического благополучия снижает суицидальный риск у подростков, обуславливает высокий уровень самоуважения, принятия себя и повышение стрессоустойчивости (Кадочникова О.А., 2025) [5]. Итак, при анализе научных публикаций, посвященных психологическому благополучию, наблюдается противоречивое мнение о его влиянии на просоциальное поведение у подростков, также можно констатировать недостаточное количество исследования психологического благополучия с учетом пола.

В связи с этим, цель данного исследования состоит в проведении сравнительного анализа депрессии, тревоги, стресса и психологического благополучия у подростков мужского и женского пола с девиантным поведением.

Для исследования эмоционального состояния использовалась шкала DASS-21 в адаптации А.А. Золотаревой (2020), а также шкала психологического благополучия Рифф в адаптации Т.Д. Шевеленковой и Т.П. Фесенко (2005)[6,7]. В исследовании приняли участие 158 подростков с девиантным поведением (уклонение от обучения, мелкие кражи, повышенная конфликтность, драчливость и т.п.), из них 101 подросток мужского пола и 57 подростков женского пола.

* Горьковая Ирина Алексеевна, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет" Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург, Россия, доктор психологических наук, 0000-0002-1488-4746, e-mail: iralgork@mail.ru

Результаты исследования распределения уровней эмоционального состояния подростков с девиантным поведением представлены в таблице 1.

Таблица 1.

Распределение уровней показателей тревоги, депрессии, стресс у подростков с девиантным поведением мужского и женского пола

	Депрессия М % (N 101)	Депрессия Ж % (N 57)	Тревога М % (N 101)	Тревога Ж % (N 57)	Стресс М % (N 101)	Стресс Ж % (N 57)
Норма	29 (29)	45 (25)	25 (25)	36 (20)	43 (44)	48 (27)
Умеренный	16 (16)	9 (5)	18 (18)	20 (11)	17 (17)	11 (6)
Средний	30 (31)	23 (13)	11 (12)	17 (10)	21 (20)	16 (9)
Выраженный	12 (12)	12 (7)	17 (17)	11 (6)	11 (11)	14 (8)
Очень выраженный	13 (13)	11 (6)	29 (29)	16 (9)	8 (8)	11 (6)

Полученные данные свидетельствуют о более благополучном эмоциональном состоянии у подростков женского пола, что наиболее видно при сравнении нормативного уровня депрессии и тревоги у подростков мужского и женского пола, тогда как нормативный уровень стресса представлен практически одинаково и встречается почти у половины респондентов. Вызывает беспокойство очень высокая тревожность у трети (29%) подростков мужского пола с девиантным поведением, которые живут в состоянии постоянного напряжения, постоянного ожидания неприятностей, страха и т.д.

В целом, общий показатель психологического благополучия у подростков мужского и женского пола представлен одинаково по всем изучаемым уровням: низкий у 38% и 37%, средний уровень у 48% и 45%, высокий уровень у 14% и 18%, соответственно, подростки мужского и женского пола. Та же тенденция сохраняется во всех показателях психологического благополучия, что представлено в таблице 2.

Таблица 2.

Распределение уровней показателей психологического благополучия у подростков с девиантным поведением мужского и женского пола

Н – низкий уровень, С – средний уровень, В – высокий уровень

	Положительное отношение с другими % (N)		Автономия % (N)		Управление средой % (N)		Личностный рост % (N)		Цели в жизни % (N)		Самопринятия % (N)	
	М	Д	М	Д	М	Д	М	Д	М	Д	М	ДН
ДН	38 (38)	32 (18)	26 (26)	28 (17)	36 (36)	23 (13)	42 (43)	29 (16)	41 (41)	34 (19)	26 (26)	30 (17)
С	46 (47)	50 (29)	53 (54)	45 (25)	51 (52)	61 (35)	44 (44)	55 (32)	48 (49)	52 (30)	64 (65)	54 (31)
В	16 (16)	18 (10)	21 (21)	27 (15)	13 (13)	16 (9)	14 (14)	16 (9)	11 (11)	14 (8)	10 (10)	16 (9)

Низкий уровень психологического благополучия по всей выборке находится в диапазоне 23-41%, при этом наибольшая разница отмечается по показателям «Управление средой» и «Личностный рост», что чаще встречается у подростков мужского пола по сравнению с подростками женского пола с девиантным поведением. Для данных подростков характерно отсутствие чувства контроля над своей жизнью, игнорирование представляющихся возможностей изменить обстоятельства своей жизни, снижение интереса к жизни, отсутствие стремления к самореализации. Наряду с этим у подростков женского пола высокий уровень показателя «Автономия» отмечается у 27% и свидетельствует о способности к независимому самостоятельному поведению, основываясь на внутренние критерии.

Заключение. Резюмируя, можно констатировать нормативный уровень стресса у половины всех обследованных подростков, тогда как нормативный уровень депрессии и тревоги чаще встречается у подростков женского пола. Уровни психологического благополучия распределились одинаково у подростков с девиант-

ным поведением мужского и женского пола, низкий уровень отмечается у каждого третьего обследованного подростка. Распределение уровней показателей психологического благополучия указывает на более благоприятную картину у подростков женского пола. Перспективами данного исследования является сравнительный анализ психического состояния и психологического благополучия с подростками с просоциальным поведением.

Информация об авторе:

Рояло Кирилл Викторович, старший преподаватель, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург, Россия, ORCID: 0000-0002-8961-1515, e-mail RayalaK@yandex.ru, телефон: +79215646561

Список литературы

1. Волкова Е. Н. Психологическое благополучие подростков с разным типом социализации Вестник Московского университета. Серия 20: педагогическое образование. Том: 22 Номер: 4 Год: 2024 Страницы: 48-73 УДК: 159.922.7, 316.614, 37.018.2 ISSN: 2073-2635 eISSN: 2949-270X https://elibrary.ru/download/elibrary_80303912_45699746.pdf
2. Мищенко О.Н. Взаимосвязь психологического благополучия и просоциального поведения у младших подростков. Аллея науки Том: 1 Номер: 6 (105) Год: 2025 Страницы: 646-651 УДК: 159.9.075 eISSN: 2587-6244 https://elibrary.ru/download/elibrary_83128935_39090096.pdf
3. Валиев Р.А., Максимова Л.А., Каримова В.Г., Соловьева Е.М. Характеристики удовлетворенностью жизнью, депрессии, тревоги и стресса подростков с разными доминирующими типами академической саморегуляции. Управление качеством образования: теория и практика эффективного администрирование. Номер: 4 Год: 2023 Страницы: 63-70 УДК: 37.015.3 ISSN: 2949-1584
4. Галашева, О. С., Головей, Л. А. Повседневный стресс и психологическое благополучие мальчиков и девочек подросткового возраста. Психология человека в образовании, т. 5, No 4, с. 500–511. <https://www.doi.org/10.33910/2686-9527-2023-5-4-500-511EDNADWZBK> <https://psychinedu.ru/index.php/main/article/view/370/240>
5. Кадочникова О.А. Взаимосвязь психологического благополучия и суицидальных проявлений у подростков. Конференция: Экстремальная психология в экстремальном мире Москва, 24–25 ноября 2023 года https://elibrary.ru/download/elibrary_69138814_58003060.pdf
6. Золоторева А.А. Психометрическая оценка русскоязычной версии шкалы депрессии, тревоги и стресса (DASS – 21). Психологический журнал, том 42, 2021г., № 5, с. 80-88, УДК 159.9.072 ISSN: 0205-9592 <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=47189402&ysclid=mobqohdte4398979258>
7. Шевеленкова Т.Д., Фесенко Т.П. Психологическое благополучие личности. Психологическая диагностика, 2005, №3, стр. 95-121.

БИОПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ПОДХОДЫ К РЕАБИЛИТАЦИИ И ПОДДЕРЖКЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ В СЕМЬЯХ УЧАСТНИКОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ

Решетова Т.В., Степанова А.Н., Лаптева Е.С.

(ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И. И. Мечникова Минздрава России, Санкт-Петербург
МВШСЭН/РАНХиГС, Москва)

Источник финансирования: исследование не имело спонсорской поддержки.

Ключевые слова: психосоциальная реабилитация, нарративный метод, комбатанты, члены семей, работа с биографией.

Представлен анализ возможностей нарративного ресурсного метода работы с биографией для психосоциальной реабилитации комбатантов и членов их семей. Разбираются два вида применения: алгоритм для психотерапевта, психолога и адаптированный протокол для неспециалиста (члена семьи) в домашних условиях. Метод эффективен в снижении показателей тревоги, депрессии и астении, а также в запуске механизмов посттравматического личностного роста за счет актуализации собственных ресурсов.

Введение. Высокий запрос на психологическую реабилитацию участников боевых действий сталкивается с объективной нехваткой квалифицированных кадров. Семья комбатанта - главный источник поддержки, часто оказывается не способной самостоятельно восстановить нарушенный травмой эмоциональный контакт. Метод работы с биографией пациента показал себя хорошей сближающей ресурсной техникой при коррекции связанных со стрессом симптомов, прежде всего – тревожных [1]. Во время пандемии в семьях эффект метода (в адаптированном виде) оказался многогранным даже в неопытных руках специально обученных внуков-подростков: у рассказчика биографии (деда, бабушки) появлялось мощное ощущение значительности, не бессмысленности прожитой собственной жизни [1], а внук получал наглядный урок уважения к деду. После этого, и по нашим наблюдениям, и по ВАШ (визуальная аналоговая шкала), в семьях достоверно улучшились отношения старшего с младшим, причём с обеих сторон

Целью нашего проспективного рандомизированного исследования была верификация психодиагностических, саногенных, психокоррекционных и ресурсных возможностей метода работы с биографией в семьях участников боевых действий.

Материал и методы: в исследовании участвовали 272 пациента: 218 с диагнозом язвенной болезни и расстройства адаптации (K26 + F43.2 по МКБ10) в стационарных условиях и 54 пациента с депрессивными расстройствами (диагнозы F32.1, F32.2, F43.2 по МКБ10) - в амбулаторных условиях. Всем пациентам было проведено экспериментально-психологическое обследование, включающее шкалы астении, тревожности и депрессии.

Половине пациентов (n=135) проводился дополнительно нарративный метод работы с биографией, остальные 137 получали только фармакологическое лечение.

Результаты и Обсуждение. У пациентов которым был проведён метод работы с биографией достоверно уменьшились и клинические проявления, и показатели тестов оценки тревожности, астении, вырос комплаенс. Общая астения достоверно снижалась на 16,0% от исходного уровня (114,28±4,3) и (96,0±5,3)*, а астения в эмоциональной сфере (лабильность, раздражительная слабость) - на 21%. У 86% всех пациентов была достоверная положительная динамика депрессивного состояния, но в группе, где был проведен метод работы с биографией, по сравнению с группой, получающей только фармакотерапию, показатели тревоги, астении и депрессии уменьшились достоверно лучше [2].

Поскольку было выявлено, что работа с биографией имеет диагностическую, лечебную и коммуникативную ценность, создает доверительность в отношениях рассказчика и слушателя, повышает комплаенс, на основе метода нами был разработан и апробирован доступный пошаговый алгоритм для жен участников военных действий. Разумеется, этот алгоритм «домашней психотерапии» рекомендовался исключительно в дополнение к лечебному процессу и профессиональной психологической коррекции. Семья комбатанта как правило, хотела помочь скорейшей реабилитации, но нуждалась в психосоциальном обучении методике. Родственники часто чувствовали беспомощность и страх перед эмоциональной отстранённостью комбатанта. Адаптированный метода работы с биографией (хорошими воспоминаниями) - оказался полезным инструментом для непрофессионала (родственника, чаще всего - жены), позволял мягко восстановить эмоциональный контакт, не вторгаясь прямо в травматический опыт. Родственник при этом инициировал диалог, делясь своим собственными тёплыми воспоминанием о комбатанте или их совместной прошлой жизни в мирное время. Нами были разработаны правила проведения таких кратких домашних биографических интервенций. После

обучения родственнику было рекомендовано:

1. Выбрать спокойное время, когда оба не заняты неотложными делами. Диалог не должен быть привязан к конфликтам или моментам острого стресса.
2. Мини-сессии (оптимальная продолжительность 5-10 минут).
3. Начинать разговор с «Я-высказывания»: говорить от первого лица о своих чувствах и воспоминаниях («я с такой нежностью вспоминаю, как мы...», «мне всегда нравилось, когда ты...» «я сегодня вспомнил(а) одну нашу историю»).
4. Действовать без настойчивости, вопросов и требований ответа: цель — подарить историю, а не получить информацию.
5. Нужна конкретность и детали: описывать запахи, звуки, место («помнишь тот запах костра у реки...»).
6. Краткость: история на 1-2 минуты. Закончив рассказ, родственник делает паузу, предоставляя комбатанту пространство для ответа. При этом важно не ждать и не требовать никакой конкретной реакции.
7. Принятие любой реакции: ответом может быть кивок, улыбка или «да, было хорошо»; дать время на молчание, это нормально. Задача — поделиться своим приятным переживанием, а не развлечь и не добиться какой-то реакции.
8. Если тишина затянулась: «спасибо, что послушал(а). Мне было приятно это вспомнить». И переход к бытовым делам.

С помощью этого метода родственник преодолевал беспомощность через конкретное, простое и осмысленное действие; происходило восстановление чувства эмоциональной близости и значимости, формирование безопасного моста к настоящему через общее безопасное прошлое. При этом родственник выступал как принимающий безоценочный свидетель, давал комбатанту опыт, что о жизни можно говорить, и это будет встречено с интересом, а не с тревогой или оценкой.

Польза для комбатанта: безопасное напоминание о его другой, «не военной» идентичности; получение опыта не требовательного, принимающего контакта; снижение чувства изоляции, формирование нового я: «я — не только тяжелые воспоминания».

Возможные сложности и ограничения («правило безопасности: не навреди»):

1. Негативная реакция. Если в ответ на рассказ у комбатанта возникало явное раздражение, гнев, паника или резкое ухудшение состояния, диалог следовало немедленно прекратить. Родственнику надлежало сказать: «я не хотел(а) тебя растревожить. Давай закроем эту тему» — и переключиться. Это не провал, а важный сигнал о том, что контакт пока затруднен и нужна осторожность.
2. Отсутствие контакта. Если дальнейшие попытки не встречали никакого эмоционального отклика (стойкое «безразличие»), это являлось одним из показаний для повторного обращения за профессиональной помощью (медицинской и психологической).
3. Злоупотребление методом. Не следует превращать «ресурсный диалог» в ежедневную обязательную процедуру или использовать его для манипуляции («я тебе рассказал(а) историю, теперь ты должен ...»). Метод работает только в атмосфере безусловного дарения.

Заключение. Адаптация научно обоснованного нарративного метода в формат «ресурсного диалога» представляет собой перспективный инструмент психосоциальной поддержки на уровне семьи. Для комбатанта это безопасный опыт встречи со своей довоенной идентичностью, с помощью близкого человека. Для родственника — способ преодолеть отчуждение, восстановить чувство значимости и близости через конкретное, экологичное действие. И пусть метод сам не решает глубоких клинических проблем, но он служит важным мостом, укрепляющим семейную систему в период реабилитации и создающим благоприятную почву для параллельной профессиональной медико-психологической и социальной помощи.

Список литературы:

1. Решетова Т.В., Лаптева Е.С., Лукашкова В.В., Решетов А.В. Проблемы пожилых людей и направления медико-социальной и психологической поддержки в период пандемии COVID-19. Успехи геронтологии. 2021; 34, 5: 679-694.
2. Решетова Т.В., Лаптева Е.С., Степанова А.Н. Ресурсные и психокоррекционные возможности нарративного метода работы с биографией, сближающего пожилых и молодых людей. Зейгарниковские чтения. Клиническая психология в современном мире: вызовы и ресурсы. Материалы II международной научно-практической конференции. Москва. 13–15 ноября 2025; С415-418

Информация об авторах:

Решетова Татьяна Владимировна, дмн, профессор Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург, Россия. e-mail: reshetova_t@mail.ru

Степанова Алина Николаевна, практикующий психолог, магистрант МВШСЭН/РАНХиГС, участник Всероссийского волонтерского проекта кризисной психологической помощи МыРядом, Москва, Россия. ORCID: 0009-0003-6458-7090, e-mail: happy01@inbox.ru

Лаптева Екатерина Сергеевна, кмн, доцент зав.каф гериатрии, пропедевтики управления в сестринском деле им ЭС Пушкинкой Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Главный внештатный специалист гериатр по Северо-Западного Федерального округа Российской Федерации, Санкт-Петербург, Россия. e-mail: les67@mail.ru

Работа выполнена самостоятельно.

ПРОФИЛАКТИКА АУТОДЕСТРУКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ТЕСТИРОВАНИЯ

А.В. Онучина

муниципальное автономное образовательное учреждение
«Средняя общеобразовательная школа № 14» (Новый образовательный центр)
город Губаха, Пермский край

Источник финансирования: отсутствует.

Ключевые слова: подросток, аутодеструктивное поведение, факторы риска.

Аннотация: анализ эмпирических данных по результатам социально-психологического тестирования позволяет автору раскрыть факторы риска, которые повышают вероятность возникновения у подростков аутодеструктивного поведения. Автор обращает внимание на такие неблагоприятные факторы как: потребность во внимании группы, стремление к риску, принятие аддитивных установок.

Введение. Проблема аутодеструктивного поведения подростков в настоящее время приобрела особую значимость, так как кризис мировоззрения основан на принципах бездуховности, индивидуализма, а порой абсурдности. Культурные и общественные нормы особое влияние оказывают на слабые социальные регуляции, социальную депривацию отчуждение подростков от позитивного большинства, недостаточность социально-позитивного опыта, терпимое отношение общества к поведенческим отклонениям [1]. Следует обратить внимание, что аутодеструктивное поведение абсолютно парадоксально, так как противоречит самосовершенствованию человека и самоотрицает человека, не способствует его биологическому, психологическому и социальному благополучию, направлено на саморазрушение и действия саморазрушающего характера.

Цель исследования: изучить факторы риска, которые повышают вероятность возникновения у обучающихся 7-11 классов аутодеструктивного поведения.

Материалы и методы исследования. В исследовании принимали участие обучающиеся 7-11 классов МАОУ СОШ № 14 (НОЦ) города Губаха Пермский край. Обучающиеся 7-9 классов – 282 ученика, 10-11 классов – 75 учеников. Единая методика СПТ основана на представлении о непрерывности и единовременности совместного психорегулирующего воздействия факторов риска и факторов защиты (проективных факторов). Проведение тестирования по единой методике является обязательным для образовательных организаций всех субъектов Российской Федерации. Методика является опросником и состоит из набора утверждений. При разработке стимульного материала были использованы компилированные и модифицированные вопросы диагностического инструментария Г. Айзенка, Ч. Спилбергера, В.В. Бойко, С.Н. Ениколопова и Т.И. Медведевой, Н.С. Ефимова. ЕМ СПТ применяется для тестирования лиц подросткового и юношеского возраста старше 13 лет и представлена в трех формах: форма «А-110» 110 утверждений, для тестирования обучающихся 7-9 классов; форма «В-140» 140 утверждений для тестирования обучающихся 10-11 классов; форма «С-140» 140 утверждений для тестирования студентов профессиональных образовательных организаций [1].

Методика предназначена для выявления латентной и явной рискогенности социально-психологических условий, формирующих психологическую готовность к аддитивному (зависимому) поведению у лиц подросткового и юношеского возраста, и не может быть использована для формулировки заключения о наркотической или иной зависимости респондента.

Результаты тестирования позволяют классифицировать респондентов по 4 группам на основе соотношения и выраженности показателей «Факторов риска» и «Факторов защиты».

1. Благоприятное сочетание факторов риска и факторов защиты.
2. Актуализация (выраженность) факторов риска при достаточной выраженности факторов защиты.
3. Редукция (снижение) факторов защиты при допустимой выраженности факторов риска.
4. Неблагоприятное сочетание факторов риска и факторов защиты [2].

Итоговое Заключение по результатам тестирования определяет респондентов с повышенной вероятностью вовлечения в зависимое поведение.

Анализ эмпирических данных по результатам социально-психологического тестирования показал выраженность неблагоприятных факторов риска, влияющих на подростков: потребность во внимании группы, стремление к риску, принятие аддитивных установок.

Анализ полученных данных по шкале «Потребность во внимании группы» показал, что 8,86% обучающихся имеют высокий и высочайший уровень, что свидетельствует о низкой способности к продуктивному взаимодействию со сверстниками в составе референтных групп, наблюдается тенденция к самоизоляции,

повышенная восприимчивость к воздействию группы или ее членов, приводящая к подчинению группе, готовности изменить свое поведение и установки.

Анализ полученных данных по шкале «Стремление к риску» показал, что 1,77% от всего числа обучающихся имеют высокий и высочайший уровень, что свидетельствует о выраженной способности к поиску опасных ситуаций с целью получения эмоционального опыта и всплеска.

Анализ полученных данных по шкале «Принятие аддиктивных установок» показал, что 2,82% обучающихся имеют высокий и высочайший уровень, что свидетельствует о высокой тревожности в случаях затрудненности всегда действовать «правильно» и высокой критичности собственного поведения. Согласие с асоциальными убеждениями, убежденность в приемлемости для себя отрицательных примеров поведения. В частности, оправдание своих социально неодобряемых поступков идеализированными и героизированными примерами поведения, достойного порицания.

Профилактика употребления психоактивных веществ в образовательной среде введена в требования ФГОС, который ориентирован на становление личностных характеристик выпускника, осознанно выполняющего и пропагандирующего правила здорового и экологически целесообразного образа жизни, безопасного для человека и окружающей его среды.

В контексте содержания профилактической деятельности в условиях образовательной организации следует отдавать предпочтение методам индивидуальной и групповой работы, прямого и косвенного воздействия и раскрытия ресурсов психики и личности.

Пошкальный анализ позволяет определить наиболее актуальные направления психолого-педагогической деятельности в работе с классом и группой детей.

С учётом выраженности фактора «Потребность во внимании группы» необходимо формировать у подростков представления о личных границах, умение отстаивать собственную позицию, развивать способность делать самостоятельный выбор, развивать навыки противостояния манипуляции.

При выраженности фактора «Принятие асоциальных установок» необходимо формировать у подростков просоциальную систему ценностей, целей и установок, формировать самостоятельность и критичность мышления.

При выраженности фактора «Стремление к риску» необходимо формировать модели ответственного поведения в ситуации, связанной с риском для себя и своего здоровья [2].

Профилактическая работа должна носить базовый характер и должна быть направлена на снижение факторов риска, что способствует укреплению существующих ресурсов защиты.

Заключение.

В свою очередь выявленные факторы защиты: адаптированность к нормам, принятие одноклассниками, самоконтроль поведения влияют на способность личности сопротивляться сложным жизненным ситуациям. Для этого необходимо создавать психолого-педагогические условия для развития имеющихся ресурсов, формирования коммуникативных установок. К личностным ресурсам отнесём: помощь в снижении уровня личностной и ситуативной тревожности; помощь в овладении основами самоконтроля; помощь в формировании эмоционально-положительного отношения к сверстникам и взрослым.

Список литературы

1. Заева О.В. Использование результатов единой методики социально-психологического тестирования для организации профилактической работы с обучающимися образовательной организации. Методические рекомендации для специалистов в области профилактики, педагогических работников общеобразовательных организаций / Автор-составитель: Заева О.В. Под ред. Фальковской Л.П. М.: ФГБНУ «Центр защиты прав и интересов детей», 2019.
2. Шведчикова Ю.С. Сборник методических материалов по организации профилактической работы на основе результатов социально-психологического тестирования / Авторы-составители: Шведчикова Ю.С., Биктагирова М.Ф. Под ред. Шведчиковой Ю.С. Пермь, 2021. 100 с.

Информация об авторах:

Онучина Анастасия Владимировна, муниципальное автономное образовательное учреждение «Средняя общеобразовательная школа № 14» (Новый образовательный центр) город Губаха, Пермский край, Россия, кандидат педагогических наук, anastasiya.onuchina@yandex.ru

Работа выполнена самостоятельно.

ЗНАЧЕНИЕ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА В РЕШЕНИИ ПРОБЛЕМ МЕНТАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ

Поляков Ю.И.

Федеральное государственное бюджетное учреждение науки Институт физиологии им. И.П. Павлова
Российской академии наук, Санкт-Петербург, Россия

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени акад. И.П. Павлова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Санкт-Петербург, Россия

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Санкт-Петербург, Россия

Источник финансирования: гос. бюджет

Ключевые слова: искусственный интеллект (ИИ), мозг, психиатрия, физиология, диагностика.

Аннотация: Роль искусственного интеллекта (ИИ) во всех сферах жизни становится неоспоримой. В медицине с помощью ИИ проводится диагностика, определяются алгоритмы терапии. В области ментального здоровья есть возможность персонализации терапии с учетом всех нюансов анамнеза и статуса пациента. ИИ позволяет в научно-исследовательских целях создавать современные цифровые модели здорового и больного мозга.

В настоящее время роль искусственного интеллекта (ИИ) во всех сферах человеческой деятельности становится все более значительной, практически неоспоримой [1].

Использование ИИ в медицине уже сегодня позволяет существенно усовершенствовать диагностику и лечение наиболее тяжелых заболеваний [2]. Все более значимая роль принадлежит ИИ и в сфере ментального здоровья, постоянно предлагаются инновационные ИИ-инструменты для диагностики, терапии и поддержки пациентов в остром и реабилитационном периодах [3].

Так, например, точность раннего выявления посттравматического стрессового расстройства составляет 78–85%, анализ речи и поведения с помощью ИИ выявляет депрессию и суицидальные риски на 2–3 месяца раньше традиционных методов [4].

Одной из самых сильных сторон ИИ является его способность анализировать огромные массивы данных и находить паттерны, незаметные для человека [2]. ИИ-модели могут анализировать письменные тексты (посты в соц. сетях, сообщения) или голосовые заметки, выявляя маркеры депрессии, тревожности или суицидальных мыслей.

Смартфоны и носимые устройства (умные часы, браслеты) собирают данные о динамике физической активности, сне и социальных взаимодействиях, предупреждая о возможном начале ментальных нарушений. ИИ-ассистенты (чат-боты) могут проводить скрининг, первичное тестирование, помогая людям понять, стоит ли им обратиться к специалисту [5]. Кроме того, чат-боты доступны круглосуточно. Они уже используют различные техники психологической помощи (в частности, когнитивно-поведенческой терапии), чтобы помочь пользователю справиться с тревогой прямо в момент ее возникновения [5].

Многие люди с ментальными проблемами стесняются говорить о них с живым человеком. Общение с ботом снимает страх стигматизации, позволяя человеку быть более откровенным [5]. ИИ может помогать миллионам пользователей одновременно, это особенно важно для отдаленных территорий, где нет возможности быстро обратиться к специалисту [3].

ИИ дает возможность глубоко и детально проанализировать все сведения о конкретном пациенте, помогая назначить ему так называемую персонализированную терапию.

Также специальные терапевтические приложения могут подстраивать задания и упражнения под текущее эмоциональное состояние пациента [1]. Важно понимать: ИИ сегодня не может заменить психотерапевта или психиатра, а становится их ассистентом (Torol, 2019). ИИ может вести записи психотерапевтических сессий, расшифровывать диалоги и заполнять медицинскую документацию, освобождая врачу время для живого об-

щения с пациентом [1]. Система может отслеживать состояние пациента между сессиями и предупреждать врача, если состояние резко ухудшается (например, возникнет риск суицида).

В обозримом будущем нас ждет гибридный подход, где ИИ будет выполнять роль «первого фильтра» и инструмента постоянной поддержки, а человек-специалист будет брать на себя самые сложные случаи, требующие живого участия и глубокого понимания [1]. Однако важно обратить внимание на необходимость сегодня формирования и соблюдения этических и юридических норм и правил, которые связаны с новыми вызовами эпохи ИИ. Так, принципиально уточнить рамки ответственности за результат в процессе диагностики и лечения, защитить права и приватность пациента, не дать возможности его стигматизировать, и т.д. [3].

Особо интересной и значимой представляется перспектива применения ИИ в исследованиях в области физиологических подходов в психологии и психиатрии, где более глубокое понимание соотношения субстрата психической активности (мозга как физического объекта) и его производной – сознания (как духовного начала) позволит более обоснованно и эффективно использовать современные подходы к коррекции и лечению расстройств психики [4]. Использование ИИ позволит создать цифровые модели здорового и больного мозга, которые дадут возможность моделирования процессов диагностики и лечения с целью их дальнейшей оптимизации [2].

Уже сейчас возникает вопрос об эффективном участии ИИ непосредственно в лечебном процессе, когда ИИ-ассистент сможет генерировать не только логическую составляющую терапии, но даже ее эмоциональный компонент, обеспечивая высокую комплаентность пациента к предлагаемой тактике лечения (Topol, 2019). Важно отметить и значительную роль ИИ в осмыслении и попытках решения основных теоретических вопросов, в частности философии, антропологии, психологии, психиатрии, которые предполагают переопределение многих устоявшихся основополагающих понятий, таких как психическая деятельность, разум, сознание и многих других, придав им не только философско-психологическую трактовку, но и гораздо более строгое математическое основание для понимания их сути [2].

Сегодня ИИ – это реальность, без которой нельзя представить себе конструктивное развитие наук о ментальном здоровье, медицины и науки в целом [1].

Список литературы

1. Topol E. Deep Medicine: How Artificial Intelligence Can Make Healthcare Human Again. New York: Basic Books, 2019. p. 384.
2. Beam A. L., Kohane I. S. Big data and machine learning in health care. JAMA. 2018; 319(13):1317–1318.
3. Fitzpatrick K. K., Darcy A., Vierhile M. Delivering cognitive behavioral therapy using a chatbot. JMIR Mental Health. 2017; 4 (2): e19.
4. Менделевич В. Д. Искусственный интеллект в психиатрии: этические и правовые аспекты. Неврологический вестник. 2020; 52(2):34–41.
5. Сорокин М. Ю., Федотов И. А., Панфилов В. А. Применение методов машинного обучения для раннего выявления депрессии и суицидального риска (анализ речи и поведения). Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 2021; 121(10):48–54.

Поляков Юрий Израилевич, Федеральное государственное бюджетное учреждение науки Институт физиологии им. И.П. Павлова Российской академии наук, Санкт-Петербург, Россия, доктор медицинских наук, профессор, OCID 0000-0003-1664-2107, yu.poliakov@gmail.com

Работа выполнена самостоятельно

ЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ В ПРОФИЛАКТИКЕ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ

Т. Н. Глазкова, А. А. Логачева

ОГБУЗ «Тамбовская психиатрическая клиническая больница», Тамбов

Источник финансирования: грант для поддержки прикладных исследований молодых ученых в 2024 году

Ключевые слова: подростки, эмоциональный интеллект, суицидальное поведение, профилактика

Аннотация. *Статистика суицидального поведения подростков показывает необходимость в дальнейшей разработке психопрофилактических мер. Психокоррекционная работа, организованная через конкурсную деятельность с привлечением подростков к разработке проектов по профилактике деструктивного и суицидального поведения, может стать новым эффективным методом профилактики с несовершеннолетними.*

Введение. В современном обществе проблема суицидального поведения несовершеннолетними является одной из самых тревожащих и сложных. Современный ритм жизни, психические и физические нагрузки, бессонницы и стрессовые ситуации приводят к тому, что подростки становятся все более агрессивными по отношению к себе и окружающим [1]. Методические рекомендации по межведомственному взаимодействию при организации деятельности по профилактике суицидов и опасного поведения имеют четкую структуру и этапность, схему маршрутизации и краткое описание действий специалистов на соответствующих этапах маршрутизации [2]. Однако, статистика показывает, что сохраняется необходимость в дальнейшей разработке психопрофилактических мер. Социальный портрет подростка, имеющего аутоагрессивные тенденции, разнообразный. В группу риска могут попадать дети, имеющие диаметрально противоположные клинико-социальные характеристики. Это касается абсолютно всех сфер жизни ребенка: успехи в учебе, взаимоотношения в семье, степень коммуникации, степень одаренности, склонность к нарушению правил, наличие психических расстройств, социальное благополучие. Таким образом, каждый подросток может попасть в зону риска и нуждается в профилактической работе. Основной задачей первого этапа является снижение числа подростков, попадающих в группу риска [2]. Исходя из этой концепции, можно сделать вывод о необходимости усиления и усовершенствования профилактической работы именно на первом этапе. Существует необходимость в разработке мероприятий и проектов, направленных на повышение стрессоустойчивости, жизнестойкости, эмоциональной стабильности, т.е. на развитие эмоционального интеллекта (ЭИ). Повышение уровня эмоционального интеллекта позволит подросткам быть более успешными в общении и межличностном взаимодействии, регулировать свое поведение, разбираться в своих эмоциональных проявлениях [3]. Включение в программу профилактики первого уровня компонентов, направленных на развитие ЭИ будет способствовать повышению эффективности профилактической работы.

Актуальность. Этиология суицидального поведения достаточно сложная. Практически каждый подросток находится в зоне риска. Современный ритм жизни подростков требует новых подходов к профилактической работе.

Цель: разработка и внедрение новых форм профилактики суицидального и аутоагрессивного поведения подростков с акцентом на развитие эмоционального интеллекта.

Материалы и методы. С целью выявления и профилактики деструктивных проявлений среди несовершеннолетних специалистами больницы проводятся диагностические, лечебные и профилактические мероприятия. Однако суицидальная активность несовершеннолетних Тамбовской области продолжает показывать волнообразный характер. Это свидетельствует о необходимости разработки и внедрения новых форм профилактической работы, в том числе направленных на развитие ЭИ подростков. Специалистами ОГБУЗ «Тамбовская психиатрическая клиническая больница» был разработан и опробирован новый метод в виде психокоррекционного конкурса (Конкурс), основной идеей которого стало вовлечение учащихся в профилактическую деятельность через участие в разработке проектов по профилактике деструктивного и суицидального поведения. В ходе проведения Конкурса, опираясь на ценностные и культурные ориентации, с детьми проводилась психокоррекционная работа, способствующая процессу личностного роста, развитию самосознания и формированию новых навыков, адаптивных к проблемным ситуациям. Все номинации Конкурса

имели психокоррекционный характер и способствовали развитию ЭИ. Номинация «Стань соавтором» – развитие навыков позитивного мышления и оптимистичного мировосприятия, формирование умения находить пути выхода из сложных ситуаций через возможность заменить трагичный финал классического произведения жизнеутверждающим. Номинация «СуперЕнот» – осознание своих возможностей в разработке игровых программ, направленных на развитие положительных качеств, вербализации своих чувства и эмоциональных состояний, совершенствование навыков эмпатии и межличностного взаимодействия. Номинации «Позитивное русло» - развитие навыков самовыражения через осознанность собственных эмоций при создании положительных образов, способствующих межличностному взаимодействию. Номинация «Стань автором» - формирование конструктивного взгляда на социально-значимую проблему и выработка ответственности за активную жизненную позицию в поиске решений современных проблем общества в области психического здоровья. В Конкурсе приняли участие 126 учащихся из 29 образовательных учреждений Тамбовской области. Участвуя в конкурсе, подростки не только повышали свой ЭИ, но и создавали творческие работы профилактической направленности, которые могут использовать в своей работе педагоги и психологи для повышения ЭИ учащихся в образовательных учреждениях. Внедрение такой формы работы в профилактическую деятельность образовательных учреждений позволит повысить качество профилактики с подростками.

Результаты. Статистические данные Тамбовской области показывают, что комплексная профилактическая работа с акцентом на инновационные методы способствовала уменьшению количества несовершеннолетних, совершающих суицидальные попытки. Медицинская статистика ОГБУЗ «Тамбовская психиатрическая клиническая больница» с 2023 года показывает сокращение числа подростков, поступивших на стационарное лечение в психиатрическую больницу в связи с совершением суицидальной попытки. Несмотря на сохраняющийся волнообразный характер показателя суицидального поведения несовершеннолетних Тамбовской области, наблюдается тенденция на его снижение. Использование практики позитивных убеждений, направленных на поиск ресурсов и возможностей, повышает уровень психологической устойчивости подростков. Разработанная нами и опробованная модель профилактической работы с подростками, направленная на развитие ИЭ, может быть включена в 1 этап профилактики межведомственного взаимодействия.

Выводы. Таким образом, психокоррекционная работа, организованная через конкурсную деятельность с привлечением подростков к разработке проектов по профилактике деструктивного и суицидального поведения, может стать новым эффективным методом профилактики с несовершеннолетними.

Список литературы

1. Касимова Л.Н., Святогор М.В., Сычугов Е.М., Зайцев О.С. Социальные, психологические и клинические факторы агрессивного поведения у подростков и лиц молодого возраста. *Психиатрия*. 2023; 21(2):89-103.
2. Методические рекомендации по вопросам межведомственного взаимодействия при организации деятельности по профилактике суицидов и опасного поведения несовершеннолетних. А. А. Гончаренко [и др.] ; под ред. Е. Г. Артамоновой. М.: ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, ФГБУ «Центр защиты прав и интересов детей», 2025. с. 21.
3. Кочетова Ю. А. Эмоциональный интеллект старших подростков: монография. Москва: МГППУ, 2021. с. 104.

Работа проводилась при поддержке

«Областного гранта для поддержки прикладных исследований молодых ученых в 20024 г.»

Министерства образования и науки Тамбовской области

Информация об авторах:

1. Логачева Анжелика Александровна, ОГБУЗ «Тамбовская психиатрическая клиническая больница», Тамбов, Россия, <https://orcid.org/0009-0002-8439-7174>, anzhela.log@mail.ru
2. Глазкова Татьяна Николаевна, ОГБУЗ «Тамбовская психиатрическая клиническая больница», Тамбов, Россия, кандидат психологических наук, <https://orcid.org/0000-0002-4228-7383>, pk@ogbuztpkb.ru

Работа выполнена самостоятельно

ОСОБЕННОСТИ ВОСПРИЯТИЯ БОЛЕЗНИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

А.С. Степаненко, А.О. Николаевская*

Федеральное государственное бюджетное общеобразовательное учреждение высшего образования
«Курский государственный медицинский университет» Минздрава России
Россия, г. Курск

Источник финансирования: ОБУЗ «Курская городская клиническая больница скорой медицинской помощи»

Ключевые слова: сахарный диабет, восприятие болезни, качество жизни, приверженность лечению.

Аннотация. В работе проведен сравнительный анализ восприятия болезни у пациентов с сахарным диабетом с помощью «Краткого опросника восприятия болезни». Результаты выявили общий тревожно-угрожающий характер внутренней картины болезни и дефицит субъективного контроля у пациентов обоих типов, что обосновывает необходимость интеграции психологической помощи в стандартную схему ведения.

Введение. Сахарный диабет (СД) представляет собой одну из наиболее значимых медико-социальных проблем XXI века. Хронический характер заболевания, риск тяжелых осложнений и необходимость пожизненного самоконтроля предъявляют высокие требования к психологической адаптации пациента. Эффективность терапии напрямую зависит от субъективного отношения пациента к болезни. Цель исследования — провести сравнительный анализ особенностей восприятия болезни у пациентов с СД 1-го и 2-го типа.

Актуальность. По данным Международной диабетической федерации (IDF), количество пациентов с сахарным диабетом в мире приближается к 425 миллионам человек [1]. В России, согласно исследованию NATION, реальное число больных составляет около 6 миллионов, при этом значительна доля недиагностированных случаев [2]. Проблема признана на международном (Резолюция ООН, 2006 г.) и государственном уровне (Указ Президента РФ № 676 от 1996 г.) [3,4]. Ключевой особенностью контингента больных, особенно при СД 2-го типа, является принадлежность к трудоспособному возрасту, что актуализирует вопросы социально-психологической адаптации [5]. Успешное управление СД невозможно без учета того, как пациент воспринимает свое заболевание. Изучение особенностей ВКБ критически важно для разработки программ психологической поддержки, повышения приверженности лечению и улучшения качества жизни пациентов.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 52 пациента ОБУЗ «Курская городская клиническая больница скорой медицинской помощи», находившиеся на стационарном лечении в эндокринологическом отделении. Участники были разделены на две группы: 1-я — 27 больных СД 1 типа, 2-я — 25 больных СД 2 типа. Основным методом исследования выступило психодиагностическое тестирование с использованием «Краткого опросника восприятия болезни» (КОВБ), направленного на оценку общего уровня угрозы болезни, восприятия угрозы для жизни и воспринимаемой контролируемости болезни и лечения. Для статистической обработки данных применялся непараметрический U-критерий Манна-Уитни.

Результаты. Анализ данных КОВБ показал, что у пациентов с СД 1 типа средний балл общего уровня угрозы составил 49,7, что соответствует выраженному ощущению опасности. Во 2-й группе показатель был ниже. По шкале «Восприятие угрозы болезни для жизни» в первой группе зарегистрировано среднее значение 40,3 балла, во второй — 36,1 балла. Оценка воспринимаемой контролируемости показала низкие значения в обеих группах: 8 баллов у пациентов с СД 1 типа и 10,1 балла — с СД 2 типа, что свидетельствует о дефиците субъективной уверенности в способности контролировать болезнь. При этом статистически значимых различий между группами по всем шкалам по критерию Манна-Уитни не выявлено ($p > 0,05$).

Обсуждение. Полученные данные указывают на то, что восприятие болезни при обоих типах СД носит тревожно-угрожающий характер. Пациенты с СД 1 типа демонстрируют тенденцию к более высокой субъективной оценке угрозы и меньшей уверенности в контроле, что, вероятно, связано с острым дебютом, пожизненной зависимостью от инсулина и более жестким режимом терапии. Однако отсутствие статистически значимых межгрупповых различий позволяет сделать вывод о том, что ключевые параметры восприятия болезни являются общими для пациентов с СД вне зависимости от его типа. Это подчеркивает универсальность психологических трудностей, с которыми сталкиваются такие больные.

Заключение. Результаты исследования особенности восприятия болезни у пациентов с сахарным диабетом характеризуется высокой субъективной угрозой и низкой воспринимаемой контролируемостью. Данные особенности не зависят от типа диабета, что свидетельствует о необходимости внедрения универсаль-

ных элементов психологической помощи в стандартные клинические алгоритмы ведения таких пациентов. Психологическое сопровождение должно быть направлено на коррекцию катастрофических представлений о болезни, формирование адаптивных копинг-стратегий и повышение уверенности пациента в возможности управления своим состоянием, что является ключевым фактором повышения приверженности лечению и улучшения качества жизни.

1. Дедов И.И., Шестакова М.В., Викулова О.К. Эпидемиология сахарного диабета в Российской Федерации: клинико-статистический анализ по данным Федерального регистра сахарного диабета. Сахарный диабет. 2017;20(1):13-41.
2. Дедов И.И., Шестакова М.В., Галстян Г.Р. Распространенность сахарного диабета 2 типа у взрослого населения России (исследование NATION). Сахарный диабет. 2016;19(2):104-112.
3. Резолюция Генеральной Ассамблеи ООН A/RES/61/225 «Всемирный день диабета» (20 декабря 2006 г.).
4. Указ Президента РФ от 08.05.1996 г. № 676 «О мерах государственной поддержки лиц, больных сахарным диабетом».
5. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas. 9th ed. Brussels, Belgium: International Diabetes Federation; 2019.

Информация об авторах:

Степаненко Анна Сергеевна, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Курск, Россия. E-mail: s.arina5757@gmail.com

Николаевская Александра Олеговна, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Курск, Россия. К.м.н., доцент кафедры психиатрии и психосоматики. E-mail: angelinasevostyanova@yandex.ru

* — корреспондирующий автор

Научный руководитель: Николаевская Александра Олеговна, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Курск, Россия. К.м.н., доцент кафедры психиатрии и психосоматики. E-mail: angelinasevostyanova@yandex.ru

ОРГАНИЗАЦИЯ ПОМОЩИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИМ С СУИЦИДАЛЬНЫМ И АУТОАГРЕССИВНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ В ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

Г.А. Прокопович, Р.Р. Савинов, Я.Б. Лихтман

ГБУЗ «Ленинградский областной центр психического здоровья»
ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»
Санкт-Петербург

Источник финансирования: работа выполнена без дополнительных источников финансирования.

Ключевые слова: профилактика суицидального поведения, суицид, суицидальные попытки, аутоагрессивные тенденции, самоубийство, дети, подростки, психические расстройства.

Аннотация

В последние десятилетия отмечается рост самоубийств среди несовершеннолетних. В связи с чем возникает необходимость комплексных мер профилактики суицидального поведения детей и подростков. Статья посвящена организации межведомственного и внутриведомственного взаимодействия учреждений Ленинградской области, направленного на раннее выявление несовершеннолетних с риском суицидального поведения и оказания своевременной специализированной помощи несовершеннолетним с суицидальными тенденциями.

Введение. В последние десятилетия отмечается рост самоубийств среди несовершеннолетних. В связи с чем возникает необходимость комплексных мер профилактики суицидального поведения детей и подростков. Большинство современных исследователей подчеркивает ведущую роль врачей общей практики в первичной профилактике, выявлении и маршрутизации пациентов из группы риска [1]. Специалисты отмечают, что 45% суицидентов за неделю до активных действий обращались за медицинской помощью, и только 67% из них было рекомендовано обращение к психиатрам, психотерапевтам или психологам [2 – 5]. По литературным данным, у 2–7% пациентов общесоматической сети, в том числе у детей и подростков [6 – 8] выявляются аутоагрессивные тенденции: от мыслей до самоповреждающего поведения. Однако врачи общесоматической сети редко оценивают суицидальный риск у своих пациентов [4]. В качестве одной из причин является отсутствие достоверных и простых в использовании методик для определения суицидального риска [9].

Целью исследования был анализ оказываемой психиатрической помощи несовершеннолетним с суицидальными попытками и разработка на его основе организационных мероприятий по раннему выявлению детей и подростков с риском самоубийства и осуществление межведомственного и внутриведомственного взаимодействия для оказания несовершеннолетним с суицидальными тенденциями специализированной помощи.

Материалы и методы. В ходе исследования были изучены данные о количестве завершенных суицидов и суицидальных попыток в регионе, анализ заболеваемости психическими расстройствами и расстройствами поведения, а также обращаемости за специализированной медицинской (психиатрической, психотерапевтической) и психологической помощью данного контингента.

Результаты. После изучения информации о количестве завершенных суицидов и суицидальных попыток в регионе, было выявлено, что в Ленинградской области имеются различия в данных, которыми оперирует комиссия по делам несовершеннолетних и медицинская статистика. Медицинские организации Ленинградской области оперируют данными только о лицах, находящихся под диспансерным наблюдением или самостоятельно обращающихся за психиатрической (психологической или психотерапевтической) помощью. По завершенным суицидам эти различия составили более 80%, т.е. более четырех пятых несовершеннолетних, закончивших жизнь самоубийством, в поле зрения психиатров не попадала. По незавершенным суицидам – более 50% (2020 – 2024 гг.), то есть только половина тех, кто готов был свести счеты с жизнью ранее обратились за помощью. Исследование данных по заболеваемости психическими расстройствами и расстройствами поведения, а также обращаемости за специализированной медицинской (психиатрической, психотерапевтической) и психологической помощью несовершеннолетних было выявлено, что среди тех подростков, которые обращались за психиатрической помощью у 79,3% были диагностированы непсихотические психические расстройства: 1,1% - аффективные (депрессивные) расстройства F3; 15,8% - расстройства, связанные со стрессом (F4), 74,6% - были выставлены диагностические рубрики F5-F9.

В таблице 1 представлены этапы профилактики суицидального поведения детей и подростков, имеющие отражение в локальных нормативно-правовых актах органов исполнительной власти в сфере здравоохранения, образования и Министерства внутренних дел Ленинградской области. В профилактические мероприятия и оказание помощи несовершеннолетним с суицидальным и аутоагрессивным поведением вовлечены следующие учреждения: школы, социальные центры (СЦ), Региональный центр психологической помощи несовершеннолетним (РЦППН), комиссия по делам несовершеннолетних (КДН), межрайонные больницы (МБ) и расположенные в них психотерапевтические кабинеты (ПК) и кабинеты медико-психологического консультирования (КМПК), все структурные подразделения Ленинградского областного центра психического здоровья (ЛОЦПЗ), в том числе кабинет медико-психологической помощи (КМПП) и дневной стационар (ДС), круглосуточные психиатрические стационары (КПС).

Таблица 1. Этапы профилактики суицидального поведения детей и подростков

Этапы профилактической работы	Мероприятия	Специалисты	Учреждения
Первичная профилактика	Психолого-педагогический мониторинг и сопровождение несовершеннолетних в кризисных состояниях; проведение психологами в сфере образования скрининговых обследований в образовательных организациях для выявления несовершеннолетних с признаками депрессии или высокими показателями риска суицида; первичный скрининг на этапах обращения за медицинской помощью и на этапах диспансеризации и профилактических осмотров	Социальные работники, педагоги, педагоги-психологи, сотрудники КДН, медицинские работники первичного звена (фельдшеры, врачи-педиатры, врачи-педиатры участковые и врачи)	Школы, СЦ, РЦППН, КДН, МБ, ЛОЦПЗ
Вторичная профилактика	Осуществление медико-психологической диагностики и коррекции несовершеннолетних с суицидальными тенденциями	Медицинские психологи, психотерапевты, врачи-психиатры	КМПК, ПК, КМПП, ЛОЦПЗ, КПС
Третичная профилактика	Работа с несовершеннолетними, уже совершившими суицидальные попытки, для предотвращения повторения антивитаальных действий, осмотр психиатра непосредственно в стационаре, маршрутизация для оказания специализированной помощи в зависимости от состояния.	Фельдшеры и врачи скорой медицинской помощи (СМП), межрайонных больниц, медицинские психологи, психотерапевты, врачи-психиатры	СМП, МБ, ЛОЦПЗ: КМПП, КПС КМПК, ПК, РЦППН

Первый этап профилактических мероприятий включает обучающие программы для педагогов, психологов в сфере образования, социальных работников и других специалистов, работающих с детьми и подростками, а также родителей и самих несовершеннолетних. Основные темы обучающих мероприятий сосредоточены на базовых вопросах первичной психопрофилактики, методах выявления симптомов психических расстройств, алгоритмах маршрутизации несовершеннолетних из групп риска, практические рекомендации и алгоритмы действий для специалистов при работе с детьми и подростками, находящимися в кризисном состоянии. В первичную профилактику также входит психолого-педагогический мониторинг и сопровождение несовершеннолетних в кризисных состояниях; проведение педагогами-психологами (психологами в сфере образования) скрининговых обследований в образовательных организациях для выявления несовершеннолетних с признаками депрессии или высокими показателями риска суицида. Результаты скрининга и психодиагностики детей «группы риска» служат для принятия решения психолого-педагогическим консилиумом

образовательной организации о мерах психолого-педагогической коррекции и поддержки или рекомендации о направлении ребенка к клиническому психологу в медицинскую организацию общесоматической сети для подтверждения и клинической верификации уровня депрессии и суицидального риска, в том числе с участием психиатра. (Порядок межведомственного взаимодействия по профилактике суицидального поведения несовершеннолетних на территории Ленинградской области. Утвержден постановлением КДН и защите их прав при Правительстве ЛО от 29 июня 2022 года № 2).

Кроме того на этапе первичной профилактики при прохождении детьми и подростками диспансеризации, профилактических осмотров, а также при обращении несовершеннолетних за первичной медико-санитарной помощью нами было предложено использовать краткий тест, в соответствии с методическими рекомендациями ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ» (Безменов В.П., Басова А.Я. и др. 2024), состоящий из 6 вопросов (Блиц-опрос суицидального риска (БОСР)). Распоряжение № 7-0 от 19.01.2026 «Об утверждении методических рекомендаций по организации взаимодействия медицинских организаций, подведомственных Комитету по здравоохранению Ленинградской области, при выявлении факта суицида, суицидальной попытки, самоповреждающих действий несовершеннолетнего.

Вторичная психопрофилактика суицидального поведения направлена на несовершеннолетних, у которых на этапе скрининга выявлены признаки риска суицидального и аутоагрессивного поведения и оказание им адресной психолого-педагогической, социальной, а также медико-психологической, психотерапевтической и психиатрической помощи амбулаторно в условиях кабинетов медико-психологического консультирования, психотерапевтических кабинетов, отделения медико-психологической помощи (приказ Минздрава России от 14.10.2022 г. № 668н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения»). В случае выявления у обратившихся суицидоопасных и кризисных состояний, требующих госпитализации в психиатрический стационар или диспансерного наблюдения, принимаются соответствующие меры.

Третичная психопрофилактика направлена на работу с несовершеннолетними, уже совершившими суицидальные попытки, для предотвращения повторения аутоагрессивных действий. В случае совершения несовершеннолетним суицидальной попытки на первом этапе оказывается медицинская (специализированная) помощь в зависимости от характера повреждающих действий. Осмотр психиатра должен быть организован в наиболее кратчайшие сроки, т.е. в раннем постсуицидальном периоде непосредственно в соматическом стационаре, для решения вопроса о серьезности суицидальных намерений и дальнейшей маршрутизации пациента. При необходимости осуществляется госпитализация в психиатрический стационар, после выписки из которого, пациент наблюдается в кабинете медико-психологической помощи, где получает психиатрическую, психотерапевтическую и психологическую помощь и поддержку. При выходе на учебу сопровождение оказывают в Региональном центре психологической помощи несовершеннолетним и школьными психологами.

Заключение. Осуществление взаимодействия специалистов различного профиля, которые работают с детьми и подростками позволяет осуществлять раннее выявление, диагностику и организацию необходимых мероприятий, направленных на снижение рисков суицидального поведения несовершеннолетних. Однако планируется дальнейшая оценка эффективности предложенных мероприятий.

Список литературы

1. Arnon S, Shahar G, Brunstein Klomek A. Continuity of care in suicide prevention: current status and future directions. *Front Public Health*. 2024;11:1266717.
2. Díaz-López A, Tejero-Claver B, Faura-García J, Blasco-Fontecilla H, González-Fraile E, González-Cabrera J. Risk Factors Addressed in Programs for the Prevention of Child and Adolescent Suicide in the School Setting: A Systematic Review. *Actas Esp Psiquiatr*;53(6):1375-1394.
3. Calman N, Pfister HR, Lesnewski R, Hauser D, Shroff N. Electronic access to adolescents' health records: legal, policy, and practice implications. *Fam Pract Manag*. 2015;22(2):11-4.
4. Басова А.Я., Бебчук М.А., Устинова Н.В., Намазова-Баранова Л.С., Эфендиева К.Е., Вишнева Е.А. Компетентность врачей-педиатров в вопросах профилактики, определения риска или выявления суицидального поведения у детей: одномоментное опросное исследование. *Вопросы современной педиатрии*. 2021;20(3):234–241.
5. Zhou Y, Lutz PE, Ibrahim EC, Courtet P, Tzavara E, Turecki G, Belzeaux R. Suicide and suicide behaviors: A review of transcriptomics and multiomics studies in psychiatric disorders. *J Neurosci Res*. 2020;98(4):601-615.
6. Osborne D, De Boer K, Meyer D, Nedeljkovic M. Raising Suicide in Medical Appointments-Barriers and

Facilitators Experienced by Young Adults and GPs: A Mixed-Methods Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2023;20(1):822.

7. Elzinga E, de Beurs DP, Beekman ATF, Maarsingh OR, Gilissen R. Nudging General Practitioners to explore suicidal thoughts among depressed patients. *BMC Prim Care*. 2023; 24(1):88.

8. Bono V, Amendola CL. Primary care assessment of patients at risk for suicide. *JAAPA*. 2015;28(12):35-9.

9. Оценка суицидального риска у подростков с использованием шкалы «Блицопрос суицидального риска»/ Методические рекомендации: П.В. Безменов, А.Я. Басова, Н.А. ольская, С.Л. Залманова, Ю.В. Северина – М.: ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ» 2024. – 20 с.

Информация об авторах:

Корреспондирующий автор: Прокопович Галина Анатольевна, 8(911)121-44-35; galinapro1@rambler.ru

ГБУЗ «Ленинградский областной центр психического здоровья», Санкт-Петербург, РФ

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет», Санкт-Петербург, РФ, к.м.н., доцент, ORCID 0000-0001-7909-6727

Савинов Руслан Рафаэлевич

ГБУЗ «Ленинградский областной центр психического здоровья», Санкт-Петербург, РФ

ORCID 0009-0000-4279-0969

Лихтман Ян Борисович

ГБУЗ «Ленинградский областной центр психического здоровья», Санкт-Петербург, РФ

ORCID 0009-0002-6618-0975

Работа выполнена самостоятельно.

СТАНОВЛЕНИЕ СИСТЕМЫ ПРИНУДИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ В ДОРЕВОЛЮЦИОННЫЙ ПЕРИОД

В.А. Некрасов, А.Г. Чудиновских, А.Г. Софронов, А.Е. Добровольская, Г.О. Кулагин

СПб ГКУЗ «Городская психиатрическая больница № 3 им. И.И. Скворцова-Степанова», ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, Санкт-Петербург

Источник финансирования: исследование не имело дополнительных источников финансирования

Ключевые слова: принудительное лечение, психиатрическая больница, судебная психиатрия, история медицины

Аннотация В статье рассматривается историческое развитие института принудительных мер медицинского характера в России и Петербурге — от первых законодательных норм XVII века до 1917 года. Показан переход от религиозно-карабельного подхода к медицинско-правовой модели, основанной на приоритете лечения и обеспечении общественной безопасности.

Введение. Принудительные меры медицинского характера на современном этапе выступают одной из ключевых задач, стоящих перед психиатрической службой. Трансформация структуры психических заболеваний, внедрение инновационных методов терапии, а также расширение сети специализированных учреждений обуславливают необходимость совершенствования существующих подходов и, вероятно, формирования обновленной модели организации принудительного лечения лиц с психическими расстройствами. Выработка таких подходов невозможна без обращения к многовековому опыту оказания помощи данной категории пациентов [1,2].

Обсуждение. Первые законодательные упоминания об особом статусе психически больных, совершивших преступления, относятся ко второй половине XVII века. «Новоуказные статьи о татъбах, разбойных и убийственных делах» 1669 года устанавливали, что «бесный» (лицо, страдающее душевным расстройством) не подлежит смертной казни за убийство. Эта норма стала отправной точкой для формирования самого принципа: к душевнобольному правонарушителю нельзя подходить с той же меркой, что и к здоровому [3].

В эпоху петровских реформ происходит важнейший сдвиг от религиозного к медицинскому и государственному осмыслению проблемы. Именной указ 1722 года «Об освидетельствовании дураков в Сенате» был направлен на выявление недееспособных лиц в дворянских семьях, которые не могли нести государственную службу и распоряжаться имуществом. Ключевым новшеством стало привлечение к освидетельствованию врачей. Уже известны случаи экспертиз конца XVII века с участием дипломированных докторов, что положило начало практике судебно-психиатрической оценки. Дополнительный указ 1723 года детализировал процедуру, требуя анализа поведения, анамнеза и длительного наблюдения. Хотя эти указы были нацелены прежде всего на имущественные и служебные вопросы, они создали прецедент юридически значимого медицинского заключения. Параллельно сохранялась и практика направления буйных больных в монастыри, но государство уже брало на себя функцию определения их правового статуса [4].

На рубеже XVIII–XIX веков в Российской империи начинает складываться системный подход к признанию душевнобольных, освобождаемых от уголовной ответственности. Основой для этого послужило «Учреждение для управления губерний» 1775 года, согласно которому забота о «сумасшедших» передавалась губернским приказам общественного призрения. Именно им предписывалось открывать специализированные учреждения — доллгаузы. В Санкт-Петербурге первый такой дом для душевнобольных был создан даже несколько раньше — в 1771 году. С появлением этих заведений лица, освобожденные от наказания, стали направляться туда на содержание. Однако на протяжении всего рассматриваемого периода и вплоть до начала XIX века сохранялась и прежняя практика — помещение душевнобольных в монастыри, что отражает постепенный, но еще не завершившийся переход от церковного призрения к государственной системе медицинской изоляции [5].

Важнейшей вехой стал Указ Государственного совета от 18 февраля 1835 года. Он впервые официально узаконил обязательное судебно-медицинское освидетельствование лиц, совершивших убийство или покушение на него. Экспертизу проводили врачебные управы, и их **Заключение** о наличии психического заболевания вело к освобождению от судебного преследования и помещению в дом умалишенных «до выздоровления». В 1841 году было разрешено проводить освидетельствование прямо в психиатрических больницах, что повысило его качество, а постановление 1845 года распространило эту процедуру на все сословия, включая

крестьян. Медицинское **Заключение** окончательно приобрело обязательную юридическую силу, заложив основу для законодательного закрепления понятия невменяемости в Уложении о наказаниях 1845 года.

История принудительных мер медицинского характера в Петербурге неразрывно связана с Психиатрической больницей св. Николая Чудотворца и её предысторией. В 1832 году в Санкт-Петербурге был основан Исправительный и работный дом. Уже в 1842 году в нем были открыты отделения для душевнобольных, проходивших освидетельствование по линии губернского правления. В 1872 году указом Александра II учреждение было преобразовано в Психиатрическую больницу св. Николая Чудотворца, окончательно сменив пенитенциарный профиль на медицинский и сохранив в числе задач судебно-психиатрическую экспертизу и лечение лиц, освобожденных от ответственности согласно ст. 95 «Уложения о наказаниях». Таким образом, вопросы принудительного лечения и судебно-психиатрической экспертизы были реализованы в одном учреждении. В Психиатрической больнице св. Николая Чудотворца проводили свои известные экспертизы И.М. Балинский, И.П. Мержеевский, И.А. Сикорский, П.А. Дюков, О.А. Чечотт, В.Х. Кандинский. Врачом больницы В.Х. Кандинским был сформулирован «психологический» критерий невменяемости. [6] Деятельность больницы велась в тесном взаимодействии с кафедрой психиатрии Императорской Военно-Медицинской Академии. В разные периоды предпринимались попытки выделить или отделения для принудительного лечения (во Временную больницу Министерства внутренних дел в 1880-х гг.) или судебно-психиатрическую экспертизу (в новую так не построенную психиатрическую больницу в Рублевике в 1910-х гг.), но вплоть до 1917 г. эти задачи решались в одном учреждении [5].

Заключение. Проведённый анализ исторического развития института принудительных мер медицинского характера позволяет сформулировать следующие обобщающие выводы.

Во-первых, в отечественной практике последовательно осуществлён переход от религиозно-нравственной интерпретации психических расстройств и элементов изоляционно-пенитенциарного подхода к научно обоснованной медицинско-правовой модели. В рамках данной модели приоритетным становится оказание специализированной психиатрической помощи лицу, признанному невменяемым, при одновременном обеспечении общественной безопасности, а не его наказание в уголовно-правовом смысле.

Во-вторых, современный этап развития института принудительных мер медицинского характера объективно требует системного научно-методического сопровождения как судебно-психиатрической экспертизы, так и структур, осуществляющих лечение лиц, признанных невменяемыми. Это предполагает внедрение единых клиничко-экспертных стандартов, развитие доказательных подходов к терапии и реабилитации, а также постоянное совершенствование профессиональной подготовки специалистов.

В-третьих, эффективность функционирования института принудительных мер медицинского характера во многом определяется согласованным взаимодействием подразделений судебно-психиатрической экспертизы и медицинских организаций, осуществляющих лечение. Преемственность экспертной оценки и лечебного процесса выступает необходимым условием как правовой обоснованности принимаемых решений, так и их клинической результативности.

Таким образом, исторически сложившиеся принципы развития института принудительных мер медицинского характера сохраняют свою актуальность и в современных условиях, требуя дальнейшего научного осмысления и организационного совершенствования.

Список источников:

1. Добровольская А. Е., Баранник И. А., Гвоздецкий А. Н. и др. Клинические и организационные аспекты применения принудительных мер медицинского характера. Психическое здоровье: от разнообразия феноменологии к концептуальному единству. 2025;285–286.
2. Софронов А. Г., Добровольская А. Е., Гвоздецкий А. Н. и др. Реализация принудительных мер медицинского характера в Санкт-Петербурге: основные тренды 2006–2023 гг. Российский психиатрический журнал. 2025; 4:4–12.
3. Полное собрание законов Российской империи. Собрание 1-е. СПб.: Типография II Отделения Собственной Его Императорского Величества Канцелярии, 1830. т. 1. 441–454.
4. Морозов, Д. Р. Лунц, Н. И. Фелинская. Основные этапы развития отечественной судебной психиатрии. М.: Медицина, 1976. 336 с.
5. Некрасов В.А., Пашковский В.Э. Основные модели организации психиатрической службы, реализованные в дореволюционной России. Обзор психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. 2016; 1: 102-107

6. Кандинский В. Х. К вопросу о невменяемости. М.: Кандинская Е. К., 1890. 239 с

Информация об авторах, руководителе:

Александр Генрихович Софронов, СПб ГКУЗ «Городская психиатрическая больница № 3 им. И.И. Скворцова-Степанова», ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент РАН, Санкт-Петербург, ORCID: 0000-0001-6339-0198, E-mail: alex-sofronov@yandex.ru

Анатолий Геннадьевич Чудиновских, СПб ГКУЗ «Городская психиатрическая больница № 3 им. И.И. Скворцова-Степанова», ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, доктор медицинских наук, доцент, Санкт-Петербург, ORCID: 0009-0007-2654-6190, E-mail: chag@yandex.ru

Алла Евгеньевна Добровольская, СПб ГКУЗ «Городская психиатрическая больница № 3 им. И.И. Скворцова-Степанова», ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, кандидат медицинских наук, доцент, Санкт-Петербург, ORCID: 0000-0002-3582-6078, E-mail: maxmmm@yandex.ru

Василий Анатольевич Некрасов, ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, Санкт-Петербург, ORCID: 0009-0009-4749-083X, E-mail: vasilin@yandex.ru

Георгий Олегович Кулагин ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, Санкт-Петербург, ORCID: 0009-0008-1466-3725, E-mail: kulagin-tm@mail.ru

Работа выполнена самостоятельно.

ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ СИМУЛЯЦИОННОЙ ИГРЫ В ОБУЧЕНИИ ПСИХОТЕРАПЕВТОВ

В.О. Куликов, Е.М. Амрани

(кафедра и клиника психиатрии и психотерапии с клиникой ИМО
ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова», Санкт-Петербург)

Ключевые слова: образование в психотерапии, симуляционное обучение, симуляционная игра, супервизия.

Аннотация. *Основной лечебно-диагностический инструмент в психотерапии – межличностное взаимодействие. В профессиональной подготовке психотерапевтов уделяется недостаточно внимания практическому развитию этого навыка. Решение проблемы – в разработке варианта симуляционной игры с участием профессионального актера, взаимодействие с которым развивает у обучающегося важные навыки терапевтической коммуникации.*

Актуальность. В последнее время в медицину активно внедряются симуляционные технологии, позволяющие дополнить фундаментальное теоретическое образование приобретением практических профессиональных навыков. В высших медицинских учебных учреждениях функционируют симуляционные центры, направленные на выпуск квалифицированных специалистов. Основная задача этих центров - развитие у обучающихся широкого спектра компетенций и совершенствование практических навыков с соблюдением принципов деонтологии. Важнейшей составляющей частью симуляционного процесса в центрах является наличие учебно-методических кабинетов, оснащенных современным техническим оборудованием, макетов из инновационных материалов, а также цифровая база, постоянно обновляющаяся и совершенствующаяся согласно современным информационным инновациям.

Симуляционное обучение — это образовательная технология, которая позволяет приобрести и/или усовершенствовать практический опыт обучаемого с помощью искусственно созданной ситуации в интерактивной модели, аналогичной профессиональной [1]. В медицинской образовательной среде симуляционное обучение проводится в форме специализированных тренингов, которые, исходя из учебных задач, подразделяются на: 1) развитие технических навыков (тренажеры, муляжи различного класса реальности); 2) обучение на основе клинических сценариев (компьютерное моделирование клинических ситуаций, технологии виртуальной и дополненной реальности); 3) отработка коммуникативных навыков («Калгари-Кембриджская» модель медицинской коммуникации).

Преимущество симуляционного обучения заключается не только в том, что оно позволяет будущему специалисту развить профессиональные мануальные навыки или отработать алгоритм действий (например, при оперативном вмешательстве), но и влияет на уменьшение уровня стресса при первых самостоятельных манипуляциях [2]. Благодаря последнему, обучающийся накапливает опыт стрессоустойчивости, развивая в себе способность принимать решения в экстремальных условиях: недостатка времени, ресурсов или психологического давления.

Психотерапия как врачебная дисциплина нуждается в практической подготовке специалистов наравне с общей медициной. Однако использование традиционного симуляционного обучения в этой области представляется проблематичным. Причина в том, что успешность психотерапии связана не столько со способностью специалиста правильно подобрать терапевтическую интервенцию, сколько с умением быть эмпатичным и вовлеченным в динамику терапевтических отношений. Поэтому в обучении психотерапевтов, как правило, сделан акцент на развитие навыка чувственного присутствия в контакте с пациентом, что затруднительно смоделировать с помощью доступных на сегодняшний день симуляционных технологий.

Ключевая проблема симуляционного обучения в психотерапии, по нашему мнению, заключается в том, что нужно организовать этот процесс таким образом, чтобы, с одной стороны, сохранить суть этой концепции (создание среды, максимально приближенной к реальности работы специалиста), а с другой стороны, минимизировать риск механизации обучения. Иными словами, симуляционный процесс в психотерапии должен развивать у будущих специалистов творческую гибкость и устойчивость профессиональной позиции. Последнее качество необходимо в ситуациях, когда терапевтические отношения выступают в роли фрустрирующего агента, тем самым блокируя рефлексивный процесс психотерапевта.

Несмотря на то, что симуляционные технологии, применяемые в медицине, пока обходят стороной психотерапию, в ее профессиональной среде есть образовательные практики («Калгари-Кембриджская» модель медицинской коммуникации и ролевая игра в супервизии), которые в некоторых аспектах схожи с симуляционным обучением, но все-таки не являются ими в полной мере. Каждая из этих практик нацелена на развитие коммуникативных навыков у обучающихся, с одной стороны, и отработку различных клинических сценариев, которые встречаются в реальной практике психотерапевта, с другой стороны. Однако в них сохраняется «искусственность» процесса, хоть они и пытаются воспроизвести реальные обстоятельства психотерапевтической деятельности.

Для того чтобы подготовка психотерапевтов соответствовала современным требованиям и стандартам образовательной среды в симуляционной медицине, нами был разработан вариант симуляционной игры с участием профессионального актера. Такой формат обучения не только развивает важные навыки терапевтической коммуникации у будущих специалистов, но и позволяет им соприкоснуться с процессами идентичными психотерапевтической ситуации в реальности.

Цель исследования: разработать методологические положения симуляционной игры в подготовке психотерапевтов.

Материал и методы: осуществлялся сравнительный анализ методологических положений «Калгари-Кембриджской» модели медицинской коммуникации, ролевой игры в супервизии и симуляционной игры в психотерапии.

Результаты. «Калгари-Кембриджская» модель медицинской консультации — структурированный подход, который помогает врачу лучше понимать потребности пациентов и устанавливать с ними доверительные отношения. Модель построена на принципах эмпатии, партнёрских отношений и активного слушания. В ней предполагается, что медицинская консультация — это прежде всего диалог, в котором врач не просто даёт указания, а учитывает переживания, ожидания и личные особенности пациента. Другими словами, эта модель помогает обучающимся улучшить пациент-ориентированную коммуникацию.

Несмотря на то, что на сегодняшний день эта модель активно популяризируется в медицинской среде как эффективный метод улучшения взаимодействия врача и пациента [3], у нее есть одно существенное ограничение, которое идет вразрез с сутью психотерапевтической практики. «Калгари-Кембриджская» модель редуцирует сложную межличностную динамику до линейных техник и «чек-листов». Поэтому данная коммуникативная методика хорошо применима в деятельности клинического интерниста, в работе которого важно, чтобы пациент добровольно следовал предписанному режиму лечения. В зависимости от того, получится ли у врача наладить рабочее взаимодействие с пациентом, будет зависеть его уровень комплаенса, что безусловно скажется на качестве лечебно-диагностического процесса.

В рамках этой модели также используется методика «Стандартизированный пациент», в которой специально подготовленный человек (или актер) участвует в обучении и оценке компетенций обучающегося. Он инсценирует (симулирует) медицинский случай согласно заданному клиническому сценарию. Благодаря реализму взаимодействия стандартизированный пациент воспроизводит вербальные и невербальные реакции, приближая ситуацию к клинической практике. Эта образовательная методика применяется для моделирования различных заболеваний, чтобы в безопасной учебной среде будущие специалисты осваивали профессиональные навыки (диагностика, обследование, коммуникация, экстренные алгоритмы) без риска навредить реальным пациентам.

Если «Калгари-Кембриджская» модель занимает лидирующее место в симуляционном обучении коммуникации для врачей-интернистов, то в психотерапии это место закреплено за ролевой игрой.

Ролевая игра в супервизии — метод обучающей и клинической работы, при котором участники (супервизор и терапевт) проигрывают фрагмент терапевтической ситуации для того чтобы (1) отработать коммуникативные и терапевтические техники (интервенции), (2) найти пути решения трудных случаев из практики, (3) развить рефлексивное мышление и (4) проанализировать трансферную динамику. Ключевая задача ролевой игры в супервизии — познакомить обучающегося с основными принципами психотерапевтического взаимодействия и продемонстрировать как они работают на пользу терапевтического процесса [4].

По нашему мнению, одна из основных проблем этой практики в том, что во время игры участники либо избегают прямого контакта, либо чрезмерно включают в переживание заданной роли, не стремясь сформировать живые отношения друг с другом. Иными словами, ролевая игра в супервизии имеет высокий риск стать пространством для отыгрыша собственных негативных чувств, которые сдерживались в контакте с пациентом. В то время как целью супервизорской практики является исследование этих чувств.

Другая проблема — это «искусственность процесса», то есть минимальная приближенность к реальной терапевтической практике. Это связано с тем, что ролевая игра не ставит перед собой цель воспроизвести реальные процессы психотерапевтического взаимодействия. Однако важно отметить, что в практическом обучении психотерапевта необходимо прежде всего эмпирическое знакомство с реалиями кабинета. Ролевая игра в супервизии уходит от практических действий и получения опыта к усложнению теоретической подготовки специалиста. Этот метод в большей степени используется для формирования позиции «внутреннего супервизорства» у начинающих психотерапевтов [5].

Симуляционная игра в психотерапии — это учебно-практический тренинг для начинающих и практикующих психотерапевтов, где с участием профессионального актера в роли пациента моделируется реальная терапевтическая ситуация. Предлагаемая практика закрывает потребность психотерапии в симуляционном обучении.

С одной стороны, она максимально приближена к реальности и воспроизводит работу психотерапевта в кабинете, что согласуется с главным принципом симуляционного обучения в медицине. С другой стороны, она учитывает сложность межличностного взаимодействия, ставя в фокус внимания процесс терапевтических отношений.

Симуляционная игра в психотерапии решает несколько важных задач: 1) отработка базовых профессиональных навыков (установление терапевтического альянса, формулирование запроса и «мишеней» психотерапии, применение коммуникативных техник/интервенций); 2) развитие эмоциональной устойчивости (работа с «трудными» пациентами, управление собственными эмоциональными реакциями и желаниями); 3) анализ невербальных сигналов (чтение мимики, жестов, позы пациента, контроль собственных невербальных реакций); 4) подготовка к неожиданным ситуациям (кризисные реакции и сложные этические дилеммы).

Обсуждение. Симуляционная игра в психотерапии представляется нам перспективным направлением в практическом обучении психотерапевтов. Явные ограничения «Калгари-Кембриджской» модели и ролевой игры в супервизии обусловлены тем, что они разрабатывались не для нужд симуляционного обучения психотерапевтов.

Так, «Калгари-Кембриджская» модель направлена на улучшение коммуникативного взаимодействия, представляя собой деловую игру, в которой формируются профессиональные компетенции по созданию партнерских отношений. В свою очередь, ролевая игра в супервизии делает акцент на развитие профессиональной рефлексии и не стремится воссоздать реальную психотерапевтическую ситуацию в точности. Несмотря на то, что каждая из этих образовательных моделей эффективна в своей области, у них есть общий недостаток: «искусственность» ситуаций, из-за чего полученные в модели навыки могут плохо переноситься в реальную клиническую практику.

Важно напомнить, что цель симуляционного обучения — создание учебной среды, максимально приближенной к реальным рабочим условиям. По мнению И.А. Крутия (2019), внедрение симуляционных технологий в медицинскую образовательную среду способствует минимизации профессиональных ошибок в деятельности специалиста. Необходимо держать в уме это положение при разработке симуляционных технологий и тренингов [6].

С психологической точки зрения это положение означает следующее: учебное пространство должно быть организовано так, чтобы обучающийся воспринимал симуляционную реальность как действительную. Иными словами, технологии симуляционного обучения должны стремиться к тому, чтобы эмоционально-поведенческие реакции обучающегося были такими же как в реальной рабочей ситуации. Симуляционная игра в психотерапии реализует это условие потому, что ее ключевая особенность — профессиональный актер в роли пациента.

Задача актера — привнести реализм во взаимодействие участников симуляционной игры. Это достигается за счет актерского мастерства — создавать действие в воображаемых обстоятельствах таким образом, чтобы они воспринимались самим актером и окружающими как реальные. Благодаря тому, что в психологии актера есть способность к контролируемому «самоотчуждению» [7], т.е. опыт полного отождествления с ролью и временной утратой автобиографического «Я», будущему психотерапевту в симуляционной игре приходится действовать исходя из предъявленных (непредсказуемых) обстоятельств. В этом и состоит существенное различие с ролевой игрой в супервизии, где взаимодействие между участниками происходит в плоскости предлагаемых (клинический сценарий) и предполагаемых (алгоритм действий) обстоятельств.

Еще одна особенность актера в роли пациента в симуляционной игре заключается в том, что актер — не медицинский специалист. Из этого следует, что, находясь в игровом взаимодействии, актер не рассуждает от-

страненно и не наблюдает то, что происходит между ним и обучающимся во время симуляционного процесса (Эго-синтонная позиция), как это свойственно специалисту, который играет роль пациента во время практики в ролевой игре (Эго-дистонная позиция). Вследствие того, что актер находится в Эго-синтонной позиции, взаимодействие с ним максимально схоже с реальными терапевтическими отношениям, где эту позицию занимает пациент.

Исходя из того, что симуляционная игра максимально приближена к терапевтической коммуникации в кабинете, можно заключить, что полученный в ней опыт автоматически становится умением и частью профессиональной идентичности обучающегося. На основании этого важно обозначить компетенции, которые развиваются в процессе симуляционной игры:

1. Укрепление эмоциональной устойчивости и адаптация к неопределенности;
2. Способность выдерживать сильные эмоции пациента (гнев, стыд, печаль);
3. Формирование гибкости мышления и творческой спонтанности;
4. Сохранение терапевтической позиции в трудных ситуациях (кризисные, этические дилеммы, негативный перенос) в психотерапевтическом кабинете.

Симуляционная игра в психотерапии как вариант практической подготовки специалистов обладает важными преимуществами:

1. Безопасность. Возможные ошибки, неточности, даже выход из терапевтической позиции не травмируют реального пациента;
2. Этичность. Соблюдается принцип конфиденциальности, при этом обучение происходит «внутри» кабинета;
3. Контролируемая сложность. Сценарии и их последовательность адаптируются под запрос и учебные задачи психотерапевтов (типичных трудные ситуации в кабинете, установление терапевтического контакта и т.п.);
4. Анализ игры. Разбор происходит в рамках симуляционной игры, сразу после сессии, рефлексия включает не только супервизора, но и других участников обучающейся группы;
5. Повторяемость игры. Тренинг подразумевает возможность остановки и проработки определенного профессионального навыка, но не в механическом, а творческом ключе, ведь одна и та же проблема проявляется себя по-разному в зависимости от обстоятельств и участников действия.

Выводы.

Симуляционная игра — это «тренажёр» для психотерапевтов. Она превращает абстрактные знания в живые навыки, позволяя безопасно учиться на практике, анализировать свои реакции и повышать профессиональную компетентность.

1. Симуляционная игра в психотерапии соответствует критериям симуляционного обучения в медицине;
2. Взаимодействие участников симуляционной игры тождественно динамическим процессам психотерапевтических отношений;
3. Симуляционная игра в психотерапии закрывает потребность в практическом обучении специалистов;
4. Симуляционная игра в психотерапии это пространство, подготовленное для разработки различных симуляционных сценариев, направленных как на развитие определенных умений и навыков психотерапевтов, как и на практическую деятельность, эквивалентную терапевтической работе в кабинете;
5. Симуляционная игра в психотерапии — это педагогически обоснованный метод, сочетающий в себе ролевую, деловую и эвристическую игру;
6. Исследование возможностей и ограничений симуляционной игры в психотерапии требует дальнейшего изучения с помощью методов научного познания.

Список литературы:

1. Крутий И.А. Симуляционное обучение в профессиональной подготовке врачей: учебное пособие. М.: ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, 2019. с. 79.
2. Ключко В.И., Кушнир Н.В., Матяж А.С., Жуков В.А. Технологии виртуальной реальности: современные симуляторы и их применение в медицине. 2016; 15: 94–104.
3. Ярославцева Т.И. Влияние подходов в коммуникации на взаимодействие врача и пациента. Инновационное развитие врача. 2024; 2: 30–38.
4. Литвинова Т.В. Использование ролевых игр в подготовке психолога-консультанта. Вестник практической психологии образования. 2011; 8(1): 72–75.

5. Кейсмент П. Обучаясь у пациента. Воронеж: НПО «МОДЭК», 1995. с. 256.
6. Крутий И.А. Командное взаимодействие аспирантов. Симуляционное обучение работе в команде. Медицинское образование и профессиональное развитие. 2018; 3(33): 11–24.
7. Ришир Марк. Феноменология поэтического элемента (перевод Р. Соколова, ред. г. Чернавин). HORIZON. Феноменологические исследования. 2016; 1: 281–298.

Информация об авторах:

Куликов Вячеслав Олегович, кафедра и клиника психиатрии и психотерапии с клиникой ИМО ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова», Санкт-Петербург, Российская Федерация, врач-психотерапевт, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры, кандидат в групповые аналитики (ОГРА), kulikov.slava@mail.ru

Амрани Екатерина Михайловна, Театр Драматических Импровизаций, Санкт-Петербург, Российская Федерация, актер, педагог, shmidriera@gmail.com

ТИПОЛОГИЯ КЛИЕНТСКИХ ЗАПРОСОВ КАК ИНСТРУМЕНТ ОКАЗАНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Е.Б. Поднебесная

Московский Государственный Университет имени М.В. Ломоносова

Источник финансирования: отсутствует

Ключевые слова: типология запросов, психологическая помощь, эффективный инструмент

***Аннотация.** Предлагается типология запросов, использование которой способно сократить число консультаций, необходимых для оказания психологической помощи в решении актуальной проблемы клиента.*

Актуальность темы обусловлена изменением структуры государственной психологической помощи в рамках программы ОМС [1]. Несмотря на повышение доступности услуг, количество консультаций остается ограниченным. В связи с этим возрастает роль оперативной конкретизации запроса клиента. Данную задачу целесообразно решать, опираясь на понятную клиенту типологию. Быстрая идентификация цели визита не только оптимизирует рабочее время специалиста, но и способствует формированию у клиента критической оценки ситуации. Четкое обозначение проблемы очень важно, даже если она представляется неразрешимой [2, с. 74]. Классификация запроса позволяет клиенту очертить границы проблемы и сконцентрироваться на решении конкретной задачи.

В профильной литературе авторы чаще всего ссылаются на классификации В.В. Столина, А.А. Бодалева [3] и В.К. Лосевой, А.И. Лунькова [4]. Однако их практическое применение осложняется пересечением категорий или отсутствием подходящих типов для современных запросов. Разработка актуальной типологии отвечает потребностям как начинающих специалистов (для ориентации в первичном материале), так и опытных консультантов (для рефлексии и анализа эффективности работы). Кроме того, систематизация запросов содействует работе супервизоров [5] и упрощает статистический учет в психологических службах. Сбор данных о специфике обращений позволит гибко адаптировать профессиональную подготовку кадров. Помимо практической значимости, современная типология необходима для теоретического обоснования и проведения научных исследований в области психологической помощи.

Разработка новой типологии началась с контент-анализа клиентских запросов, обратившихся за психологической помощью в Московский центр «Открытая реальность». Он показал, что при описании проблемы клиенты всегда используют одну из четырех **ключевых фраз**: «хочу, чтобы он (она)...»; «хочу иметь...»; «хочу изменить в себе...»; «хочу узнать». Ключевая фраза стала основным **признаком** (критерием) для разделения запросов по типам. Также клиенты при изложении проблемы описывают **объект**, вызывающий их беспокойство. Объекты жалоб могут быть как одушевленными, так и не одушевленными; находится как во внешнем мире, так и внутри клиента. Описываемый клиентом объект беспокойства стал **дополнительным признаком** для отнесения запроса к тому или иному типу.

К первому типу отнесены запросы, при формулировке которых клиенты использовали **ключевую фразу**, звучащую следующим образом: «хочу, чтобы он (она)...» - мама, мой ребенок, начальник, соседка, мой парень, бывший муж, муниципалитет, орган опеки и др. Во всех случаях описывался некий конкретный **объект**, находящийся во внешнем мире, отношения с которым (или их отсутствие) является проблемой для клиента. Первый тип назван ЗАПРОСЫ НА ОТНОШЕНИЯ.

Ко второму типу отнесены запросы, когда клиент говорит о конкретном **неодушевленном** объекте своих желаний. **Ключевая фраза** звучит как «Хочу иметь ...» - деньги, известность, свободное время; Объект существует во внешнем мире, проблема состоит в невозможности его *присвоения* клиентом. Источник проблемы клиентом не определяется, он не понимает по каким причинам не может достичь желаемого. Часто в формулировках так же фигурирует фраза «Обстоятельства сильнее меня». Второй тип назван ЗАПРОСЫ СОЦИАЛЬНОГО СТАТУСА.

Третий тип объединяет запросы про желаемые клиентом внутренние изменения. **Ключевая фраза** звучит как «Хочу изменить в себе...» или «Хочу, чтобы я...» - аспекты, касающиеся тела; эмоции/чувства; мысли. **Объект** жалоб клиента находится в нем самом. Третий тип назван ЗАПРОСЫ НА ВНУТРЕННИЕ ИЗМЕНЕНИЯ.

Четвертый тип включает запросы, когда клиент не хочет каких-либо изменений в своей жизни, а приходит с целью выяснить причины происходящего. Например, когда речь идет о повторяющихся ситуациях или

отношениях в семье, неплохих, но имеющие свои особенности. Подобные запросы включают **ключевую фразу** «хочу узнать». **Объект** определен (клиент хочет знать причину чего-то конкретного), может находиться как во внешнем мире, так и внутри клиента. Следует отметить, что только по этому критерию (описанию объекта) отнести запрос к четвертому типу невозможно. Однако в этом случае применение второго критерия не требуется, запросы однозначно относятся к четвертому типу по отсутствию желания изменений у клиента. Четвертый тип назван **ИНФОРМАЦИОННЫЕ ЗАПРОСЫ**.

Таким образом было выделено 4 типа запросов:

1. Запросы на отношения
2. Запросы социального статуса
3. Запросы на внутренние изменения
4. Информационные запросы

Типы запросов также были разделены на подтипы (Таблица 1). В первый тип входят запросы, стратегия работы с которыми значительно отличается. Помимо клиентов, желающих улучшить существующие отношения, есть те, кому требуется помощь в завершении отношений. Такой запрос появляется в случае, если клиента по каким-либо причинам тяготит существующая связь и он принял решение ее разорвать. При этом либо партнер не позволяет этого сделать, либо сам клиент не находит в себе силы реализовать задуманное. Противоположность им составляют запросы на обретение близких отношений. В работе с такими проблемами есть своя специфика. Иногда клиент имеет множество нереалистичных ожиданий от будущего партнера. Желаемый партнер может вовсе не иметь реальных качеств. В этом смысле работать над улучшением уже существующих отношений легче. Группа запросов, касающаяся проблем в существующих отношениях тоже неоднородна. Улучшать отношения можно не только с супругом, но и с родственниками, соседями, коллегами. Тактика работы с такими запросами должна отличаться, поскольку социальный круг общения в крайнем случае можно заменить, а заменить родственников невозможно. Конечно, тактика психологической работы при проблеме в отношениях со взрослыми родственниками и детьми тоже отличается. Однако излишняя детализация типологии запросов может осложнить ее применение на практике.

Категория 1г (отношения с должностными лицами органов власти) была добавлена после первой апробации типологии на практике. Если в запросах об отношениях с коллегами по работе (людьми из социума) речь шла о конкретных лицах, то при проблемах с должностными лицами органов власти хотя объектом жалоб клиента являются люди, они не конкретны, могут меняться в зависимости от времени обращения клиента в орган власти – люди, представляющие орган власти. Также при конфликтах на работе или с соседями, клиент может прийти к решению о смене места работы/проживания. Касаемо органов власти, такого варианта решения нет. Назначением пособий, предоставлением гражданства, гражданскими исками и т.п. занимаются определенные структуры. Других органов власти для решения подобных вопросов в нашей стране не существует. Таким образом, в первом типе запросов на отношение выделено шесть подтипов.

Второй тип, запросы социального статуса, также разделен на подтипы. Значительное число обращений касаются финансовых проблем. Другие запросы, которые по выделенным критериям подходят под второй тип, касаются профессиональной деятельности. При этом речь не идет о повышении дохода, проблемой клиента являлись другие аспекты («хочу найти свое профессиональное призвание»; «хочу на своей работе получать более интересные задачи» и др.). Также существует особая категория запросов на изменение условий проживания. Практика показала, что далеко не всегда такие проблемы связаны с финансовыми ограничениями клиентов.

После проведенной апробации типологии появился пункт 2г – запросы социального статуса, связанные с нежелательным объектом. Сюда относятся проблемы разного рода зависимостей, страх инфекционных заболеваний, сближение с нежелательными для клиента социальными объектами. Объект жалоб клиента конкретный неодушевленный объект, который находится во внешнем мире (алкоголь, COVID, повестка в армию и др.), по этой причине подобные запросы относятся к типу 2. Ошибочное отнесение их к другому типу может направить консультацию в ложном направлении. Так, если в случае обращения клиента по поводу его страха заболеть коронавирусом отнести запрос к категории 3б (изменение эмоционального состояния), то можно добиться снятия страха. При этом клиент останется без осознания возможности его реальных шагов, помогающих избежать контакта с инфекцией. Таким образом, во втором типе выделено четыре подтипа.

Третий тип, запросы на внутренние изменения, так же включает в себя подтипы. Первый из которых касается проблем, связанных с телом. В связи с высокой доступностью психологических знаний, большинство клиентов знакомы с понятием психосоматика. Часть из них действительно приходит за помощью к психологу с психосоматическими симптомами, когда врачи не могут обнаружить причину болезни или не могут предло-

жить эффективного лечения. Иногда к психологу обращаются вместо посещения врача. К этому же подтипу относятся запросы относительно лишнего веса (или наоборот недостаточного).

Некоторым особняком стоят запросы о прояснении смысла в случае тяжелых заболеваний (онкология, сердечно-сосудистые заболевания и т.д.). Нередко клиент уже перенес операцию, оставил болезнь позади, но мысль о причинах произошедшего, не дает ему покоя. При формулировке запроса клиент не заявляет о желаемом изменении, однако почти всегда есть его представления о том, что случившееся не повторится в случае успешной работы с психологом. Если при описании проблемы клиент использует ключевую фразу «хочу, чтобы я (не болел)», то такой запрос с полным правом может быть отнесен к третьему типу. В случае отсутствия такой фразы, запрос относится к четвертому типу информационных.

В следующий подтип были сгруппированы запросы на изменение эмоционального состояния. Сложностей с их классификацией не возникло. Единственное нужное пояснение касается опять же ключевой фразы. Если она звучит как «хочу не злиться на ...», то запрос относится к первому типу запросов на отношения, поскольку существует конкретный **внешний** объект. Чаще всего истинная фраза выглядит как «хочу, чтобы он меня не злил».

Последнего подтип обозначается как запросы на трансформацию личности. Примеры запросов: «замучил внутренний критик» и «всегда везде опаздываю». Опять же, при формулировке проблемы клиенты используют ключевую фразу третьего типа запросов – «хочу, чтобы я (не критиковал себя/ не опаздывал)»; объект жалоб внутри клиента. Таким образом, в третьем типе запросов выделено три подтипа.

Необходимости деления на категории запросов четвертого типа не возникло.

Таблица 1. Типологии клиентских запросов на психологическую помощь

Тип запросов	Категория
1. Запросы на отношения (Ключевая фраза «Хочу, чтобы он (она)...». Объект жалоб клиента конкретное лицо (или организация), отношение с которым (или их отсутствие) является проблемой для клиента)	1а с родственниками (взрослыми, детьми, НЕ супругом)
	1б с нынешним или бывшим супругом (женихом/ невестой)
	1в с людьми из социума (коллегами, соседями, приятелями, друзьями)
	1г с должностными лицами органов власти
	1д на обретение близких отношений (партнера, рождение ребенка)
	1е на завершение отношений
2. Запросы социального статуса (Ключевая фраза «Хочу иметь/ не иметь...». Объект жалоб конкретный неodusеленный, отсутствие/ возможное присутствие которого в жизни клиента является проблемой)	2а улучшение финансового положение
	2б улучшение условий проживания
	2в связанные с профессиональной деятельностью
	2г связанные с нежелательным объектом
3. Запросы на внутренние изменения (Ключевая фраза «Хочу, чтобы я...». Объект жалоб находится внутри клиента, состояние его тела/эмоций/мыслей является проблемой)	3а в теле
	3б эмоционального состояния
	3в трансформация личности
4. Информационный запросы (Ключевая фраза «Хочу узнать...». Отсутствие запроса на изменение)	Не делится на категории

Апробация предлагаемой типологии на расширенной выборке [6] показала, что каждый клиентский запрос может быть однозначно отнесен к одной из выделенных категорий. Таким образом, применимость данной типологии в практической деятельности подтверждена.

Список литературы

1. Приказ Минздрава России от 14.10.2022 N 668н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения». URL: <https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=436396> (дата обращения: 01.11.2023).
2. Кочюнас Р. Основы психологического консультирования. М.: Академический Проект, 2000. URL: <https://xn--90ahoref9b.xn--p1ai/data/documents/Kochyunas-Semya.pdf> (дата обращения: 19.02.2024).
3. Столин В. В. Первичная психодиагностика // Семья в психологической консультации: Опыт и проблемы психологического консультирования / под ред. А. А. Бодалева, В. В. Столина. М.: Педагогика, 1989.
4. Лосева В. К., Луньков А. И. Рассмотрим проблему. Диагностика переживаний детей и взрослых по их речи и рисункам. М.: А.П.О., 1995. 48 с. (Психологическая помощь и консультирование; вып. 3).
5. Меновщиков В. Ю. Введение в психологическое консультирование: учеб. пособие. М.: Смысл, 2000. URL: <https://moodle.yspu.org/mod/page/view.php?id=8372> (дата обращения: 19.02.2024).
6. Поднебесная Е. Б. Чего хотят клиенты // Психологические проблемы современной семьи: материалы IX Междунар. науч. конф. (Москва, 2–4 октября 2024 г.). М.: МГУ, 2024. С. 289–292.

Работа выполнена самостоятельно

Информация об авторах:

Поднебесная Екатерина Борисовна, кандидат психологических наук, докторант факультета психологии Московского Государственного Университета имени М.В. Ломоносова, Москва, Российская Федерация; психолог, Центр «Открытая реальность», Москва, Российская Федерация, Eka.pod@yandex.ru, ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-5629-7622>, eLibrary SPIN-код: 7871-1334

СТРУКТУРА ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПРИЗЫВНИКОВ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ СТАЦИОНАРНОГО ПСИХИАТРИЧЕСКОГО ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯ

Евсеев В. Д*, Бохан Н.А.

НИИ психического здоровья, ФГБНУ «Томский национальный исследовательский медицинский центр
Российской академии наук», Томск, Россия

Источник финансирования: исследование выполнено за счет бюджетного финансирования темы НИР «Мультидисциплинарное исследование клинической гетерогенности и патобиологических механизмов прогредиентного развития аддиктивных расстройств с разработкой инновационных программ терапии и дифференцированной профилактики», регистрационный номер 122020200053-1

Ключевые слова: психические расстройства, призывной возраст, призывники, расстройства личности, умственная отсталость, военно-врачебная экспертиза.

Аннотация. Целью работы явилось определение структуры психических расстройств у лиц призывного возраста по результатам стационарного психиатрического освидетельствования. Обследовано 131 призывник в возрасте от 18 до 30 лет, направленных на освидетельствование военными комиссариатами в психиатрический стационар. Средний возраст составил 22 года [20; 24]. У подавляющего большинства обследованных (75,6%) выявлены расстройства личности, в том числе инфантильное (36,4%) и эмоционально-неустойчивое импульсивного типа (31,3%). Умственная отсталость диагностирована у 16% обследованных, органические и эндогенные расстройства — у 4,6% и 3,8% соответственно. Выявленная структура психической патологии подчеркивает доминирование расстройств личности в призывной среде, что требует усиления внимания к личностным и поведенческим маркерам при проведении военно-врачебной экспертизы и разработки профилактических программ.

Введение. Психическая патология в настоящий момент занимает лидирующие позиции в структуре заболеваний, являющихся причинами негодности молодых людей для службы в армии — эти данные представлены в работах, анализирующих показатели психических и наркологических расстройств среди лиц призывного возраста в разных регионах РФ [1]. Психические расстройства среди призывного контингента имеют существенные региональные различия [2]. Количество призывников с установленными психическими расстройствами на протяжении последних лет остается на одном уровне и составляет от 6 до 8% от общего числа направленных на обследование [3,4].

Целью данного исследования стало определение структуры психических расстройств призывников по результатам стационарного психиатрического освидетельствования.

Материал и методы. Исследование проведено на базе ОГАУЗ Томская клиническая психиатрическая больница (ТКПБ). Методом сплошной выборки обследованы 131 призывник в возрасте от 18 до 30 лет. Средний составил 22 [20; 24] года.

Результаты и обсуждение. Более половины призывников имели среднеспециальное образование — 53,4% (70 чел.), 21,4% (28 чел.) — среднее полное; 12,2% (16 чел.) имели общее среднее образование; 7,6% (10 чел.) — незаконченное высшее; 4,6% (6 чел.) — высшее образование; не имели общего образования 0,8% (1 чел.). Большинство обследованных призывников являлись городскими жителями — 70,2 % (92 чел.); 29,8 % (39 чел.) проживали в сельской местности. К уголовной ответственности привлекались 16,8% призывников (22 чел.), в основном по статьям УК РФ, связанным с причинением тяжкого вреда здоровью и кражами. В многодетных семьях воспитывались 30,5% (40 чел.) обследованных, в неполных семьях 29% (38 чел.). Дисгармоничные отношения в семьях призывников встречались в 57,3% (75 чел.). 38,2% обследованных употребляли табак (50 чел.), средний возраст начала курения 14,2±2,5 лет. Подавляющее большинство призывников — 84,0% (110 чел.) не употребляли алкоголь, 16% (21 чел.) употребляли эпизодически. Психические расстройства, диагностированные в детском и подростковом возрасте по данным амбулаторных карт призывников и медицинской информационной системы в обследованной группе распределились следующим образом: F80 (Специфические расстройства речи и языка) — 29% (38 чел.); F83 (Смешанные специфические расстройства психологического развития) — 22,1% (29 чел.); F81 (Специфические расстройства учебных навыков) — 16,9% (22 чел.); F9 (Эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте) — 16% (21 чел.). Суицидальные мысли в анамнезе испытывали 13,7% (18 чел.) призывников, по-

попыток суицида в обследованной группе не зафиксировано. У 16,8% (22 чел.) при анализе анамнестических сведений определялась отягощенная наследственность психическими расстройствами среди близких родственников. 22,1% (29 чел.) в подростковом возрасте проходили психолого-медико-педагогическую комиссию (ПМПК) для определения индивидуального образовательного маршрута. У подавляющего количества призывников выявлена личностная патология (75,6%; 99 чел.), на втором месте умственная отсталость (16%; 21 чел.), третье и четвертое место в структуре психических расстройств заняли органические расстройства (4,6%; 6 чел.) и эндогенные расстройства (3,8%, 5 чел.) соответственно. В структуре расстройств личности в обследованной группе преобладали призывники с инфантильным расстройством личности (F 61.81 – др. расстройства личности; 36 чел.; 36,4%) и эмоционально-неустойчивым расстройством личности (F60.3; 31 чел.; 31,3%). На третьем месте истерическое расстройство личности (F60.4; 13 чел.; 13,1%), затем следуют шизоидное расстройство личности (F60.1; 9 чел.; 9,1%) и тревожное расстройство личности (F60.6; 6 чел.; 6,1%). Самые редкие в структуре личностной патологии призывников – диссоциальное (F60.2; 2 чел.; 2%) и ананкастное (F60.5; 2 чел.; 2%) расстройства личности.

Заключение. Анализ результатов стационарного психиатрического освидетельствования лиц призывного возраста выявил устойчивую структуру психической патологии, в которой доминируют расстройства личности. Наиболее распространенными формами являются инфантильное и эмоционально-неустойчивое расстройство личности импульсивного типа. Умственная отсталость диагностирована у каждого шестого призывника, органические и эндогенные расстройства встречаются значительно реже. Полученные результаты подтверждают необходимость усиления внимания к личностным и поведенческим маркерам при проведении военно-врачебной экспертизы, а также разработки профилактических программ, направленных на повышение психологической устойчивости молодежи призывного возраста.

Список литературы

1. Вишняков А. В., Злоказова М. В., Соловьев А. Г. Прогнозирование риска расстройств личности среди призывного контингента на основе биопсихосоциальных маркеров: ретроспективное исследование. 2025:11 (3): 28-36. DOI 10.22328/2413-5747-2025-11-3-28-36
2. Бохан Н.А., Евсеев В.Д., Мандель А.И. и др. Личностные характеристики мужчин призывного возраста с несуицидальными самоповреждениями (кросс-секционное исследование) // Российский психиатрический журнал. 2022. № 4. С. 19–26.
3. Евсеев В.Д., Мандель А.И. Распространенность психических и наркологических расстройств среди лиц призывного контингента муниципального образования Томской области // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2018: 3(100): 40-45. DOI: 10.26617/1810-3111-2018-3(100)-40-45.
4. Вишняков А. В., Злоказова М. В., Соловьев А. Г. Психические расстройства у лиц призывного возраста (обзор литературы). Вятский медицинский вестник. 2025:4(88): 57-63. DOI 10.24412/2220-7880-2025-4-57-63.

Информация об авторах:

Евсеев Вячеслав Дмитриевич – кандидат медицинских наук, НИИ психического здоровья ФГБНУ «Томский национальный исследовательский медицинский центр РАН», г. Томск, Россия, ORCID ID: 0000-0002-5078-1664. Электронный адрес: slawix@mail.ru

НИИ психического здоровья ФГБНУ «Томский национальный исследовательский медицинский центр РАН», г. Томск, Россия, ORCID ID: 0000-0002-1052-855X. Электронный адрес: mental@tnimc.ru

* – корреспондирующий автор

Научный руководитель: Бохан Н.А., ORCID: 0000-0002-1052-855X /д.м.н., профессор, академик РАН

СВЯЗЬ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ИМПУЛЬСИВНОСТИ С ПРЕДПОЧТЕНИЕМ ПСИХОСТИМУЛЯТОРОВ У ПАЦИЕНТОВ С ХИМИЧЕСКОЙ АДДИКЦИЕЙ

М.А. Кудряшов*

(ЛОГБУЗ «Выборгский межрайонный наркологический диспансер», г. Выборг)

Источник финансирования: автор заявляет об отсутствии внешнего финансирования при проведении исследования

Ключевые слова: внутрииндивидуальная вариабельность, дофамин, префронтальная кора, психостимуляторы, самолечение, синдром дефицита внимания и гиперактивности у взрослых, таблицы Шульте

У 16 пациентов с аддикцией в ремиссии изучена связь симптомов СДВГ с предпочтением психостимуляторов. В группе потребителей стимуляторов выявлены более высокие показатели дефицита внимания, импульсивности и вариабельности устойчивости внимания. Результаты указывают на субклинические проявления СДВГ в этой группе. Предложен расширенный анализ таблиц Шульте для оценки нейродинамической нестабильности.

Введение. Расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ (ПАВ), характеризуются клинической гетерогенностью и сложной структурой мотивации. В последние годы исследовательский фокус смещается на изучение нейробиологических факторов предрасположенности к аддикциям, в частности синдрома дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) у взрослых [1], некомпенсированные симптомы которого ассоциированы с повышенным риском формирования зависимого поведения (20% взрослых людей с диагностированным СДВГ имеют расстройства, вызванные употреблением ПАВ [2]). Одной из ведущих нейробиологических моделей СДВГ считается дисрегуляция мезокортикостриарной дофаминергической системы. В рамках этой модели обсуждаются, в частности, изменения аффинности и плотности D1- и D2-рецепторов в префронтальной коре (ПФК) и полосатом теле; снижение активности дофаминавого транспортера (DAT) и соответствующее изменение клиренса дофамина; дисбаланс тонического и фазического режима релиза дофамина в среднем мозге и т.д. Существенный вклад вносит и дисрегуляция норадренергической передачи в ПФК, что согласуется с эффективностью адrenomиметиков при СДВГ. Таким образом, нейрохимические механизмы СДВГ гораздо сложнее простого «дефицита дофамина» [3], но данное исследование будет сосредоточено на гипотезе дофаминергической дисфункции в дорсолатеральной ПФК для теоретической интерпретации полученных результатов.

Даже при субклинической выраженности симптомов СДВГ, не достигающей порога полного диагноза, они могут субъективно переживаться как крайне тяжелые из-за истощения компенсаторных механизмов и накопления неудач в социальной и профессиональной сферах [4]. Наркологические пациенты с чертами СДВГ могут демонстрировать повышенное предпочтение психостимуляторов, однако систематических исследований, подтверждающих эту избирательную связь между симптомами СДВГ и выбором конкретного типа ПАВ, недостаточно [5], что определяет актуальность данной работы.

Цель исследования. Выявить связь между выраженностью проявлений СДВГ у взрослых пациентов с зависимостью от ПАВ и предпочтением психостимулирующих веществ.

Материал и методы. Проведено пилотное клинико-психологическое исследование с участием 16 пациентов мужского пола в возрасте 20–37 лет (средний возраст $29,75 \pm 5,56$ года), проходивших стационарное или амбулаторное лечение по поводу расстройств, вызванных употреблением ПАВ.

Критерии включения: диагноз пагубного употребления или синдрома зависимости от ПАВ, совершеннолетний возраст, нахождение под консультативным наблюдением наркологической службы, наличие подтвержденной ремиссии продолжительностью не менее 12 месяцев, подписанное информированное согласие. Важно отметить, что ни один из участников не имел ранее установленного диагноза СДВГ и не получал соответствующей терапии (атомоксетин, гуанфацин, ноотропы).

Критерии исключения: острые и хронические психотические состояния, органические поражения ЦНС, полиаддикции с невозможностью выделения преимущественного ПАВ, а также наличие клинически значимых когнитивных нарушений по данным скрининга.

* – корреспондирующий автор

Контроль когнитивного статуса. Для исключения выраженных когнитивных нарушений, могущих быть обусловленными, в том числе, нейротоксическим действием ПАВ, всем участникам перед основным тестированием проводился скрининг с использованием русскоязычной версии Монреальской шкалы когнитивной оценки (MoCA). Критерием исключения из исследования являлся суммарный балл MoCA < 24. Все вошедшие в выборку пациенты продемонстрировали результаты от 27 до 30 баллов, что позволяет интерпретировать дальнейшие результаты исследования как связанные скорее с преморбидными особенностями, а не с возможным текущим органическим поражением.

На основе анамнеза были сформированы две группы: 1-я (основная) группа (n=8) — пациенты с преимущественным употреблением психостимуляторов (амфетамин, метамфетамин, мефедрон, иные синтетические катиноны); 2-я группа (сравнения) (n=8) — пациенты, употреблявшие преимущественно алкоголь, каннабис, бензодиазепины.

Психодиагностический комплекс включал: русскоязычную версию скрининговой шкалы ASRS v1.1 (для оценки проявлений СДВГ), опросник импульсивности Барратта BIS-11 в адаптации Ениколопова и Медведевой; таблицы Шульте (5 таблиц 5x5); неструктурированное интервью для уточнения субъективных мотивов употребления. Для оценки устойчивости и динамики внимания по таблицам Шульте рассчитывался не только средний показатель времени их выполнения, но и внутрииндивидуальная вариабельность (ВИВ) (стандартное отклонение времени выполнения таблиц для каждого пациента), которая рассматривается как специфический маркер нейродинамической нестабильности при СДВГ [6].

Учитывая небольшой объем выборки, для статистической обработки применялся непараметрический U-критерий Манна–Уитни. Данные представлены в виде медианы (Me) и межквартильного размаха (Q₁–Q₃). Различия считали статистически значимыми при p < 0,05.

Результаты. Статистический анализ выявил значимые различия между группой ПС и группой сравнения по ряду параметров:

Таблица 1. Показатели проявлений СДВГ, импульсивности и устойчивости внимания в группе потребителей психостимуляторов и группе сравнения

Методика	Основная группа	Группа сравнения	U	p
ASRS v1.1 (максимальный балл=72)	30 (25,5–34)	19,5 (13,5–24)	7	0,01*
BIS-11 (общий балл)	73 (69–76)	67 (64–70)	13	0,043*
Таблицы Шульте (среднее время, сек.)	35,5 (34,0–36,5)	34,0 (32,5–35,5)	18	0,30
Таблицы Шульте (ВИВ, сек.)	5,2 (4,6–7,0)	3,8 (3,4–4,4)	5	0,004*

Примечание. Данные представлены как Me (Q₁–Q₃). Различия оценены по U-критерию Манна–Уитни, приведены двусторонние p-значения. *статистическая значимость межгрупповых различий p < 0,05

По результатам ASRS v1.1, в основной группе зафиксированы более выраженные симптомы дефицита внимания. При этом средний балл в основной группе не достигал рекомендуемого скринингового порога для СДВГ (40–44 балла) [7], что может указывать на субклинический уровень симптоматики. При оценке импульсивности по шкале BIS-11 в основной группе также выявлены значимо более высокие показатели. Среднее время решения таблиц Шульте в обеих группах находилось в пределах нормативных значений для взрослых и не обнаруживало статистически значимых межгрупповых различий. Значимо повышенная ВИВ при сходном среднем времени выполнения и отсутствии линейного тренда может указывать на нейродинамическую неустойчивость внимания, характерную для СДВГ даже на субклиническом уровне [8].

В интервью 5 из 8 пациентов основной группы в качестве ведущих субъективных мотивов употребления ПАВ указали на «повышение ясности мышления», «способность собраться», «упорядочивание мыслей», появление возможности «начать делать то, что не мог себя заставить», «быстрее соображать», «лучше запоминать», «работать всю ночь» (когнитивно-мотивационные причины употребления); остальные говорили о мотивах социального давления, поиска эйфории, анксиолизиса. Во второй группе доминировали мотивы седации, релаксации, эйфоризации, психической анестезии.

Обсуждение. Полученные результаты свидетельствуют о связи симптомов дефицита внимания и импульсивности с предпочтением психостимуляторов. Небольшой объем выборки (n=16) требует осторожности

при интерпретации результатов, однако выявленные различия по шкале ASRS v1.1 ($\Delta Me=10,5$ балла, $p=0,01$) являются статистически значимыми даже для непараметрических критериев и указывают на то, что наркологические пациенты с более выраженными проявлениями дефицита внимания (даже не достигающими диагностического порога СДВГ) значимо чаще предпочитают психостимуляторы.

Наряду с межгрупповым смещением распределения ВИБ ($Me = 5,2$ сек. против $3,8$ сек. в группе сравнения) наблюдается выраженная внутригрупповая гетерогенность: у двух участников основной группы зафиксированы существенно более высокие значения ВИБ ($7,9$ и $8,4$ сек.), выходящие за пределы межквартильного диапазона данной группы ($4,6-7,0$ сек.). Наличие этих экстремальных значений не является единственным источником межгрупповых различий: так, повторный тест Манна–Уитни с исключением указанных двух наблюдений показал сохранение статистической значимости различий ($U=5$, $p=0,018$), что указывает на систематический характер наблюдаемого эффекта для большинства участников основной группы. Дополнительно выявлены статистически значимые различия дисперсий между группами (тест Флигнера–Киллина: $\chi^2=5,10$, $p=0,024$), что свидетельствует о большей неоднородности показателя ВИБ в основной группе. После удаления тех же двух экстремальных наблюдений различия дисперсий между группами стали незначимы ($\chi^2=2,0$, $p=0,16$). Таким образом, межгрупповое различие ВИБ является устойчивой характеристикой, не зависящей от экстремальных значений выборки, тогда как повышенная гетерогенность внутри основной группы в значительной степени обусловлена именно этими двумя случаями. Важно подчеркнуть, что высокая ВИБ у «экстремальных» пациентов не отражала их систематической истохаемости или устойчивого снижения темпа решения таблиц. Их ряды значений по пяти таблицам колебались в обе стороны относительно индивидуального среднего без выраженной монотонной динамики, что согласуется с концепцией нейродинамической нестабильности внимания, характерной для СДВГ.

Интерпретация. Выявленный паттерн (повышенная ВИБ времени выполнения задания) соответствует современным представлениям о данном феномене как о ключевом нейрокогнитивном индикаторе СДВГ. С нейробиологической точки зрения, эти данные можно интерпретировать в контексте фундаментальных открытий Патриции Голдман-Ракич и ее ученицы Эми Арнстен [9]. Их исследования показали, что дофамин критически необходим для поддержания персистирующей активности нейронов ПФК [10], которая является нейроанатомической основой избирательности и устойчивости внимания. Важнейшей характеристикой дофаминергической модуляции является ее нелинейный характер: зависимость продуктивности (эффективности) когнитивных и исполнительных функций от уровня дофамина описывается инвертированной U-образной кривой [11]. Это означает, что существует оптимальный уровень дофаминергического тонуса в ПФК, при котором достигается наилучшая синхронизация, стабильность и динамическая перестраиваемость (гибкость) нейронных ансамблей (частный случай закона Йеркса–Додсона). Как недостаток, так и избыток дофамина приводят к ухудшению когнитивных показателей. Показано, что у индивидов с СДВГ, не получавших терапию, часто наблюдается дезрегуляция/снижение тонического дофамина в ПФК [12]. Это «смещает» их положение на левый (восходящий) участок перевернутой U-образной кривой, что субъективно может переживаться как «туман», «хаос в голове», сложность «поймать» мысль, удерживать фокус внимания, инициировать целенаправленную деятельность. Психостимуляторы амфетаминового ряда, повышая внеклеточный уровень дофамина (за счет блокады обратного захвата и/или усиления выброса из пресинаптических терминалей), временно восстанавливают синхронизацию и стабильность нейронных ансамблей, «сдвигая» дофаминергический тонус ПФК ближе к оптимуму (вершине) кривой и приводя к субъективно ощущаемому улучшению когнитивных функций: «прояснению» сознания, структурированию мыслей, повышению способности к концентрации, увеличению мотивации, усидчивости, что может объяснять высокую подкрепляющую ценность стимуляторов не только как источника эйфории, но и как средства «самолечения» [13]. Однако такой «сдвиг вправо» (на нисходящую часть кривой) человека с исходно нормальным дофаминергическим тонусом вызвал бы у него нарушения (отдельных) когнитивных функций. Так, «нейротипичные» люди после приема психостимуляторов (модафинила, аддералла) демонстрируют ухудшение когнитивной гибкости, переключаемости, дивергентного мышления, креативности [14], как предполагается, за счет увеличения синхронизации нейронных ансамблей в ПФК [15] и/или «запирания» их в неоптимальном состоянии [16].

Заключение. Выраженность проявлений дефицита внимания и импульсивности у взрослых наркологических пациентов может быть связана с предпочтением психостимуляторов и субъективным восприятием их как улучшающих когнитивно-мотивационное функционирование. Нейропсихологическим маркером данной связи выступает повышенная внутрииндивидуальная вариабельность (ВИБ) устойчивости внимания. Инвертированная U-образная зависимость между уровнем дофамина и когнитивной эффективностью может объяснять нормализующий эффект стимуляторов при исходно сниженном дофаминергическом тонусе в ПФК. Проведенное пилотное исследование подтвердило диагностический потенциал ВИБ времени выполнения таблиц Шульте, но и выявило

его ограничения: будучи интегральным показателем разброса, он не различает два качественно разных паттерна: монотонное нарастание времени (характерное для истощаемости) и флуктуации относительно среднего (типичные для нейродинамической нестабильности при СДВГ). Традиционный патопсихологический анализ таблиц Шульте опирается на визуальную оценку кривых вратываемости/истощаемости. Для перехода к более объективной количественной диагностике представляется перспективным увеличить серийность предъявления до 10 таблиц и применять расширенный набор статистик, таких как: наклон линейного регрессионного тренда (β), коэффициент детерминации (R^2), остаточную вариабельность (стандартное отклонение остатков регрессии, $SD(\epsilon)$). Совместное использование этих статистик позволило бы не только выявлять нарушения/особенности внимания и работоспособности, но и дифференцировать их тип. Например, сочетание высокого положительного β с низкой $SD(\epsilon)$ может указывать на истощаемость при сохранной стабильности регуляции (астеничные, но устойчивые пациенты). Низкий β в сочетании с высокой $SD(\epsilon)$ может являться характерным паттерном для СДВГ, отражая нестабильность внимания без систематического тренда. Высокие значения как β , так $SD(\epsilon)$ могут наблюдаться при грубых органических поражениях, сочетающих истощаемость с дезорганизацией деятельности. Введение этих метрик в скрининг пациентов (в том числе, с зависимостями) может способствовать более точной диагностике преморбидных особенностей, персонализации терапии и профилактике рецидивов.

Список литературы

1. Ivanov I et al. Sensitization-based risk for substance abuse in vulnerable individuals with ADHD: Review and re-examination of evidence. *Neurosci Biobehav Rev.* 2022;135:104575.
2. Więckiewicz M et al. Psychoactive substance use in patients diagnosed with attention-deficit/hyperactivity disorder: An exploratory study. *Front Psychiatry.* 2023;14:1184023.
3. Nicolaus S et al. Monoaminergic hypo- or hyperfunction in adolescent and adult attention-deficit hyperactivity disorder? *Rev Neurosci.* 2021;33(4):347–364.
4. Tang Y et al. The clinical manifestation, executive dysfunction, and caregiver strain in subthreshold attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychiatry Investig.* 2023;20(9):789–798.
5. Spera V et al. Does cannabis, cocaine and alcohol use impact differently on adult attention deficit/hyperactivity disorder clinical picture? *J Clin Med.* 2021;10(7):1481.
6. Kuntsi J, Klein C. Intraindividual variability in ADHD and its implications for research of causal links. *Curr Top Behav Neurosci.* 2012;9:67–91.
7. Olofsdotter S et al. Clinical utility of new cut-off scores for the World Health Organization ADHD self-report scale among adolescents in psychiatric outpatient care. *Int J Clin Health Psychol.* 2023;23(4):100391.
8. Schulz-Zhecheva Y et al. Intra-subject variability, intelligence, and ADHD traits in a community-based sample. *J Atten Disord.* 2023;27(1):67–79.
9. Arnsten AFT. The neurobiology of thought: The groundbreaking discoveries of Patricia Goldman-Rakic 1937–2003. *Cereb Cortex.* 2013;23(10):2269–2281.
10. Goldman-Rakic PS. Cellular basis of working memory. *Neuron.* 1995;14(3):477–485.
11. Weber MA et al. Quantifying the inverted U: A meta-analysis of prefrontal dopamine, D1 receptors, and working memory. *Behav Neurosci.* 2022;136(3):207–218.
12. MacDonald HJ et al. The dopamine hypothesis for ADHD: An evaluation of evidence accumulated from human studies and animal models. *Front Psychiatry.* 2024;15:1492126.
13. Newcorn JH. ADHD, substance use disorders and stimulant treatment: Understanding the relationships. *World Psychiatry.* 2025;24(3):377–378.
14. Mohamed AD, Lewis CR. Modafinil increases the latency of response in the Hayling Sentence Completion Test in healthy volunteers: A randomised controlled trial. *PLoS One.* 2014;9(11):e110639.
15. Cools R, D'Esposito M. Inverted U-shaped dopamine actions on human working memory and cognitive control. *Biol Psychiatry.* 2011;69(12):113–125.
16. Bisagno V et al. Cognitive enhancers versus addictive psychostimulants: The good and bad side of dopamine on prefrontal cortical circuits. *Pharmacol Res.* 2016;109:108–118.

Информация об авторе:

Кудряшов Максим Александрович, ЛОГБУЗ «Выборгский межрайонный наркологический диспансер», г. Выборг, Российская Федерация, магистр психологии, budgies@mail.ru

Работа выполнена самостоятельно.

НОРМАТИВНОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ВОПРОСОВ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ САМОУБИЙСТВ В РФ

Е. С. Носова

(ФКУЗ «Медико–санитарная часть № 51 Федеральной службы исполнения наказаний»,
г. Кола, Мурманская обл.)

Источник финансирования: отсутствует

Ключевые слова: предотвращение самоубийств, профилактика, суицидальное поведение, нормативно-правовой акт, федеральное законодательство

***Аннотация.** Профилактика самоубийств, как и любая сфера деятельности, связанная с вопросами защиты жизни и здоровья, нуждается в законодательном обеспечении. В работе проанализированы основные нормативно-правовые акты федерального уровня, регламентирующие вопросы борьбы с суицидами. Отмечена необходимость разработки комплексных программ предотвращения самоубийств для широкого круга заинтересованных ведомств.*

Введение

Согласно Всеобщей декларации прав человека от 10 декабря 1948 г. [1] каждый человек имеет право на жизнь и медицинский уход, необходимый для поддержания его здоровья. Законы и нормативные акты являются ключевыми инструментами, с помощью которых правительства регулируют реализацию этих прав. Они создают основу для организации, управления, функционирования и финансирования систем здравоохранения и, таким образом, способствуют достижению хорошего здоровья и благополучия. Борьба с самоубийствами, как обязательная часть системы здравоохранения, нуждается в создании отдельной политики и нормативном сопровождении.

Цель

Сформировать представление о законодательной базе системы профилактики самоубийств в России.

Материалы и методы

С помощью сетевых информационных банков Контур Норматив, ГАРАНТ, Консорциум Кодекс, Консультант Плюс изучена действующая нормативная документация по вопросу предотвращения самоубийств в РФ.

Результаты

Основным документом, регламентирующим оказание помощи суицидентам в РФ, является Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 06.05.1998 г. №148 «О специализированной помощи лицам с кризисными состояниями и суицидальным поведением» (далее - Приказ) [2]. Приказ дает описание службы, которая состоит из отделения «Телефон доверия», кабинета социально-психологической помощи и отделения кризисных состояний при многопрофильном стационаре. Такая структура должна обеспечивать круглосуточный доступ, анонимность, преемственность и атмосферу свободную от осуждения и стигмы для пациента. Предполагалось, что кабинеты социально-психологической помощи, приближенные к населению на рабочих местах, помогут ускорить очную встречу нуждающегося со специалистом и дальнейшее его направление на соответствующие этапы медицинской помощи, а кризисные стационары предоставят более комфортное пространство для лечения суицидентов за стенами психиатрических клиник.

Однако более, чем за двадцать пять лет существования, настоящий Приказ оставляет неразрешенными ряд вопросов нормативно-правового, кадрового и управленческого характера. Так, организационно-методическое руководство, делегированное Приказом главному психиатру и главному психотерапевту субъекта Российской Федерации, не имеет под собой содержательных официально утвержденных рекомендаций по вопросам профилактики суицидального поведения. А одним из первых, ожидающих правок, является вопрос анонимного наблюдения в кабинете социально-психологической помощи для лиц с психическими расстройствами, который уже не согласуется с действующим законодательством в сфере контроля за оборотом оружия.

Стоит отметить, что программа обучения по суицидологии, представленная в Приказе, судя по содержанию, явно имеет врачебную направленность и должна быть расширена за счет привлечения аудитории среднего и младшего медперсонала. План учебных мероприятий рационально дополнить практическими вопросами диагностики и курации пациентов с суицидальным поведением, обновленной статистикой по вопросу, последними данными из области нейробиологии и патофизиологии суицидального поведения, его психофармакотерапии и пр.

Эти и другие пункты должны быть приведены в соответствие с имеющимися знаниями и опытом в области суицидологии, полученными за последние десятилетия, а также нормативной документацией в области оказания психиатрической помощи.

Прямо, или косвенно вопросы профилактики самоубийств затронуты в ряде Федеральных законов. Так, Федеральный закон от 24 июня 1999 г. N 120-ФЗ «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних» [3] регламентирует деятельность социальных, медицинских, образовательных и иных организаций по вопросам оказания всесторонней помощи указанной группе риска. Среди прочего Закон утверждает роль специализированных Комиссий по делам несовершеннолетних, которые, помимо своих основных функций юридического и социального характера, занимаются предупреждением склонения несовершеннолетних к суицидальным действиям. Отмечена роль местных центров социальной помощи семье и детям, учреждений психолого-педагогической помощи и центров экстренной психологической помощи в выявлении и предоставлении специализированной помощи несовершеннолетним, находящимся в социально опасном положении или иной трудной жизненной ситуации. Перечислены обязанности образовательных и медицинских организаций в вопросах санитарного просвещения молодежи, формирования здорового образа жизни, развития сети учреждений психиатрической и наркологической помощи и межведомственного взаимодействия.

Запрет на распространение среди детей информации, способствующей аутоагрессивным действиям, закреплён в Федеральном законе от 29 декабря 2010 г. № 436-ФЗ «О защите детей от информации, причиняющей вред их здоровью и развитию» [4]. К последней относятся материалы, побуждающие к гетеро-, и/или аутоагрессивным действиям, включая самоубийство, либо попытка приобщения к такого рода действиям. Федеральный закон от 27 июля 2006 г. N149-ФЗ «Об информации, информационных технологиях и о защите информации» [5] описывает последовательность действий при обнаружении фактов распространения запрещенной Законом информации в открытом доступе, в том числе в сети Интернет и регламентирует порядок обращения в компетентные органы для незамедлительного прекращения её распространения.

Федеральный закон от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» [6] гарантирует обучающимся доступ к первичной медико-санитарной помощи, право на прохождение профилактических медосмотров и диспансеризации, а также вменяет образовательным организациям в обязанность обучение педагогических работников основам оказания первой помощи. Особо отмечена пропаганда здорового образа жизни и проведение профилактических мероприятий в учреждениях системы образования, включая запрет на употребление учащимися табака, алкоголя и иных психоактивных веществ. Статья 42 Закона гарантирует категории учащихся, испытывающим затруднения при освоении учебных программ, развитии и социальной адаптации, индивидуальный подход, медико-социальную и психолого-педагогическую помощь. К этой группе также относятся подозреваемые, обвиняемые или подсудимые по уголовному делу, потерпевшие, или свидетели преступления, которые также входят в группу риска суицидального поведения.

Письмо Департамента государственной политики в сфере защиты прав детей от 18 января 2016 года № 07-149 «О направлении методических рекомендаций по профилактике суицида» [7] содержит описание ряда шагов по превенции суицидального поведения детей и подростков в образовательных организациях, предоставляет ссылки на материалы научно-методического характера, даёт представление о комплексе психолого-педагогических условий для успешной реализации профилактики суицидального поведения, в т.ч. программы индивидуального психологического сопровождения. Настоящим документом рекомендована к применению методика «равный - равному» среди молодежи, при которой заранее обученные гейткиперы передают полученные знания своим сверстникам и лицам из ближнего круга. Приведены возможные варианты тематических классных часов, программ и лекториев с участием медработников. Что немаловажно, описаны реальные профилактические мероприятия в ряде регионов для расширения возможностей взаимодействия и обмена опытом. В то же время нельзя назвать корректной рекомендацию по заключению с подростком «договора о нанесении себе ущерба и вреда здоровью», который не имеет юридической силы на территории РФ и может повлечь за собой ряд нежелательных исходов.

Среди групп риска нормативно обеспечены лица, находящиеся в учреждениях уголовно-исполнительной системы (УИС). Профилактическая работа регламентирована Приказом Министерства юстиции РФ от 26 января 2026 г. № 17 «Об утверждении Порядка осуществления профилактического учета подозреваемых, обвиняемых и осужденных в исправительных учреждениях и следственных изоляторах уголовно-исполнительной системы Российской Федерации» [8] и перечнем методических рекомендаций по профилактике суи-

цидов среди подозреваемых, обвиняемых и осужденных и осуществляется с привлечением сил сотрудников ведомства и имеющихся в распоряжении технических средств. Мероприятия подразумевают комплексный подход от первичного осмотра при поступлении в учреждение до рутинного наблюдения в динамике, как персоналом УИС, так и внутренней медицинской и психологической службой. Особое место в инструкции отведено вопросам режима безопасности, пропускного режима и осуществления надзора за лицами, поставленными на профилактический учет.

Активно работает система профилактики самоубийств в Вооруженных Силах РФ. Приказ Министра обороны Российской Федерации от 28 декабря 2021 г. №803 «Об утверждении руководства по организации военно-политической работы в вооруженных силах Российской Федерации» [9] и иные внутриведомственные документы Министерства обороны направлены на поддержание психологического благополучия и психического здоровья у военнослужащих. Они представлены рядом инициатив, от регулярной диагностики суицидоопасных и иных потенциально нежелательных состояний до всестороннего охвата лиц из группы риска лечебно-профилактическими мероприятиями, включая вопросы проведения военно-врачебной экспертизы.

Отдельно стоит упомянуть Постановление Правительства Российской Федерации от 26.10.2012 г. № 1101 «О единой автоматизированной информационной системе «Единый реестр доменных имен, указателей страниц сайтов в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» и сетевых адресов, позволяющих идентифицировать сайты в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», содержащие информацию, распространение которой в Российской Федерации запрещено» [10], согласно которому осуществляется блокировка информационных ресурсов с информацией о способах совершения суицида и (или) призывов к их совершению.

Особенная часть Уголовного кодекса РФ от 13 июня 1996 г. N 63-ФЗ [11] предусматривает уголовную ответственность за доведение до самоубийства (статья 110), включая склонение к совершению самоубийства или содействие совершению самоубийства (статья 110.1) и организацию деятельности, направленной на побуждение к совершению самоубийства (статья 110.2).

Кроме приведенных выше нормативно-правовых актов федерального уровня в информационных системах можно найти эпизодически издаваемые локальные приказы, которые содержат указания по сбору и представлению информации о проводимых профилактических мероприятиях, оценке их эффективности, видах контроля за деятельностью служб, информируют о внесении правок в действующее законодательство, корректируют предыдущие рекомендации, а также обращают внимание на критические зоны, требующие первоочередных вмешательств.

Анализ литературы, посвященной региональным мероприятиям по предотвращению самоубийств, демонстрирует, что закрепленные нормативно рекомендации претерпевают ряд трансформаций и приобретают характерные черты в разных регионах, в зависимости от потребностей и возможностей последних. При этом большинство публикаций описывает отдельные, разрозненные инициативы, уделяя недостаточное внимание их информационной наполненности, оценке долгосрочной доказательной эффективности и методологической базе.

Заключение

Нормативно-правовая среда является неотъемлемой частью системы, определяющей подход страны к вопросам здоровья и благополучия населения. Развитие науки и нормативно-правовой базы способствовали прогрессу в области предотвращения самоубийств и, несомненно, оказали влияние на устойчивое снижение суицидальной смертности в России в течение последних десятилетий. Однако, несмотря на изобилие нормативно-правовых актов, многие из них носят отсылочный, или рекомендательный характер и не содержат четких инструкций по реализации поставленных задач, поэтому, с уверенностью можно сказать, что наравне с постоянным совершенствованием законодательства, развитие комплексных программ предотвращения самоубийств в РФ по-прежнему актуально.

Список литературы

1. Всеобщая декларация прав человека от 10 декабря 1948 г. https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_120805/ (25 апреля 2026)
2. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 06.05.1998 г. №148 «О специализированной помощи лицам с кризисными состояниями и суицидальным поведением». <https://docs.cntd.ru/document/901710199> (25 апреля 2026)
3. Федеральный закон от 24 июня 1999 г. N 120-ФЗ «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних». <https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=503085> (25 апреля 2026)

4. Федеральный закон от 29 декабря 2010 г. № 436-ФЗ «О защите детей от информации, причиняющей вред их здоровью и развитию». <https://base.garant.ru/12181695/> (25 апреля 2026)
5. Федеральный закон от 27 июля 2006 г. N 149-ФЗ «Об информации, информационных технологиях и о защите информации». <https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=504575> (25 апреля 2026)
6. Федеральный закон от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации». https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_140174/ (25 апреля 2026)
7. Письмо Департамента государственной политики в сфере защиты прав детей от 18 января 2016 года № 07-149 «О направлении методических рекомендаций по профилактике суицида». <https://docs.cntd.ru/document/420340916> (25 апреля 2026)
8. Приказ Министерства юстиции РФ от 26 января 2026 г. № 17 «Об утверждении Порядка осуществления профилактического учета подозреваемых, обвиняемых и осужденных в исправительных учреждениях и следственных изоляторах уголовно-исполнительной системы Российской Федерации». <https://docs.cntd.ru/document/1315780806?marker=6580IP> (25 апреля 2026)
9. Приказ Министра обороны Российской Федерации от 28 декабря 2021 г. №803 «Об утверждении руководства по организации военно-политической работы в вооруженных силах Российской Федерации». <https://base.garant.ru/405116179/> (25 апреля 2026)
10. Постановление Правительства Российской Федерации от 26.10.2012 г. № 1101 «О единой автоматизированной информационной системе «Единый реестр доменных имен, указателей страниц сайтов в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» и сетевых адресов, позволяющих идентифицировать сайты в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», содержащие информацию, распространение которой в Российской Федерации запрещено». <https://docs.cntd.ru/document/902376430> (25 апреля 2026)
11. Уголовный кодекс РФ от 13 июня 1996 г. N 63-ФЗ. https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_10699/ (25 апреля 2026)

Информация об авторах:

Носова Евгения Сергеевна

Федеральное казённое учреждение здравоохранения «Медико-санитарная часть №51 Федеральной службы исполнения наказаний», г. Кола, Мурманская область

ORCID: 0000-0002-8275-7749

e-mail – nosova.evgenya@mail.ru

Работа выполнена самостоятельно.

ОСОБЕННОСТИ АКЦЕНТУАЦИЙ ХАРАКТЕРА И ЦЕННОСТНО-СМЫСЛОВОЙ СФЕРЫ У ПОДРОСТКОВ С САМОПОВРЕЖДАЮЩИМ ПОВЕДЕНИЕМ

Лазюк И.В., Ежова Д.П., Пономаренко И.В., Матвеева И.А.

(Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Новосибирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской
Федерации, г. Новосибирск)

Источник финансирования: отсутствует

Ключевые слова: акцентуации характера, ценностно-смысловая сфера, самоповреждающее поведение, подростковый возраст

Аннотация. В статье представлен анализ особенностей акцентуаций характера и параметров ценностно-смысловой сферы у подростков с зафиксированными случаями регулярного самоповреждающего поведения. Делается акцент на том, что подростковый возраст является наиболее чувствительным к возникновению и закреплению механизмов самоповреждающего поведения, что в дальнейшем определяет специфику и прогноз личностного развития подростка.

Введение. Исследование самоповреждающего поведения подростков на данный момент становится все более актуальным. Трудности, присущие этому возрасту, проявляются в импульсивности, беспокойстве, нестабильной самооценке и проблемы эмоционального регуляции [1]. Из-за чего несуйцидальное самоповреждение широко распространено среди подростков, при этом уровень распространенности повторяющегося самоповреждения составляет около 20% [2]. У молодых людей самоповреждение встречается чаще, чем самоубийства [3]. Самоповреждающее поведение может стать причиной нежелательного исхода в будущем для подростка и его здоровья, отчего в настоящее время необходимо проводить профилактику, однако, множество разногласий в концептуализации данного явления препятствует его исследованию. Получение данных об особенностях личностного симптомокомплекса подростков с самоповреждающим поведением могло бы помочь в разработке программ профилактики и коррекции данного феномена [4]. Самоповреждения распространены у детей и подростков, и их частота со временем увеличивается. Такое поведение часто является неадекватным механизмом преодоления, вызванным трудностями в регулировании эмоций [5]. Распространенное мнение, что в группу риска входят лишь те подростки, которые были неприняты обществом. Однако в действительности, в группу риска входят подростки с различными социальными и поведенческими особенностями. Стоит отметить, что нарушения эмоциональной сферы, синдром дефицита внимания и гиперактивности и расстройства социального поведения являются факторами риска несуйцидального самоповреждения [6].

Основная часть. Подростковый возраст, как период кризиса развития, является фактором риска самоповреждения. Личностные характеристики являются одним из основных интересующих областей для экспертов, однако имеются сложности при определении личностных черт и особенностей, участвующие в формировании самоповреждения. Структура личности, включая клинический и психологический контекст, играет важную роль в оценке ее связи с определенным поведением. Подростки, имеющие склонность к самоповреждающему поведению, также имеют склонность к импульсивности, нарушениям эмоционально-волевого компонента, искаженную самооценку, тревожность и возбудимость, возбудимость, склонность к самоповреждению, саморазрушающему, деликвентному и аддиктивному поведению. Kostic J. et al. [7] был выявлен широкий спектр когнитивных искажений, связанных с самоповреждающим поведением, поскольку он охватывает различные комбинации перспектив и когнитивных стилей, связанных с пониманием себя, других и мира. Система убеждений характеризуется охватывающей безнадежностью, основанной на идентичности, и глубинными убеждениями о себе как о недостойном любви, о своих эмоциональных переживаниях как о невыносимых, а о жизненных проблемах как о неразрешимых, что приводит к постоянной уязвимости к возникновению острых суйцидальных кризисов с течением времени, обусловленных внутренними и внешними триггерами. Было обнаружено, что система убеждений достоверно предсказывает будущее самоповреждающее и суйцидальное поведение, даже если она не связана с суйцидальными мыслями.

Цель исследования: выявить особенности акцентуаций характера и параметров ценностно-смысловой сферы у подростков с самоповреждающим поведением. Методики исследования: 1) Подростковый опро-

сник Шмишека (Schmieschek Н., в адаптации Вильдавской Л.З., 1994); 2) Профиль личности Шварца, PVQ (Schwartz S., в адаптации Карандашева В.Н., 2004).

Характеристика выборки. В исследовании приняли участие 40 подростков, из которых было сформировано 2 группы: контрольная группа состояла из 20 подростков, имеющих в анамнезе регулярный опыт самоповреждения, из них 10 девушек и 10 юношей, средний возраст составил $16 \pm 0,83$. Группа сравнения состоит из 20 подростков без опыта самоповреждения, из них 10 девушек и 10 юношей, средний возраст составил $16 \pm 0,5$.

Результаты исследования и их обсуждение. Полученные данные свидетельствуют о наличии статистически значимых различий по параметру выраженности такой акцентуации характера, как лабильный ($p=0,004$) между выделенными группами: подростки с самоповреждающим поведением демонстрируют ниже проявленность данной акцентуации характера ($15,33 \pm 4,28$), чем подростки без самоповреждающего поведения ($18,88 \pm 2,68$). Это может говорить о том, что подросткам без самоповреждающего поведения более склонны быстро эмоционально реагировать, склонны делиться переживаниями, при напряжении чаще используют такие способы «разрядки», как общение с близкими, выплеск эмоций с помощью слез, а подросткам с самоповреждающим поведением обычно это не характерно, и они снимают напряжение, в большинстве случаев, через акт самоповреждения. Также лабильность связана с необходимостью в эмоциональной поддержке от другого, а это является фактором защиты от самоповреждающего поведения. Подростки контрольной группы тяжелее открываются и делятся с родными своими переживаниями и эмоциями, а подростки с выраженной лабильной акцентуацией легче выражают свои эмоции и показывают их «вовне».

Обнаружены статистически значимые различия в параметрах ценностно-смысловой сферы личности между группами. Выявлены значимые различия по параметру власть ($p=0,002$) между выделенными группами: подростки с самоповреждающим поведением ($2,8 \pm 1,05$) менее склонны ставить в приоритет достижения социального статуса, контроля или главенствования над людьми и средствами, чем подростки без самоповреждения ($3,97 \pm 1,28$). Данная ценность выделяет достижение или сохранение господствующей позиции в рамках общества. Также мы можем отметить наличие статистически значимых различий по параметру достижение ($p=0,005$) между выделенными группами: подростки с самоповреждающим поведением ($3,46 \pm 1,12$) отмечает меньшую ценность личного успеха через демонстрацию компетентности соразмерную социальным стандартам, чем подростки без самоповреждающего поведения ($4,6 \pm 0,73$), которые считают проявление социальной компетентности важным, а также в условиях доминирования этой ценности возникновение социального одобрения за личные достижения. Кроме этого, мы можем отметить наличие статистически значимых различий по параметру стимуляция ($p=0,044$) между выделенными группами: подростки с самоповреждающим поведением ($3,49 \pm 1,42$) отмечают меньшую ценность в стремлении к новизне и глубоким переживаниям, чем подростки без самоповреждающего поведения ($4,22 \pm 0,84$). Вероятно, это может быть связано с тем, что подросткам с самоповреждающим поведением важно сохранение стабильности и контроля над жизнью и окружающими. Также мы можем отметить наличие статистически значимых различий по параметру доброта ($p=0,020$) между выделенными группами: подростки с самоповреждающим поведением ($3,57 \pm 1,21$) менее склонны думать и ставить в приоритет сохранение благополучия людей, с которым подросток находится в близких взаимоотношениях, чем подростки без самоповреждающего поведения ($4,43 \pm 0,82$). Вероятно, это связано с тем, что подростки с самоповреждением в анамнезе часто находятся в эмоциональной перегрузке, а также у них присутствует искажение собственной значимости в глазах близкого окружения и трудности понимания состояния других людей, отчего ценность сохранения благополучия близких людей снижается.

Заключение. Вопрос об особенностях акцентуаций характера и параметрах ценностно-смысловой сферы у подростков является очень важным, поскольку именно этот возраст является наиболее уязвимым в плане возникновения самоповреждающего поведения, которое впоследствии имеет вероятность перерасти в суицидальное. Дальнейшее изучение данной проблемы может показать важные и интересные результаты, которые будут полезны как для практики, так и в качестве теории по самоповреждающему поведению.

Список литературы

1. Павленко К.Д.. Аутодеструктивное поведение в подростковом и юношеском возрасте. Вестник науки. 2023; 7 (64): 188-195.
2. Xiao Q, Song X, Huang L, Hou D, Huang X. Global prevalence and characteristics of non-suicidal self-injury between 2010 and 2021 among a non-clinical sample of adolescents: A meta-analysis. Front Psychiatry. 2022 Aug 10;13:912441. doi: 10.3389/fpsyt.2022.912441.

3. Richardson R, Connell T, Foster M, Blamires J, Keshoor S, Moir C, Zeng IS. Risk and Protective Factors of Self-harm and Suicidality in Adolescents: An Umbrella Review with Meta-Analysis. *J Youth Adolesc.* 2024 Jun;53(6):1301-1322.
4. Brager-Larsen A, Zeiner P, Klungsøyr O, Mehlum L. Is age of self-harm onset associated with increased frequency of non-suicidal self-injury and suicide attempts in adolescent outpatients? *BMC Psychiatry.* 2022 Jan 26;22(1):58.
5. Adhilah N, Setiawati Y. Current Phenomenon of Self-Harm in Children and Adolescents. *J Korean Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2025 Apr 1;36(2):47-53.
6. Федосова А. А., Чабуева Т. П., Федоренко И. Г. Самоповреждающее поведение у подростков. *Образование и воспитание дошкольников, школьников, молодежи: теория и практика*, 2023; 3: 125-139.
7. Kostic J, Žikić O, Djordjević V, Ristić A, Krivokapić Ž. Nonsuicidal Self-Injury and Suicidal Beliefs in Adolescent Inpatient. *Medicina (Kaunas).* 2024 May 11;60(5):796.

Информация об авторах:

Лазюк Ирина Викторовна, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Новосибирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Новосибирск, Российская Федерация, ORCID 0000-0001-9512-9816, iren8002@rambler.ru

Ежова Диана Павловна, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Новосибирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Новосибирск, Российская Федерация, тел. 8-913-910-34-15, dianaezhova@rambler.ru

Пономаренко И.В., Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Новосибирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Новосибирск, Российская Федерация, ORCID 0000-0003-4473-4519, тел. 8-923-240-37-19, I.V_Ponomarenko@mail.ru

Матвеева И.А. Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Новосибирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Новосибирск, Российская Федерация, ORCID 0000-0002-3520-0446, тел. 8-983-306-35-86, irina_kurus@rambler.ru

Работа выполнена самостоятельно.

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ВКЛЮЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ В ПСИХОСОЦИАЛЬНУЮ РЕАБИЛИТАЦИЮ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ БРИГАДНОГО ПОДХОДА В УСЛОВИЯХ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

И. А. Филиппов*

(Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург)

Источник финансирования: Исследование проведено без спонсорской поддержки.

Ключевые слова: психосоциальная реабилитация, бригадный подход, полипрофессиональная бригада

Аннотация

Современным направлением в психосоциальной реабилитации психически больных является оказание помощи полипрофессиональной бригадой специалистов. Критерии для применения бригадного подхода не разработаны. Целью данного исследования было определение особенностей, способствующих большему охвату пациентов бригадной формой реабилитации. Выявлено, что молодой возраст, первичность поступления в психиатрический стационар для психосоциальной реабилитации, отсутствие группы инвалидности, сопутствующие соматические заболевания являются фокусом внимания бригады.

Введение. Государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения» в качестве одной из задач ставит увеличение доли психиатрических пациентов, охваченных бригадными формами медицинской помощи [1]. В полипрофессиональную бригаду входит врач-психиатр в качестве руководителя бригады, а также медицинский психолог, специалист по социальной работе и, при необходимости, другие специалисты [2, 3]. Работа полипрофессиональной бригады предполагает охват всех биопсихосоциальных аспектов диагностики пациента, совместную разработку целей и программы реабилитации, вовлечение всех специалистов бригады в реабилитационный процесс [2]. Бригадная форма оказания медицинской помощи способствует обмену профессиональными знаниями в различных областях, широкому обсуждению проблем, оперативному достижению целей реабилитации, профилактике профессионального стресса [4]. Согласно исследованиям, бригадный подход демонстрирует высокую эффективность в улучшении качества жизни пациентов [5].

Актуальность. Критерии отбора пациентов для курации полипрофессиональной бригадой и определения мишеней реабилитационной работы на этапе лечения в отделении отсутствуют, на практике специалисты ориентируются на собственный опыт. Увеличение охвата пациентов бригадной формой медицинской помощи требует определения факторов и характеристик пациентов, способствующих или препятствующих взятию на курацию полипрофессиональной бригадой специалистов. Данное исследование посвящено выявлению таких характеристик.

Цель. Определение клинико-психосоциальных характеристик пациентов, влияющих на включение в психосоциальную терапию с использованием бригадного подхода для дальнейшей оптимизации оказания данного вида медицинской помощи.

Задачи.

1. Изучить особенности демографических, социальных, клинических и реабилитационных показателей пациентов, включенных в бригадную форму психосоциальной реабилитации.
2. Сравнить полученные данные о характеристиках пациентов с субъективным мнением специалистов, которое определяет принятие решения о представлении пациента для курации полипрофессиональной бригадой.

Материалы и методы. Исследовательская работа проводилась в 2024-м году на базе психиатрического дневного стационара для психосоциальной реабилитации (далее отделение реабилитации) СПб ГБУЗ ПНД №5 Красногвардейского района Санкт-Петербурга.

Материалы. Для проведения работы были отобраны истории болезни пациентов, включенных в психосоциальную реабилитацию с использованием бригадного подхода в 2023-м году, всего 44 истории болезни.

В качестве контрольной группы были отобраны 44 истории болезни пациентов, проходивших лечение в 2023-м году без использования бригадного подхода, схожих с исследуемой группой по диагнозу (до 2-го знака по МКБ-10) и возрасту (± 5 лет).

Были изучены статистические показатели работы реабилитационного отделения за 2023-й год, содержащие данные о диагнозах, поле, возрасте и группах инвалидности пациентов

Было проведено обезличенное анонимное анкетирование членов полипрофессиональной бригады, всего 13 человек.

Методы.

1. Архивный метод
2. Катамнестический метод
3. Метод анкетирования
4. Статистический метод

Результаты. Исследуемую группу составили 44 пациента, в отношении которых применялся бригадный подход оказания помощи. Среди них 15 человек (34,1%) имели диагнозы F00-F09, 26 человек (59,1%) были с диагнозами F20-F29, 3 человека (6,8%) – с диагнозами F70-F79. В контрольной группе была сохранена пропорция между подгруппами диагнозов.

Анкетирование членов полипрофессиональной бригады показало, что решающими факторами для представления пациента на бригадный разбор являются:

1. Первичное поступление в МРО
2. Достижение результатов предшествующей реабилитационной работы
3. Молодой или трудоспособный возраст (особенно младше 40 лет)
4. Отсутствие группы инвалидности
5. Наличие правонарушений в анамнезе
6. Социальная дезадаптация, в том числе в быту
7. Отсутствие социальных контактов
8. Соматическая отягощенность
9. Отсутствие значимых побочных эффектов фармакотерапии.

При сравнении общей совокупности пациентов, проходивших лечение, с пациентами, курируемыми полипрофессиональной бригадой, была выявлена статистически значимая разница по возрастным группам ($p\text{-value} = 0,0009246$). При сравнении с контрольной группой возраст пациентов выборки также имел статистически значимую разницу ($W = 684.5$, $p\text{-value} = 0.01811$). В целом, пациентам исследуемой группы характерен более молодой возраст. Это согласуется с результатами, полученными при анкетировании специалистов.

В исследуемой группе пациенты были менее инвалидизированы при сравнении как с контрольной группой ($p\text{-value} = 0.04882$), так и с общей совокупностью пациентов за 2023-й год ($p\text{-value} = 0,0007053$). Это согласуется с предпочтениями, высказанными специалистами бригады.

Пациенты исследуемой группы имели лучшее физическое здоровье, меньше сопутствующей патологии. Пациенты контрольной группы чаще имели сопутствующие соматические заболевания, особенно в нескольких системах органов, чем пациенты выборки ($X\text{-squared} = 9.4097$, $df = 2$, $p\text{-value} = 0.009051$), особенно в подгруппе пациентов, имеющих диагнозы F20-F29 ($p\text{-value} = 0.002619$). Это не согласуется с результатами анкетирования специалистов бригады, в которых, соматическая отягощенность расценивается как критерий представления на бригадный разбор.

Было выявлено значимое различие количества госпитализаций в реабилитационное отделение между пациентами выборки и контроля ($X\text{-squared} = 9.0667$, $df = 2$, $p\text{-value} = 0.01074$). Исследуемая группа состояла в основном из первичных пациентов и тех, кто госпитализировался не более 3-х раз в жизни. Это в целом согласуется с предпочтениями членов полипрофессиональной бригады.

Пациенты выборки, имеющие диагнозы F20-F29, достоверно чаще находились на терапии антипсихотиками второго поколения (АВП), чем пациенты контроля с теми же диагнозами ($X\text{-squared} = 3.9813$, $df = 1$, $p\text{-value} = 0.04601$). Среди ответов членов полипрофессиональной бригады в ходе анкетирования не было указаний на особенности антипсихотической терапии.

Курация полипрофессиональной бригадой достоверно влияла на выдерживание сроков реабилитации ($X\text{-squared} = 4.0677$, $df = 1$, $p\text{-value} = 0.04371$). В исследуемой группе большее число пациентов достигли окончания ее программы.

Заключение. Результаты исследования показали, что в первую очередь охватываются вниманием полипрофессиональной бригады специалистов первично поступившие пациенты, возрастной группы до 40 лет, с более сохраненными показателями трудоспособности.

В лечении пациентов с диагнозами F20-F29, представляемых на бригадный разбор, чаще используются АВП.

Пациенты, курируемые междисциплинарной бригадой, чаще выдерживают плановые сроки реабилитации.

Наличие соматической патологии не является мишенью для представления на бригадный разбор для проведения психосоциальной работы.

Рекомендации. Полученные данные могут быть использованы членами полипрофессиональных бригад для более рационального выбора пациентов для представления на бригадный разбор и персонализированного ведения случая.

Для совершенствования оказания помощи следует обратить внимание специалистов бригады на пациентов старшей возрастной группы, пациентов, имеющих более тяжелые группы инвалидности и соматическую отягощенность, а также пациентов с повторными поступлениями в отделение.

Список литературы.

1. Скрипов В.С., Есина К.М., Антипина О.Ю., Семенова Н.В. Бригадные формы оказания психиатрической помощи населению Российской Федерации в рамках первичной специализированной медико-санитарной помощи. Анализ современного состояния. Национальное здравоохранение. 2021;2(4):20-25
2. Коцюбинский А.П., Бутома Б.Г., Медведев С.Э., Гусева О.В., Еричев А.Н. Использование бригадного (мультипрофессионального) подхода при проведении личностно-центрированной терапии пациентов с эндогенными психическими расстройствами: методические рекомендации. СПб.: НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева, 2020. с. 16.
3. Казаковцев Б.А., Макушкина О.А., Булыгина В.Г., Букреев Н.В. Организационное обеспечение внедрения полипрофессионального бригадного подхода, включая психосоциальную терапию и психосоциальную реабилитацию, в практику принудительного лечения. Психическое здоровье. 2014; Т.12; 2(93):3-16.
4. Поташева А.П., Малахова О.А., Борисова Л.Б., Леонтьев И.Л., Козяков С.Б. Организация многопрофильных бригад в детско-подростковой психиатрической службе Свердловской области. Практические рекомендации. Екатеринбург, 2001. с. 47.
5. Уткин А.А. Новые формы оказания психиатрической помощи как часть системы комплексной психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации: дис. кандидат медицинских наук: 14.00.18 - Психиатрия. Москва, 2009. с. 153.

Информация об авторах:

*Филиппов Иван Алексеевич, аспирант кафедры психиатрии и наркологии Медицинского института ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет» (Санкт-Петербург, Россия), ORCID: 0000-0001-9307-919X, E-mail: filippov20121@gmail.com

РИСКОВАННОЕ ПОВЕДЕНИЕ СТУДЕНТОВ КАК МАРКЕР ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ: РОЛЬ АГРЕССИВНОСТИ И НЕСУИЦИДАЛЬНЫХ САМОПОВРЕЖДЕНИЙ

А.В. Хавыло*

Калужский государственный университет им. К.Э. Циолковского
(ФГБОУ ВО «КГУ»), Калуга

Источник финансирования: отсутствует.

Ключевые слова: психическое здоровье студентов; рискованное поведение; агрессивность; несуицидальные самоповреждения; эмоциональная регуляция; функциональная дезадаптация.

Аннотация. Цель исследования – оценить связь рискованного поведения студентов с агрессивностью, тревожностью и несуицидальными самоповреждениями. Обследованы 100 студентов 18-23 лет. Риск выше при большей агрессивности и инструментальных самоповреждениях, с тревожностью не связан; у мужчин выше. Вывод: для выявления уязвимости важны поведенческие показатели. Ограничения: поперечный дизайн и самоотчет.

Введение. Анализ рискованного поведения студентов в период ранней взрослости (18-25 лет), который Дж. Арнетт связывает с повышенной неопределённостью, важен для раннего выявления уязвимости: в образовательной среде такое поведение часто выступает способом разрядки напряжения и может предшествовать устойчивой функциональной дезадаптации [1]. В терминах регуляции эмоций, развиваемых Дж. Гроссом, такое поведение можно рассматривать как вариант неэффективного управления аффектом, когда разрядка переносится в действие, а не в когнитивную переработку опыта [2]. При этом практики скрининга в вузах часто ориентированы на симптомные показатели дистресса, прежде всего тревожность, операционализируемую в традиции Ч. Спилбергера, что повышает риск пропуска случаев, где ведущими являются поведенческие формы дисрегуляции [3].

Существующие подходы к решению проблемы обычно развиваются в двух направлениях. Первое направление является симптомоцентричным с опорой на тревожность и депрессивность как универсальные индикаторы неблагополучия, что концептуально согласуется с клинико-психологическими моделями А. Бека и профилактическими практиками стресс-менеджмента в парадигме Р. Лазаруса и С. Фолкман [4,5]. Второе направление – поведенческое, проводится анализ риска как результата дефицитов саморегуляции и импульсивности, что близко к пониманию самоконтроля у Р. Баркли и к различению интернализирующих и экстернализирующих траекторий в работах Т. Ахенбаха [6,7]. В рамках этого направления важными маркерами выступают агрессивность, концептуализированная и измеряемая, в частности, в традиции А. Басса и М. Перри, а также несуицидальные самоповреждения (non-suicidal self-injury), функциональный смысл которых подробно описывают М. Нок и модель негативного подкрепления через поведенческую разрядку напряжения, развиваемая А. Чэпменом, К. Гратц и М. Браун [8].

Представленная работа выполнена в логике авторской контурной модели психического здоровья и фокусируется на функционально-эмоциональном периметре: риск нами трактуется как индикатор эмоциональной дисрегуляции, который увеличивает «цену адаптации» и тем самым повышает вероятность истощения функционально-ресурсного уровня, что укладывается в медико-психологическую рамку биопсихосоциального подхода Дж. Энгеля [9]. Оригинальность подхода состоит в операционализации рискованного поведения как маркера функциональной дезадаптации с приоритетом поведенческих показателей напряжения (агрессивность, несуицидальные самоповреждения), что позволяет методически развести «переживание» и «действие» как разные каналы дисрегуляции в духе разделения интернализирующих и экстернализирующих проявлений, предложенного Т. Ахенбахом [7].

Цель. Оценить связь выраженности рискованного поведения у студентов с агрессивностью, тревожностью и несуицидальным самоповреждающим поведением, а также выявить независимые предикторы рискованного поведения при контроле пола и возраста, чтобы уточнить вклад поведенческих и симптомных индикаторов дисрегуляции в функционально-эмоциональном периметре контурной модели.

* – корреспондирующий автор

Материалы и методы. Исследование выполнено в дизайне поперечного (cross-sectional) дистанционного анонимного опроса. В выборку вошли студенты в возрасте 18-23 лет ($N=100$; 47 девушек), проживающие в Калужской и Московской областях. Рекрутирование осуществлялось через онлайн-каналы (информационные рассылки/сообщества), участие было добровольным. Перед началом заполнения участникам предъявлялся информационный лист с описанием целей исследования, принципов конфиденциальности и права прекратить участие на любом этапе без объяснения причин; идентифицирующие данные не собирались.

Психометрический блок включал: опросник агрессии Басса-Перри (Buss-Perry Aggression Questionnaire, BPAQ) с использованием суммарного показателя агрессивности; «Шкалу причин самоповреждающего поведения» Н.А. Польской с выделением подшкал инструментальных и соматических самоповреждений; шкалу тревоги Спилбергера-Ханина (State-Trait Anxiety Inventory, STAI) с анализом личностной тревожности; авторскую анкету склонности к рискованным действиям, охватывающую 9 доменов риска (риск-экспозиции в разных поведенческих сферах). Выраженность рискованного поведения оценивалась интегральным индексом рискованного поведения (ИРП; диапазон 0-76), рассчитываемым как сумма баллов по пунктам анкеты; более высокие значения отражали большую частоту/готовность к риск-экспозиции. Внутренняя согласованность ИРП оценивалась по коэффициенту KR-20 ($KR-20=0,94$), что соответствует высокой надежности для дихотомически кодируемых пунктов и оправдывает использование суммарного показателя в дальнейших анализах.

Статистическая стратегия была выстроена в соответствии с задачами: сначала оценивались парные связи между ИРП и ключевыми переменными (агрессивность, личностная тревожность, инструментальные и соматические самоповреждения) с использованием корреляционного анализа. Поскольку одновременно проверялось несколько гипотез о связях, применялась поправка на множественные сравнения методом Бенджамини-Хохберга (контроль ложного открытия, false discovery rate), что позволяет снизить вероятность случайных значимых результатов при сохранении приемлемой мощности.

Для оценки независимого вклада предикторов строились регрессионные модели с контролем пола и возраста; пол и возраст рассматривались как потенциальные конфаундеры, способные влиять и на выраженность риска, и на поведенческие/симптомные показатели. Для линейной регрессии использовались робастные стандартные ошибки НСЗ, поскольку поведенческие переменные часто демонстрируют неоднородность дисперсии и влияние отдельных наблюдений; такой выбор повышает устойчивость стандартных ошибок и p -значений при нарушениях гомоскедастичности. Дополнительно проводилась проверка устойчивости выводов к влияющим наблюдениям (Cook's distance) как элемент анализа чувствительности: результаты интерпретировались с учетом того, сохраняются ли эффекты при исключении наблюдений с высоким влиянием. Ограничения исследования состоят в поперечном дизайне и использовании самоотчетных методик, что ограничивает причинные интерпретации и обобщаемость результатов на иные контексты и популяции.

Результаты. До анализа были заданы направленные гипотезы: ожидалось, что выраженность рискованного поведения (индекс рискованного поведения) будет положительно связана с поведенческими индикаторами дисрегуляции – инструментальными несуицидальными самоповреждениями и агрессивностью (гипотезы о поведенческом канале), тогда как связь с личностной тревожностью будет слабой или отсутствующей (гипотеза о расхождении «симптомного» и «поведенческого» каналов). Дополнительно предполагались половые различия в уровне рискованного поведения и проверялась гипотеза о сохранении независимого вклада поведенческих предикторов при контроле пола и возраста.

Для первичной проверки гипотез использован корреляционный анализ как наиболее прямой способ оценить силу и направление парных связей между индексом рискованного поведения и ключевыми переменными. Поскольку одновременно тестировалось несколько корреляций, применена поправка на множественные сравнения методом Бенджамини–Хохберга (контроль доли ложных находок), что позволяет снизить риск случайно значимых результатов при сохранении приемлемой мощности по сравнению с более жесткими процедурами. С учётом этой поправки показано, что индекс рискованного поведения положительно связан с инструментальными самоповреждениями ($r=0,455$; $p_FDR<0,001$) и агрессивностью ($r=0,377$; $p_FDR<0,001$), но не связан с личностной тревожностью ($p_FDR=0,96$). Этот профиль напрямую поддерживает исходную модель: риск связан прежде всего с поведенческими способами разрядки напряжения, тогда как самооценка тревожности не объясняет различия в уровне риска. Половые различия оценивались через размер эффекта (Hedges' g , предпочтительный при умеренных выборках), и выявлено, что юноши имеют более высокий уровень рискованного поведения ($g=0,66$; $p<0,001$), то есть различие находится в диапазоне средних эффектов.

Для проверки независимого вклада предикторов построена множественная линейная регрессия с контролем пола и возраста, поскольку цель заключалась не только в констатации парных ассоциаций, но и в оценке

уникального вклада каждой переменной при учёте потенциальных смешивающих факторов. Выбор линейной модели оправдан тем, что индекс рискованного поведения является количественной величиной, а регрессионный подход позволяет разделить совместно распределённую дисперсию предикторов (например, частично общую для агрессивности и самоповреждений). В расчётах использованы робастные стандартные ошибки (НС3) как защита от гетероскедастичности и влияния наблюдений с высоким рычагом, что особенно актуально для поведенческих показателей, склонных к асимметрии распределений. В регрессионном анализе использовались робастные стандартные ошибки (НС3) и проверка влияющих наблюдений, чтобы выводы меньше зависели от неоднородности данных и отдельных экстремальных случаев.

Рассчитанная модель в целом значима и объясняет около трети вариативности индекса рискованного поведения ($R^2 \approx 0,32$). При контроле пола и возраста сохраняются два независимых предиктора: инструментальные самоповреждения ($b=1,93$; $p=0,003$) и агрессивность ($b=0,22$; $p=0,04$), тогда как личностная тревожность самостоятельного вклада не демонстрирует. Наконец, анализ чувствительности к влияющим наблюдениям (по Cook's distance) был включён как проверка устойчивости выводов. Он показал, что ассоциация рискованного поведения с инструментальными самоповреждениями наиболее стабильна, тогда как вклад агрессивности более чувствителен к отдельным наблюдениям и потому интерпретируется как вторичный предиктор.

Обсуждение. Полученный паттерн (связь индекса рискованного поведения с инструментальными самоповреждениями и агрессивностью при отсутствии связи с тревожностью) поддерживает интерпретацию риска как поведенческого выхода сбоя эмоционально-регуляторного контура. Психическое напряжение «сбрасывается» через действие, а не через субъективно фиксируемый дистресс. В логике регуляции эмоций Дж. Гросса это соответствует смещению от когнитивной переработки и переоценки к более непосредственным, реактивным стратегиям, где аффект разряжается в поведении [2]. В объектно-отношенческой модели Отто Кернберга сходный механизм описывается через «отыгрывание», когда неинтегрированный аффект, в том числе агрессия, выражается в поступке и частично минует уровень осознаваемой тревоги [10]. Биопсихосоциальная рамка Дж. Энгеля помогает объяснить, почему при внешне «немой» симптоматике возможны выраженные поведенческие проявления: психологический механизм дисрегуляции может быть видим прежде всего на поведенческом уровне, а не в самоотчёте о тревоге. Отсутствие значимой связи с личностной тревожностью хорошо укладывается в различие интернализирующего и экстернализирующего каналов у Т. Ахенбаха: тревожность отражает переживание, тогда как индекс рискованного поведения – экспозицию к риску и готовность к действиям. С этой точки зрения рискованное поведение «кодируется» как экстернализирующий паттерн саморегуляции, а не как производная тревожного дистресса.

Особое значение имеют инструментальные самоповреждения как наиболее устойчивый предиктор. Функциональная модель самоповреждений М. Нока и модель избегания переживаний у А. Чэпмена, К. Гратц и М. Браун позволяют понять этот результат как проявление негативного подкрепления: поведение закрепляется, потому что быстро снижает напряжение или возвращает субъективное чувство контроля [8,11]. В терминах саморегуляции Р. Баркли это можно рассматривать как дефицит поведенческого торможения и переход к «быстрым» регуляторным решениям, когда исполнительный контроль уступает место импульсивным действиям. Связь индекса рискованного поведения с агрессивностью дополнительно согласуется с трактовкой агрессии у А. Басса и М. Перри как относительно стабильной диспозиции, которая повышает вероятность реактивных выборов в ситуациях фрустрации и неопределённости. В модели стресс-оценки и совладания Р. Лазаруса и С. Фолкман рискованное поведение и агрессивность могут выступать как неадаптивные формы эмоционально-ориентированного совладания, особенно когда конструктивные стратегии регуляции доступны хуже или требуют больших когнитивных затрат {Citation}.

Возрастной контекст ранней взрослости, описанный Дж. Арнеттом как период нормативной неопределённости и вариативности жизненных сценариев, повышает вероятность таких поведенческих экспериментов без обязательного роста хронической тревоги [1].

С точки зрения авторской контурной модели психического здоровья это уточняет диагностическую логику: показатели тревожности отражают интернализирующий канал дисрегуляции, тогда как рискованное поведение, инструментальные самоповреждения и агрессивность являются маркерами экстернализирующего канала в пределах эмоционально-регуляторного контура.

Следовательно, при практическом скрининге уязвимости в вузе опора только на тревожность методически недостаточна, такой подход не позволяет выделять группу с высоким поведенческим риском. Наконец, результаты задают внутреннюю гипотезу развития модели: рост поведенческой дисрегуляции при длительном сохранении должен повышать «цену адаптации» и, через накопление нагрузок, создавать условия для после-

дующего истощения функционально-ресурсного контура, что можно может быть оценено через учет объективируемых показателей ресурса (сон, утомляемость, когнитивная выносливость) без обращения к тяжёлым клиническим исходам.

Заключение. Полученные данные позволяют рассматривать рискованное поведение у студентов как маркер поведенческой дисрегуляции в функционально-эмоциональном периметре, его вариативность в большей степени определяется инструментальными формами несуйцидальных самоповреждений и агрессивностью, чем выраженностью личностной тревожности.

Это уточняет прикладную логику оценки уязвимости: симптомный скрининг дистресса, сфокусированный на тревожности, с высокой вероятностью не позволяет выделять группу лиц, у которых напряжение реализуется преимущественно через действие, риск-экспозицию и «быстрые» способы саморегуляции. Практически это означает, что диагностически релевантным становится не только вопрос «насколько человек тревожен», но и «как именно он сбрасывает напряжение и регулирует себя», то есть какие поведенческие стратегии используются в условиях нагрузки.

Для медицинско-психологической практики результаты обосновывают включение поведенческих индикаторов (несуйцидальные самоповреждения, агрессивность, рискованное поведение) в первичный скрининг и последующий мониторинг. На уровне организации помощи это может быть реализовано как двухконтурная схема: краткий массовый онлайн-скрининг, ориентированный как на симптомный, так и на поведенческий канал, и углублённая диагностика студентов с повышенными поведенческими показателями в области рискованного поведения, даже при невысоких значениях тревожности.

Такой подход позволит повысить точность маршрутизации внутри университетских служб, обеспечит адресное распределение ресурсов и создаст возможности планировать профилактику с учётом профилей регуляторных трудностей.

Гендерные различия по уровню рискованного поведения задают необходимость дифференцированного профилактического дизайна: различаться могут язык коммуникации, формат (групповой/индивидуальный, очный/цифровой), акценты (контроль импульсов, навыки эмоциональной регуляции, управление провоцирующими ситуациями), при неизменности общей цели – замещении инструментальных стратегий разрядки более адаптивными.

Потенциал внедрения в образовательной среде связан с тем, что поведенческие индикаторы хорошо поддаются операционализации и цифровой интеграции: возможны короткие шкалы для регулярного мониторинга, автоматизированная интерпретация профиля риска и стандартизированные рекомендации по уровню профилактики (универсальная, селективная, индикативная) без обсуждения тяжёлых клинических исходов в рамках данного формата.

В качестве содержательной основы профилактических программ наиболее оправданы модули, направленные на навыки регуляции напряжения, поведенческого торможения и альтернативы «быстрой разрядки» (самонаблюдение триггеров, навыки отсрочки импульса, поведенческая замена, восстановительные практики), с обязательным компонентом оценки эффективности по динамике поведенческих показателей, а не только по самоотчётной тревожности.

Дальнейшие исследования целесообразно развивать в трёх направлениях. Во-первых, продольное исследование (2-4 замера за семестр) позволит дифференцировать устойчивые индивидуальные особенности от ситуативных колебаний и проверить цепочку модели «дисрегуляция - рост цены адаптации - снижение ресурса», добавив контроль показателей сна, утомляемости и когнитивной выносливости.

Во-вторых, необходимо провести психометрическую оценку предложенного индекса рискованного поведения: факторная структура, инвариантность по полу, оценка предиктивной валидности и порогов для практического скрининга (вместо использованного в данном исследовании медианного деления).

В-третьих, исследуемые психологические механизмы можно уточнить с помощью моделей опосредования и модерации: например, проверить, выступают ли инструментальные самоповреждения «связующим звеном» между агрессивностью и риском, а пол и стрессовые условия – факторами, которые усиливают или ослабляют эти связи. Дополнительно можно использовать экологическую моментальную оценку, чтобы фиксировать в повседневной жизни цепочку «напряжение - импульс - действие».

Совокупно это позволит перевести текущий результат на уровень проверяемых механистических гипотез и укрепить доказательную базу для внедрения контурно-ориентированного скрининга и профилактики в вузовской психологической службе.

Список литературы

1. Arnett J. J. Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties // Am. Psychol. 2000. Т. 55, № 5. С. 469–480.
2. Gross J. J. The emerging field of emotion regulation: An integrative review // Rev. Gen. Psychol. 1998. Т. 2, № 3. С. 271–299.
3. Ханин Ю. Л. Краткое руководство к применению шкалы реактивной и личностной тревожности Ч. Д. Спилбергера. Ленинград: ЛНИИФК, 1976. 18 с.
4. Beck A. T. Cognitive therapy and the emotional disorders. New York, NY: International Universities Press, 1976. 356 с.
5. Lazarus R. S., Folkman S. Stress, appraisal, and coping. New York, NY: Springer Publishing Company, 1984. 456 с.
6. Barkley R. A. Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: Constructing a unifying theory of ADHD // Psychol. Bull. 1997. Т. 121, № 1. С. 65–94.
7. Achenbach T. M. The classification of children's psychiatric symptoms: A factor-analytic study // Psychol. Monogr. Gen. Appl. 1966. Т. 80, № 7. С. 1–37.
8. Nock M. K. Why do people hurt themselves? New insights into the nature and functions of self-injury // Curr. Dir. Psychol. Sci. 2009. Т. 18, № 2. С. 78–83.
9. Engel G. L. The need for a new medical model: A challenge for biomedicine // Science. 1977. Т. 196, № 4286. С. 129–136.
10. Kernberg O. F. Borderline conditions and pathological narcissism. New York, NY: J. Aronson, 1975. 361 с.
11. Chapman A. L., Gratz K. L., Brown M. Z. Solving the puzzle of deliberate self-harm: The experiential avoidance model // Behav. Res. Ther. 2006. Т. 44, № 3. С. 371–394.

Информация об авторах, руководителе:

Хавыло Алексей Викторович

Калужский государственный университет им. К.Э. Циолковского (ФГБОУ ВО «КГУ»), Калуга, Россия
кандидат психологических наук, ORCID 0000-0003-2739-0136, khavyloav@tksu.ru

Работа выполнена самостоятельно

ПСИХОПРОФИЛАКТИКА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ ПРИ ОКАЗАНИИ ПОМОЩИ СЕМЬЯМ УЧАСТНИКОВ СПЕЦИАЛЬНОЙ ВОЕННОЙ ОПЕРАЦИИ.

М.А.Буткевич*, О.В. Козловская, Д.Н.Чугунов

Государственное казенное учреждение здравоохранения
психоневрологический диспансер №4,
г. Санкт-Петербург

Институт медицинского образования ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России

Источник финансирования: бюджет.

Ключевые слова: психопрофилактика, профессиональное выгорание, эмоциональное выгорание, семьи участников СВО, эмпатия.

Аннотация. Представлено краткое описание программы психопрофилактики профессионального выгорания для помогающих специалистов, непосредственно работающих с семьями участников СВО (n=90). Была использована анкета актуальности и методика QCAE. На основе полученных результатов сформулированы базовые принципы программы, интегрирующие критически значимые элементы саморегуляции в профессиональную деятельность.

Введение. Оказание профессиональной помощи участникам СВО и их семьям, как правило, сопряжено с высоким уровнем мотивации при непосредственном соприкосновении с выраженной растерянностью, тревогой, страхом, раздражением, апатией, тоской, а в некоторых случаях переживанием потери близкого человека, в связи с чем можно говорить о повышенных рисках эмоционального выгорания. Выгорание как отражение динамики рассогласования между требованием профессии и специалистом часто описывается трехфакторной моделью С.Maslach [1, 2], комбинирующей симптомы эмоционального истощения, деперсонализации и цинизма, а также впечатление профессиональной несостоятельности или недостаточной продуктивности. С.Maslach рассматривает выгорание как результат истощения в процессе профессионального общения с людьми («перегрузка»), а также как длительный конфликт интенций человека с условиями их реализации, например когда уровень профессионализма превосходит функциональные обязанности («недогрузка») [3]. Н.Е. Водопьянова и Е.С. Старченкова [4] считают выгорание феноменом личностной деформации, связанный с долгосрочными, эмоционально насыщенными и сложными межличностными взаимодействиями. Отмечается отсутствие единого мнения относительно механизмов этого феномена. Например, Л.А.Китаев-Смык считает, что выгорание развивается при истощении механизмов психологической защиты и адаптации [5], а наблюдения В.В.Бойко показывают, что выгорание может рассматриваться как самостоятельный механизм психологической защиты [6]. Н.В. Гришина под эмоциональным выгоранием понимает результат рефлексии человека в процессе сложного взаимодействия его личности с многомерной профессиональной средой [7]. По мнению О.В.Рыбиной, в основе механизма формирования профессионального стресса лежит сочетание высокого контроля над проявлениями негативных реакций, высокого уровня тревоги, пессимистичности и снижения способности к интегрированности поведения в стрессовых ситуациях профессиональной деятельности [8]. Наши исследования показывают важность интеграции критически значимых элементов саморегуляции в профессиональной деятельности помогающих специалистов.

Содержание. Учитывая актуальность, была разработана психопрофилактическая программа для специалистов, оказывающих профессиональную помощь участникам СВО и членам их семей, а также группам населения, находящихся в ситуации длительного стрессового напряжения. В программе психопрофилактики приняло участие 90 специалистов, в группах по 8-10 участников, занятия включали 3 встречи по 1-1.5 часа в экспресс-формате интегративно-развивающей психотерапии с элементами когнитивно-поведенческой,

* Конради Александра Олеговна, д.м.н., профессор, академик РАН; Институт медицинского образования ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России (научный руководитель),

Абриталин Евгений Юрьевич, д.м.н., профессор; Институт медицинского образования ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России (научный руководитель).

гештальт и арт-терапевтической модальностей. Отмечалось, что после прохождения уровень интереса к теме психопрофилактики повышался. Так, первоначально актуальность определялась на уровне 70% с дисперсией 14 пунктов, а после актуальность увеличивалась на 8%, а разброс данных снижался до 10. Важно подчеркнуть общий позитивный настрой и профессиональную заинтересованность, наблюдаемые во всех группах, актуальность задаваемых вопросов, а также относительно удовлетворительное психоэмоциональное состояние участников. Как правило, участники выделяли элементы второго («недостаток топлива») и третьего («хронические симптомы») этапов профессионального выгорания по Дж.Гринбергу [9].

Предложенные задания актуализировали переживания, размышления и установки, связанные с непосредственными эпизодическими и повседневными профессиональными действиями. Например, участникам предлагалось вспомнить любой значимый эпизод, непосредственно связанный с их работой. В большинстве случаев первые воспоминания-ассоциации носили позитивный или нейтральный характер: «вот я иду на работу», «вот я беседую с посетителями», «вот я пишу отчеты» и т.д., что предлагалось дополнить уточнениями, «а какие при этом ощущения в теле, эмоциональные переживания, мысли»? Для перехода к проблемным кейсам акцент смещался на определение уровня дискомфорта. Полученный материал рассматривался группой как ранее не узнаваемый, не прожитый, не понятный, не осознанный. Что указывает на недостаточный уровень интегрированности полученного профессионального опыта, актуализировавшегося в контексте темы «эмоционального выгорания». Переосмысление способствовало преодолению растерянности, «а что с этим делать?», «я и забыла об этом, надо же» и благодаря эффекту психотерапевтической эксплорации и самораскрытия, совместному узнаванию, проживанию и разделению рассматриваемых переживаний «я не один такой, у моих коллег тоже так бывает, об этом можно говорить». Ведущий при этом помогает структурировать реакции на нейтральные, позитивные и негативные (избегая оценки хорошие-плохие) и в процессе группового обсуждения сформировать более конструктивные установки: нейтральные воспоминания связаны с ценностью стабильности, уравновешенности, позитивные воспоминания с благодарностью, признанием, возможностью передачи опыта, отрицательные воспоминания позволяют осознать стоящие за ними фрустрированные ценности и потребности. В ситуации группы бывает полезным обсуждение вариантов поведения в конфликтных и неоднозначных ситуациях с переходом к относительно более конструктивным стратегиям совладания. Например, при рассмотрении трех базисных реакций на стресс «бей-бег-замри», подчеркивалась важность креативных стратегий преодоления стресса.

Результаты. Исследование выявило высокий уровень развития эмпатических способностей участников, одинаковую выраженность когнитивного и аффективного компонентов эмпатии, относительное преобладание децентрации как способности понимать, принимать и учитывать точку зрения других людей, их позицию и взгляды, умение посмотреть на ситуацию «с другого ракурса». В аффективном компоненте отмечено существенное преобладание проксимальной чувствительности как эмоциональной реакции при наблюдении за настроением и чувствами людей, с которыми индивид находится в тесном социальном контакте, что может рассматриваться как катализирующий механизм профессионального выгорания при работе с родственниками участников СВО. Интерпретация полученных результатов отражает тенденцию к эмоциональному слиянию и подчеркивает важность обучения навыкам завершения и выхода из ситуаций клиента, перехода из крайне стрессовых реакций по типу «бей-бег-замри» к более креативным и конструктивным. Исследование динамики психофизического состояния в начале и при завершении тренинговых занятий вывило относительно высокий устойчивый уровень самочувствия, повышение состояния активности и бодрости в среднем на 11%, улучшение настроения на 10%, что отражает актуализацию и усиление мотивации, конструктивно-ресурсных стратегий совладания со стрессом в контексте обсуждаемой темы. В результате были сформулированы базовые принципы программы психопрофилактики профессионального выгорания для помогающих специалистов:

1. Поддержание баланса между деликатностью при раскрытии темы профессионального выгорания и актуализацией развития профессионально значимых навыков эффективной саморегуляции и коммуникативных навыков преодоления конфликтов.
2. Поддержание баланса контекстных переносов двухуровневой (профессиональной и личностной) коммуникации на занятиях и при взаимодействии с родственниками участников СВО.
3. Создание возможности обмена опытом при обсуждении проблемных кейсов участников с комментариями медицинского психолога. Сочетание элементов теории и практики.
4. Создание атмосферы эмоциональной поддержки, уважения к профессионально-обусловленным и личностно-значимым переживаниям и установкам участников как условие для символического выражения и переосмысления негативного опыта.

Таким образом, разработанная программа психопрофилактики профессионального выгорания, сфокусированная на особенностях коммуникации, осознании, конструктивном отношении и интеграции поведенческих реакций на профессионально-стрессовые ситуации показывает свою значимость и эффективность.

Литература.

1. Maslach C, Jackson S. E. Maslach burnout inventory manual (2nd ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1986.
2. Maslach C, Schaufeli W.B, Leiter M.P. Job burnout. Annual Review of Psychology. 2001; 52: 397-422. doi:10.1146/annurev.psych.52.1.397
3. Maslach C, Leiter M.P. Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. World psychiatry. 2016; 15 (2): 103-111.
4. Водопьянова Н.Е., Старченкова Е.С. Синдром выгорания. Диагностика и профилактика. Москва: Юрайт, 2025.с.299
5. Китаев-смык Л.А. Выгорание персонала: выгорание личности. выгорание души. Психопедагогика в правоохранительных органах. 2008; 2 (33): 41-50
6. Бойко В.В. Синдром эмоционального выгорания в профессиональном общении. СПб, 2009.с.278
7. Гришина Н.В. Помогающие отношения: профессиональные и экзистенциальные проблемы. В кн: Психологические проблемы самореализации личности. СПб.: Санкт-Петербургский государственный университет, 1997: 143-156
8. Рыбина О.В. Психологические характеристики врачей в состоянии профессионального стресса: диссертация кандидата психологических наук: 19.00.04. Санкт-Петербург, 2005. с.159
9. Гринберг Дж. Управление стрессом. Питер, 2002.с.496

Информация об авторах:

Буткевич Михаил Александрович, Государственное казенное учреждение здравоохранения психоневрологический диспансер №4, г. Санкт-Петербург, Россия; Институт медицинского образования ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России; ORCID: 0009-0007-6063-5189

Козловская Ольга Владимировна, Государственное казенное учреждение здравоохранения психоневрологический диспансер №4, г. Санкт-Петербург, Россия; ORCID: 0009-0005-4469-3026

Чугунов Даниил Николаевич, Государственное казенное учреждение здравоохранения психоневрологический диспансер №4, г. Санкт-Петербург, Россия; кандидат психологических наук; ORCID: 0000-0003-3244-6261; steelpluses@list.ru

АДАПТАЦИОННЫЕ РЕСУРСЫ, КОГНИТИВНАЯ И ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ РЕПРЕЗЕНТАЦИЯ БОЛЕЗНИ У ЛИЦ С РАЗЛИЧНОЙ ПОЛУШАРНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ КОРКОВЫХ ИШЕМИЧЕСКИХ ИНСУЛЬТОВ

А.С. Полякова*, С.В. Фролова.

ГБУЗ АО «Архангельская клиническая психиатрическая больница», Архангельск

Источник финансирования: научное исследование инициативное, не финансируемое

Ключевые слова: жизнестойкость, совладающее поведение, убеждения о болезни, эмоциональное восприятие, инсульт, полушарие

Аннотация: Изучены адаптационные ресурсы, когнитивная и эмоциональная репрезентация последствий инсульта 50 респондентов и 100 лиц условной нормы. Выявлены различия в предпочитаемых копинг-стратегиях и выраженности жизнестойких убеждений; **понятность** последствий инсульта зависят от уровня образования; убеждения о болезни и эмоциональный отклик различен при правополушарных очагах.

Введение. Столкновение с болезнью рассматривается негативная ситуация, приводящая к психологическому кризису, выход из которого во многом обусловлен адаптационными ресурсами личности [1-3]. Последствия ОНМК (острых нарушений мозгового кровообращения) многообразны и включают в себя как нарушения двигательных и чувствительных функций, так и изменения в когнитивной и эмоционально-личностной сферах [4,5]. Lo Bueno V., Corallo F. продемонстрировали прямую взаимосвязь между проблемно-ориентированными стратегиями совладания и более высокой субъективной оценкой качества жизни у лиц, перенёсших инсульты [6].

Известно, что при очаговых поражениях левого полушария эмоциональная сфера страдает в меньшей степени, сохраняется более реалистическая оценка приобретённых дефицитов и обнаруживаются преимущественно невротические реакции [7-9]. Тогда как правополушарные инсульты сопровождаются специфическими эмоциональными нарушениями: безучастность, бедность аффективного отклика, либо напротив – эмоциональная лабильность, эйфоричность, беспечность [10-12].

Цель одномоментного ретроспективного исследования – выявление особенностей совладающего поведения, жизнестойкости, базисных убеждений о болезни и её эмоционального восприятия у лиц, перенёсших корковые ишемические инсульты. Сбор данных реализован на базе диспансерного отделения ГБУЗ АО «Архангельская клиническая психиатрическая больница». В исследовании приняли участие 150 человек (100 лиц из числа условной нормы – добровольцы из числа служащих и студентов). Характеристики выборочной совокупности представлены в табл.1.

Таблица 1. Характеристика выборочной совокупности (N = 150)

Респонденты	N	Возраст M (SD)	Мужчины	Женщины
Лица условной нормы	100	50,9 (7,1)	47	53
Лица с ОНМК	50	53,6 (7,5)	26	24
Левополушарные инсульты	25	54,1 (6,02)	14	11
Правополушарные инсульты	25	52,4 (6,9)	14	11

* – корреспондирующий автор

Научный руководитель: Фролова Светлана Валериевна, ORCID: 0000-0003-0988-3228 / кандидат психологических наук, доцент кафедры педагогики и медицинской психологии ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова Минздрава РФ (Сеченовский университет) e-mail: frolova-s80@mail.ru.

Критерии включения в клиническую выборку: наличие в анамнезе коркового ишемического инсульта в теменно-затылочной области правого и левого полушарий; поздний восстановительный период после ОНМК; сохранность познавательных функций и критических способностей (лёгкая или субъективная степень когнитивного снижения); отсутствие тяжёлых двигательных нарушений и иных соматических заболеваний; наличие мотивации на заполнение опросников.

Были использованы следующие психометрические инструменты: опросник COPE-30 (Одинцова М.А., Радчикова Н.П., Александрова Л.А., 2022); краткая шкала жизнестойкости, Алфимова М.В., Голимбет В.Е., 2012), опросник когнитивных представлений о болезни (Сирота Н.А., Московченко Д.В., 2014); краткий опросник восприятия болезни (Ялтонский В.М., Ялтонская А.В., Сирота Н.А., Московченко Д.В., 2017); госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS, Морозова М.А., Потанин С.С., Бениашвили А.Г. и соавт., 2023).

В качестве характеристики положения и рассеяния количественных данных использовались среднее и стандартное отклонение ($M \pm SD$). Для межгрупповых сравнений – Т-критерий Стьюдента для независимых выборок. Выявление зависимости между переменными осуществлялось с помощью однофакторного дисперсионного анализа (ANOVA).

Результаты. Результаты проведённого сравнительного анализа адаптационных ресурсов, эмоционального состояния в группе условно здоровых лиц и клинической выборке представлены в табл.2.

Таблица 2. Межгрупповые различия совладающего поведения, жизнестойкости и актуального состояния в клинической выборке (N=50) и в группе сравнения (N=100), Т-критерий Стьюдента

Параметр	Группа	M (SD)	P
Использование инструментальной социальной поддержки	1	4,72 (1,61)	$\leq 0,001$
	2	5,99 (1,69)	
Активное совладание	1	5,44 (1,13)	0,001
	2	6,26 (1,91)	
Сдерживание	1	4,8 (2,08)	$\leq 0,001$
	2	6,04 (1,57)	
Подавление конкурирующей деятельности	1	4,5 (1,99)	$\leq 0,001$
	2	5,9 (1,85)	
Планирование	1	5,52 (2,15)	$\leq 0,001$
	2	7,02 (1,34)	
Общая жизнестойкость	1	29,2 (3,63)	0,01
	2	31,4 (5,38)	
Контроль	1	10,06 (1,97)	0,001
	2	11,13 (2,58)	
Депрессия	1	8,36 (4,67)	$\leq 0,001$
	2	5,14 (2,94)	
Общий дистресс	1	14,56 (5,45)	0,002
	2	11,22 (7,48)	

Примечание: «1» — лица с последствиями инсульта; «2» — условно здоровые.

У лиц, перенёвших корковые инсульты, выявлялись более низкие значения по стратегиям совладания «использование инструментальной социальной поддержки», «активное совладание», «сдерживание», «подавление конкурирующей деятельности» и «планирование». Респонденты с последствиями инсульта оценива-

ли общую жизнестойкость её как низкую. Также выраженность структурного компонента «контроль» была ниже в клинической выборке. Лица с последствиями сосудистых катастроф демонстрировали субклинически выраженные депрессивные переживания.

Различия в эмоциональном восприятии болезни в зависимости уровня образования представлены в табл.3.

Таблица 3. Результаты однофакторного дисперсионного анализа (ANOVA) в клинической выборке (N=50)

Уровень образования	Средние значения (М)			F	p
	Общее среднее образование	Среднее специальное образование	Высшее образование		
Эмоциональное восприятие болезни					
Воспринимаемая понятность болезни	2,6	6,75	8,47	12,26	0,001
Обеспокоенность болезнью	2,8	6,6	7,8	5,30	0,008

Как следует из табл. 3., более высокий уровень образования способствовал возрастанию воспринимаемой понятности болезни, а также увеличению обеспокоенности последствиями приобретённых дефицитов.

Результаты сравнительного анализа выраженности базовых убеждений о болезни и её эмоционального восприятия у лиц с различной полушарной локализацией инсультов представлены в табл.4.

Таблица 4. Межгрупповые различия базовых убеждений о болезни и её эмоционального восприятия у лиц с правополушарными (N =25) и левополушарными (N =25) инсультами, Т-критерий Стьюдента

Параметр	Группа	M (SD)	p
Убеждения из фактора «Беспомощность»	1	15,4 (5,07)	0,05
	2	12,28 (5,95)	
Воспринимаемые последствия	1	7,76 (2,52)	0,01
	2	5,56 (3,24)	
Идентификация болезни	1	7,76 (1,89)	0,002
	2	5,04 (3,55)	
Эмоциональное реагирование на болезнь	1	6,84 (2,59)	0,01
	2	4,76 (2,87)	
Фактор «Угроза»	1	35,48 (6,69)	0,004
	2	26,16 (13,48)	

Примечание: «1» — лица с левополушарными инсультами; «2» — лица с правополушарными инсультами.

Как следует из табл.4., респонденты с сосудистыми катастрофами в левом полушарии оценивали последствия как более тяжёлые, отмечали большее понимание приобретённых дефицитов и присваивали их, а также демонстрировали более интенсивный отклик на болезнь. Респонденты с перенесёнными инсультами в левой гемисфере оценивали последствия как более жизнеугрожающие. Участники с левополушарными инсультами демонстрировали более высокую сформированность убеждений из фактора «беспомощность», который объединяет убеждения о собственной несостоятельности и уязвимости вследствие нарушения здоровья.

Заключение. Таким образом, лица с последствиями инсульта менее склонны прибегать к копинг-стратегиям, входящим в адаптивные стили совладания. Они оценивают собственную жизнестойкость как низкую, тогда как условно здоровые лица отмечают средний уровень сформированности жизнестойких убеждений. Участники клинической группы обнаруживали субклинические проявления депрессии. Описанные феномены указывают на необходимость разработки более дифференцированных подходов психологического сопровождения постинсультных больных на поздних этапах восстановления. Ограничениями исследования можно считать размер клинической выборки, отсутствие в её составе подгрупп респондентов с различной долевой локализацией инсультов.

Список литературы:

1. Леонтьев Д.А. Развитие личности в норме и в затрудненных условиях: вызовы и ресурсы. Культурно-историческая психология. 2014; 3:97–106.
2. Смирнов Н. В., Селин А. В. Адаптационные ресурсы личности в ситуациях хронического соматического заболевания. Таврический журнал психиатрии. 2018; 83:47–51.
3. Zhang L, Wong Y. Hardiness and Thinking Styles: Implications for Higer Education. Journal of Cognitive Education and Psychology. 2011; 10(3):294-307.
4. Антипенко Е.А., Ерохина М. Н., Фаткина, Д. А. Когнитивные и эмоциональные нарушения после инсульта: возможности медикаментозной коррекции. Нервные болезни. 2020; 4:44–51.
5. 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; 2:32–39.
6. Lo Buono V, Corallo F, Bramanti P, Marino S. Coping strategies and health-related quality of life after stroke. Journal of Health Psychology. 2017; 22(1):16–28.
7. Визель Т.Г., Шабетник О.И. Нарушения высших психических функций и их восстановление при поражениях правого полушария мозга. М.: В. Секачев, 2018. 102 с.
8. Григорьева В. Н., Сорокина Т. А. Анозогнозия у больных острым полушарным ишемическим инсультом. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2016; 2:22–30.
9. Ермакова Н. Г. Психологические особенности больных с последствиями инсульта в зависимости от локализации очага поражения. Вестник СПбГУ. 2008; 11(3):24–31.
10. Ермакова Н. Г. Психологическая коррекция самооотношения у больных с когнитивными нарушениями после инсульта. Известия РГПУ им. А. И. Герцена. 2014; 167:90–103.
11. Кузюкова А. А., Беляева И. А., Пёхова Я. Г., Юрова О. В., Фесюн А. Д. Особенности психических нарушений при право- и левополушарной локализации инсульта на фоне двигательной реабилитации: сравнительное исследование. Вестник восстановительной медицины. 2023; 6:64–72.
12. Visser M, Aben L, Heijenbrok-Kal M, Busschbach J, Ribbers G. The relative effect of coping strategy and depression on health-related quality of life in patients in the chronic phase after stroke. Journal of Rehabilitation Medicine, 2014; 46(6):514–519.

Информация об авторах:

Полякова Алена Сергеевна – ГБУЗ АО «Архангельская клиническая психиатрическая больница», Российская Федерация, Архангельск, медицинский психолог; ORCID: 0000-0002-8140-5100; e-mail: avt3.29apnd@yandex.ru.

ДИНАМИКА ПСИХИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ МОБИЛЬНЫХ ПРИЛОЖЕНИЙ В ПРОФИЛАКТИКЕ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

К. М. Самарханова*, В. А. Розанов

(ФГБОУ ВО СПбГУ, НМИЦ ПН им. В. М. Бехтерева, Санкт-Петербург)

Источник финансирования: грант РНФ № 24-28-00713

Ключевые слова: суицидальная превенция, мобильные приложения, оценка эффективности, динамика состояния

Аннотация. В данной работе оценивается динамика психического состояния женщин с суицидальным риском при использовании ими мобильных приложений для поддержания психического здоровья. Сравниваются показатели актуального состояния, уровни депрессии, тревоги и стресса, выраженность суицидальных мыслей до и после месяца использования приложений, а также описываются особенности процесса их использования.

Введение. Суицидальное поведение является одной из главных причин преждевременной смертности молодых людей во всем мире. По данным ВОЗ, суицид находится на втором месте в рейтинге причин смерти молодых женщин. Риск совершения попытки суицида у женщин может быть почти вдвое выше, чем у мужчин. Более того, в последние годы, молодые женщины постепенно приближаются к мужским показателям завершённых суицидов. Существующие традиционные методы оказания помощи – телефоны доверия, кризисные центры, психотерапия, группы поддержки – доступны не всегда, однако кризис может наступить в любой момент, требуя незамедлительного вмешательства. Данную проблему могут частично решать современные технологии, обеспечивая непрерывность и доступность помощи. Наиболее популярными в сфере цифровой помощи на данный момент являются мобильные приложения (МП) благодаря своему удобству и возможностям персонализации, однако данные об их влиянии на психическое состояние остаются ограниченными и неоднозначными [1].

Цель исследования. Комплексное изучение психосоциальных характеристик молодых женщин с суицидальным риском, пользующихся МП для поддержания психического здоровья, а также оценка влияния данных приложений на их психическое состояние в динамике в течение месяца. Предполагается, что психосоциальные характеристики молодых женщин и выраженность суицидального риска определяют особенности восприятия, процесса использования мобильных приложений и их влияние на психическое состояние пользовательниц в динамике. Также ожидается снижение уровней депрессии, тревоги, стресса и выраженности суицидальных мыслей, а также улучшение актуального психического состояния в результате использования МП.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 42 молодые женщины в возрасте от 18 до 33 лет ($M = 23,62 \pm 3,774$), набравшие более 7 баллов по опроснику суицидального поведения «SBQ-R» [2]. С каждой из них было проведено полуструктурированное интервью, ознакомление с МП, разработка индивидуального плана использования МП («Nepanika» и «Moodi – КПТ-дневник эмоций»), также предлагалось заполнить следующие психодиагностические методики: опросник «Определение актуального состояния» [3]; опросник «DASS-21» для скрининг-диагностики депрессии, тревоги и стресса в русскоязычной адаптации [4]; четыре вопроса для оценки динамики суицидальной идеации [5]. По итогам месяца использования МП участницы проходили вышеперечисленные опросники повторно, а также давали обратную связь.

Результаты. Все участницы исследования имели повышенные исходные уровни депрессии, тревоги и стресса, также были снижены показатели активации, тонуса и физического самочувствия. Средний балл по SBQ-R составил $12,52 \pm 2,873$. По данным полуструктурированного интервью, основной мотивацией участниц было желание начать работать над улучшением своего состояния с помощью более простых и доступных методов. Около половины участниц также планировали в дальнейшем обратиться за помощью к специалисту и воспринимали использование МП как первый шаг на пути к избавлению от суицидальных мыслей. Треть участниц отметили, что испытывают страх перед специализированными учреждениями, однако не имеют финансовой возможности обратиться к платному специалисту. 29 участниц (69%) одновременно пользовались двумя МП, и лишь 13 (31%) остановились на одном МП, имеющем отдельный раздел по работе с суицидальными мыслями. Чаще всего участницы пользовались функциями «План безопасности»

* – корреспондирующий автор

и «Дневник эмоций». 40,5% участниц пользовались приложением ежедневно, 26,2% – несколько раз в неделю, оставшиеся пользовались МП лишь по необходимости. В течение месяца 42,9% участниц обращались к исследователю с различными вопросами. Подробные данные об особенностях использования МП представлены в таблице 1.

Таблица 1
Особенности использования МП

Характеристики		Количество участниц
Регулярность использования МП	Ежедневно	17 (40,5%)
	Регулярно (3–4 раза в неделю)	11 (26,2%)
	По необходимости (1–2 раза в неделю)	8 (19%)
Продолжение работы с МП по окончании исследования	Требовались напоминания	6 (14,3%)
	Да, продолжили	20 (47,6%)
	Нет, прекратили	22 (52,4%)
Количество обращений к исследователю в процессе использования МП	Не обращались	24 (57,1%)
	Обращались 1–3 раза	15 (14,3%)
	Обращались более 3 раз	3 (7,2%)
Используемые приложения	«Nepanikar» («Без паники»)	13 (31%)
	«Nepanikar» («Без паники») + «Moodi – КППТ-дневник эмоций»	29 (69%)
Используемые функции	План безопасности	38 (90,5%)
	Дневник эмоций	32 (76,2%)
	Дневник позитивных моментов	27 (64,3%)
	Работа с негативными установками	24 (57,1%)
	Дыхательные упражнения	17 (40,5%)
	ИИ-анализ записей (Moodi)	26 (61,9%)

Для оценки выраженности различий между состоянием участниц до и после месяца использования МП был проведен тест знаковых рангов Вилкоксона для связанных выборок. Было обнаружено достоверное повышение показателей активации, тонуса, самочувствия, возбуждения, а также снижение уровня тревоги, депрессии, стресса, снижение субъективной вероятности совершить самоубийство в будущем (вопрос № 4 опросника Османа), а также общее снижение баллов суицидального мышления. В таблице 2 представлены данные о средних показателях участниц до и после использования МП, 95% доверительные интервалы, а также результаты анализа с использованием критерия Вилкоксона.

Таблица 2
Сравнение средних показателей до и после использования приложения

Шкала	N	До, M (95% ДИ)	После, M (95% ДИ)	Z	p
Активация	42	36,52 (32,96–40,08)	42,64 (39,28–46,01)	-4,275	0,000
Тонус	42	37,74 (35,31–40,17)	42,81 (40,36–45,26)	-4,122	0,000
Самочувствие	42	35,33 (29,18–41,48)	44,43 (41,53–47,33)	-4,883	0,000

Спокойствие	42	42,79 (39,88–45,69)	41,76 (39,03–44,5)	-0,664	0,507
Возбуждение	42	40,12 (37,35–42,89)	43,64 (40,83–46,46)	-2,511	0,012
Тревога	42	11,76 (10,38–13,14)	8,6 (7,31–9,88)	-4,576	0,000
Депрессия	42	13,55 (11,83–15,27)	10,24 (8,66–11,81)	-4,83	0,000
Стресс	42	12,38 (11,1–13,67)	10,6 (9,38–11,81)	-2,787	0,005
SBQ-R (вопрос №4)	20	2,7 (2,05–3,35)	2,35 (1,68–3,02)	-2,646	0,008
Суицидальная идеация	22	11,77 (9,77–13,78)	9,05 (7,43–10,66)	-3,572	0,000

По данным, полученным в ходе сбора обратной связи, было выявлено, что большую приверженность МП проявляли участницы с умеренно выраженными уровнями депрессии и суицидального риска. Участницы, использовавшие МП на регулярной основе, были более удовлетворены достигнутыми результатами в отличие от использовавших МП лишь по необходимости.

Обсуждение. Результаты говорят в целом о положительном влиянии МП на состояние участниц. Различия в состоянии до и после использования МП оказались небольшими, однако были подтверждены на статистически значимом уровне. Полученные результаты сопоставимы с данными других аналогичных исследований, что говорит о потенциальной эффективности цифровых технологий при умеренной выраженности психологических проблем.

Заключение. Таким образом, использование МП действительно может в некоторой степени улучшить общее психическое состояние пользовательниц, а также снизить уровень суицидального риска. Полученные результаты подтверждают, что МП могут быть использованы для целей профилактики суицидального поведения, однако все же требуют участия специалиста и могут выступать скорее вспомогательным инструментом.

Список литературы

1. Розанов, В. А., Самерханова К. М., Шаболтас А. В. Смартфоны и превенция суицидов (краткий нарративный обзор перспектив специализированных мобильных приложений). Суицидология. 2024; 15 (1): 83–104.
2. Osman A. et al. The Suicidal Behaviors Questionnaire-Revised (SBQ-R): validation with clinical and nonclinical samples. Assessment. 2001; 8 (4): 443–454.
3. Куликов Л. В. Определение доминирующего и актуального психического состояния. Практикум по психологии состояний. СПб.: Речь, 2004.
4. Руженкова В. В., Руженков В. А., Хамская И. С. Русскоязычная адаптация теста DASS-21 для скрининг-диагностики депрессии, тревоги и стресса. Вестник психиатрии, неврологии и нейрохирургии. 2019; 10: 39–46.
5. Розанов В. А. и др. Психо-социальные особенности подростков с различной выраженностью суицидальных мыслей и действий. Тюменский медицинский журнал. 2013; 15 (3): 24–25.

Работа проводилась при поддержке гранта РНФ № 24-28-00713 «Протективные факторы суицидального поведения студенческой молодежи».

Информация об авторах:

Самерханова Камилла, Марселевна, ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», Санкт-Петербург, Россия, студентка 6 курса, <https://orcid.org/0000-0002-1312-2416>, e-mail: st089367@student.spbu.ru.

Розанов Всеволод Анатольевич, ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет, ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия, доктор медицинских наук, профессор, <https://orcid.org/0000-0002-9641-7120>, e-mail: v.rozanov@spbu.ru.

Работа выполнена самостоятельно.

КОМОРБИДНОСТЬ ДЕПРЕССИВНОЙ И ТРЕВОЖНОЙ СИМПТОМАТИКИ КАК ПРЕДИКТОР РИСКОВАННОГО УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ У ПАЦИЕНТОВ С ТРЕВОЖНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ В КОНТЕКСТЕ ИЕРАРХИЧЕСКОЙ ТАКСОНОМИИ ПСИХОПАТОЛОГИИ

Радионон Д.С.¹, Караваева Т.А.^{1,3,4,5} Васильева А.В.^{1,2},

¹Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3

²Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 191015, Санкт-Петербург, ул. Кирочная, д. 41

³Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Санкт-Петербургский государственный университет», 199034, Санкт-Петербург, Университетская набережная, д. 7–9

⁴Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2

⁵Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н.Н. Петрова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 197758, Санкт-Петербург, пос. Песочный, ул. Ленинградская, д. 68

Источник финансирования: государственное задание ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России на 2024–2026 гг. (№ XSOZ 2024 0014)

Ключевые слова: тревожные расстройства, рискованное употребление алкоголя, депрессивная симптоматика, коморбидность, эмоциональная регуляция, иерархическая таксономия психопатологии

Проведено кросс-секционное исследование 120 пациентов с тревожными расстройствами для изучения роли депрессивной симптоматики в формировании паттернов употребления алкоголя. Установлена статистически значимая опосредующая роль депрессивных проявлений между тревогой и рискованным употреблением алкоголя при генерализованном тревожном расстройстве.

Введение. Тревожные расстройства, депрессивная симптоматика и рискованное употребление алкоголя формируют взаимоусиливающий клинический континуум, снижающий эффективность терапии и качество жизни пациентов [1]. Несмотря на высокую коморбидность этих состояний, механизмы, опосредующие переход от умеренного к рискованному употреблению алкоголя, остаются недостаточно изученными. Современные концепции, в частности иерархическая таксономия психопатологии, рассматривают депрессивную симптоматику не как отдельное коморбидное расстройство, а как компонент единого патогенетического континуума интернализованных расстройств с нарушениями эмоциональной регуляции в качестве трансдиагностического механизма [2].

Основная часть. Проведено кросс-секционное исследование 120 пациентов (60 с эпизодической тревогой — паническое расстройство, социальные и специфические фобии; 60 с генерализованным тревожным расстройством) в возрасте 18–60 лет, проходивших лечение в ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» (одобрено этическим комитетом № ЭК-И-68/22 от 17.11.2022) [3]. Критериями исключения были наличие других психических расстройств по МКБ-10, выраженная соматическая патология, интеллектуально-мнестическое снижение и суицидальный риск. Оценка проводилась с использованием шкалы Гамильтона для тревоги, шкалы Монтоммери–Асберг для депрессии и шкалы ретроспективного анализа употребления алкоголя Timeline Followback. Статистический анализ выполнен с применением критериев Манна–Уитни, χ^2 Пирсона, корреляции Спирмена и медиационного анализа (модель 4, PROCESS).

Выявлены статистически значимые различия в динамике алкогольного поведения в зависимости от формы тревожного расстройства. У 55,0% пациентов с эпизодической тревогой отмечался спонтанный отказ от алкоголя одновременно с манифестацией симптомов («синдром спонтанных ремиссий»), тогда как у 51,7% пациентов с генерализованным тревожным расстройством наблюдалось прогрессивное нарастание употребления алкоголя по мере развития симптоматики. Рискованное употребление алкоголя достоверно чаще встречалось при генерализованном тревожном расстройстве (41,67% против 13,40%; $\chi^2=34,670$; $p<0,001$). Депрессивная

симптоматика при генерализованном тревожном расстройстве достигала умеренной степени выраженности (медиана по шкале Монтгомери–Асберг 29,0 баллов) против минимальной при эпизодической тревоге (4,0 балла; $p < 0,001$). Установлена градиентная зависимость между уровнем употребления алкоголя и тяжестью депрессивной симптоматики ($\rho = 0,825$; $p < 0,001$). Медиационный анализ подтвердил статистически значимую опосредующую роль депрессивной симптоматики между тревогой и употреблением алкоголя при генерализованном тревожном расстройстве (косвенный эффект = 0,0400; 95% доверительный интервал [0,0152; 0,0694]), что указывает на выбор алкоголя как дезадаптивной стратегии регуляции негативного аффекта.

Заключение. Характер тревожного расстройства определяет модель алкогольного поведения: при эпизодической тревоге преобладает спонтанный отказ от алкоголя, при генерализованном тревожном расстройстве — прогрессивное нарастание употребления. Депрессивная симптоматика выступает статистически значимым медиатором, опосредующим связь между тревогой и рискованным употреблением алкоголя, что согласуется с концепцией единого патогенетического континуума интернализированных расстройств [4]. Полученные данные обосновывают необходимость комплексной оценки депрессивной симптоматики у пациентов с тревожными расстройствами даже при отсутствии формальных критериев депрессивного расстройства, поскольку этот компонент может определять выбор дезадаптивных стратегий совладания и влиять на эффективность терапии. Выявленные закономерности указывают на целесообразность ранней коррекции коморбидной депрессивной симптоматики как профилактической стратегии снижения риска формирования алкогольной зависимости.

Список литературы:

1. Радионов Д.С., Караваева Т.А. Клинические характеристики пациентов с тревожными расстройствами, имеющих определенный уровень употребления алкоголя. Вопросы наркологии. 2024; 36(3): 56-71.
2. Kotov R., Krueger R.F., Watson D. A paradigm shift in psychiatric classification: the Hierarchical Taxonomy Of Psychopathology (HiTOP). World Psychiatry. 2018;17(1):24-25. doi:10.1002/wps.20478
3. Радионов Д.С., Караваева Т.А., Васильева А.В., Пастарнак А.В. Коморбидность депрессии и тревоги как предиктор рискованного употребления алкоголя: исследование в контексте Иерархической таксономии психопатологии (HiTOP). Вопросы наркологии. 2026;38(1):17-34.
4. Conway C.C., Forbes MK, Forbush KT, et al. A Hierarchical Taxonomy of Psychopathology Can Transform Mental Health Research. Perspect Psychol Sci. 2019;14(3):419-436. doi:10.1177/1745691618810696

Информация об авторах:

Радионо́в Дми́трий Серге́евич : младший научный сотрудник отделения лечения пограничных психических расстройств и психотерапии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, (Россия, 192019, г. Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3), ORCID 0000-0001-9020-3271 e-mail: dumradik@mail.com

Татья́на А́рту́ровна Караваева, доктор медицинских наук, главный научный сотрудник, руководитель отделения лечения пограничных психических расстройств и психотерапии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России; профессор кафедры медицинской психологии и психофизиологии ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет»; профессор кафедры общей и прикладной психологии с курсами медико-биологических дисциплин и педагогики ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России; ведущий научный сотрудник научного отдела инновационных методов терапевтической онкологии и реабилитации ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии имени Н.Н. Петрова» Минздрава России; eLibrary SPIN: 4799-4121; ORCID: 0000-0002-8798-3702. SPIN-код: 4799-4121 e-mail: tania_kar@mail.ru 25

Анна Влади́мировна Васи́льева: доктор медицинских наук, главный научный сотрудник отделения лечения пограничных психических расстройств и психотерапии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации (Россия, 192019, г. Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3), доцент кафедры психотерапии и сексологии ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (195015, г. Санкт-Петербург, Кирочная ул., 41), ORCID 0000-0002-5116-836X SPIN-код: 2406-9046 e-mail: annavdoc@yahoo.com

Работа выполнена самостоятельно.

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПОСТОПЕРАЦИОННОЙ КОГНИТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ДЕТЕЙ 7-15 ЛЕТ

В. В. Катунова

ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России,
г. Нижний Новгород

Источник финансирования: внутренняя инициативная НИР ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России.

Ключевые слова: послеоперационная когнитивная дисфункция (ПОКД), дети, нейрокогнитивные расстройства, когнитивные функции, послеоперационный период, когнитивное нарушение

Аннотация. *Исследование посвящено оценке динамики уязвимых когнитивных функций у детей 7-15 лет после операций под общим наркозом. Выявлены модели нарушения и восстановления когнитивных функций, подтверждающие наличие ПОКД у детей. Обоснована необходимость и основные мишени когнитивной реабилитации детей.*

Введение. Послеоперационная когнитивная дисфункция (ПОКД) является значимой проблемой для здравоохранения. Изначально она была описана и преимущественно изучается у взрослых, однако в последние десятилетия объектом исследования становятся и дети. ПОКД отсутствует в классификации DSM-5 и характеризуется разнородными критериями диагностики. Это состояние имеет полиэтиологичную природу и представляет собой мультимодальное расстройство, в основе патогенеза которого лежат нейровоспаление, окислительный стресс, снижение синаптической пластичности, дисфункция нейротрансмиттерных систем и эпигенетические модификации [1]. Критерием для постановки ПОКД служит дефицит в одной или нескольких когнитивных сферах. Наиболее часто при оценке анализируют нарушения таких аспектов познания, как концентрация и переключение внимания, вербальная и невербальная оперативная и кратковременная память, речевые функции, пространственный гнозис и праксис, реже – зрительный гнозис и праксис, абстрактное мышление, счет, а также управляющие функции мозга (*executive function*): когнитивную гибкость, ингибиторный контроль, временной гнозис и праксис, проблемно-ориентированное мышление и планирование [2]. Клинически эти нарушения выражаются в снижении наиболее активных и энергозатратных когнитивных процессов, умственной работоспособности, ухудшении восприятия, обработки, анализа, запоминания, сохранения и воспроизведения информации. Согласно современным данным, хирургическое вмешательство в ряде случаев может приводить и к улучшению когнитивных функций, феномену, известному как послеоперационное когнитивное улучшение [3].

Актуальность. Несмотря на то, что выраженный гомеостатический резерв у детей повышает их устойчивость к нейрокогнитивным расстройствам, изучение и диагностика ПОКД в этой возрастной группе важны для определения величины «когнитивного резерва» и предварительной оценки возможностей его компенсации после операции (что существенно для эффективности последующего обучения). Ключевой задачей в этой области является формирование единого перечня наиболее уязвимых когнитивных функций – неврологических мишеней на основе данных об этиопатогенезе ПОКД. Не менее важна унификация методического и инструментария для оценки ПОКД у детей.

Материал и методы. Целью нашей работы был анализ динамики когнитивных показателей, наиболее чувствительных к нейровоспалению [4], у детей после операций под общим наркозом. В исследование включили 22 ребенка (68,2% мальчиков) 7-15 лет из ожогового отделения Института травматологии и ортопедии ПИМУ. Диагностика проводилась с помощью стандартного набора нейропсихологических проб для детей школьного возраста. Исследуемые когнитивные параметры: объем вербальной и невербальной оперативной памяти (пробы «Запоминание 10 слов» А.Р. Лурия и «запоминание числовых рядов»), устойчивость внимания, вработываемость и динамика работоспособности (проба «черно-белые таблицы» Р. Шульте), речевые показатели: смысловая адекватность и программирование речи, грамматическое и лексическое оформление (проба «рассказ по серии картинок»), гибкость мышления (проба «анаграммы»), тормозной контроль (проба «звуковая схема»), временная компетентность (пробы «часы» и «ориентация во времени»), зрительно-пространственная ориентация (пробы «Сложные фигуры»), логический интеллект (тест Дж. Равена). Обследование выполняли накануне операции (замер 1, контрольная точка), на 2-3 сутки (замер 2) и на 12-14 сутки (замер 3) после вмешательства.

Полученные результаты, Обсуждение. Результаты показали, что все выявленные нарушения когнитивного потенциала являются легкими (снижение не превышает 20%). Большинство оцененных функций продемонстрировало тенденцию к восстановлению. Динамика показателей в группе (N=22) соответствовала четырем моделям:

- 1) «Нарушение»: последовательное снижение на 2-м и 3-м замерах – вербальная оперативная память, когнитивная устойчивость, работоспособность;
- 2) «Колебание 1 типа»: снижение на 2-м замере с последующим повышением на 3-м – устойчивость внимания, зрительно-пространственная ориентация;
- 3) «Колебание 2 типа»: повышение на 2-м замере со снижением на 3-м – тормозной контроль, временная компетентность;
- 4) «Стабилизация»: последовательное улучшение на 2-м и 3-м замерах – вработываемость, речевые характеристики, объем невербальной оперативной памяти, гибкость мышления, логический интеллект.

Таким образом, проявления ПОКД отражены в моделях «Нарушение» и «Колебание 1 типа». Эти функции могут служить мишенями для индивидуальной оценки когнитивного риска у детей в постоперационный период. Динамика по моделям «Колебание 2 типа» и «Стабилизация» не отражает собственно ПОКД. Изменения тормозного контроля, вероятно, связаны с нейровоспалением, а временной компетентности – с функциональной обучаемостью детей. Наиболее выраженные нарушения выявлены в вербальной оперативной памяти, когнитивной устойчивости, работоспособности, а также в функциях модели «Колебание 1 типа», относящихся к комплексным управляющим функциям головного мозга (обеспечиваются лобно-долевыми структурами).

Заключение. В целом, наличие ПОКД у обследованных детей можно считать выраженным феноменом, требующим мероприятий по когнитивной реабилитации, поскольку даже к 12-14 дню восстановление ряда функций остается неполным. Для детей-пациентов такое снижение представляет серьезную проблему, так как может негативно влиять на эффективность обучения. Данное обстоятельство указывает на необходимость медикаментозной и/или немедикаментозной поддержки детей данной возрастной группы при операциях под общей анестезией. Актуальными остаются задачи по организации нейропсихологической (когнитивной) реабилитации в послеоперационном периоде. Выделенные уязвимые функции могут служить мишенями для оценки индивидуального когнитивного риска и планирования нейропротективных вмешательств в качестве возможной профилактики ПОКД (с учетом ее неврологических предикторов).

Список литературы

1. Levy RJ, Herbstman JB, Bosnjak ZJ, et al. Biomarkers, genetics, and epigenetic studies to explore the neurocognitive effects of anesthesia in children. *Journal of Neurosurgical Anesthesiology*. 2016; 28(4):384–388.
2. Золотарева Л. С., Запуниди А. А., Адлер А. В., Степаненко С. М., Папонов О. Н. Диагностика послеоперационной когнитивной дисфункции у детей. *Вопросы современной педиатрии*. 2021; 20(1):23–30.
3. Berger M, Nadler JW, Brown-dyke J, et al. Postoperative cognitive dysfunction: Minding the gaps in our knowledge of a common postoperative complication in the elderly. *Anesthesiology Clinics*. 2015; 33(3):517–550.
4. Han FF, Wang XM, Zhang HJ, et al. Predictors and occurrence of postoperative cognitive dysfunction in children undergoing noncardiac surgery: A prospective cohort study. *Ibrain*. 2022; 9(2):148–156.

Информация об авторах:

Катунова Валерия Валерьевна, ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России, г. Нижний Новгород, Россия, кандидат биологических наук, доцент, ORCID 0000-0002-7775-1545, katunova@mail.ru.

Работа выполнена самостоятельно

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ СТУДЕНТОВ: ОПЫТ САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКОГО ПОЛИТЕХНИЧЕСКОГО УНИВЕРСИТЕТА ПЕТРА ВЕЛИКОГО

А.К.Калугина, А.Ю. Кузьмин*, Д.Г. Попова, А.Ю. Филимонова, А.А. Вексин, В.В. Судакова

(Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Санкт-Петербургский политехнический университет Петра Великого», г. Санкт-Петербург)

Источник финансирования: нет

Ключевые слова: психологическая служба, психолог образования, психическое здоровье, здоровье студентов.

Аннотация: настоящая работа является результатом обобщения и описания деятельности Санкт-Петербургского политехнического университета в области психического здоровья студентов. На примере служб учреждения показаны принципы и методы работы с контингентом обучающихся, рассмотрены основные результаты деятельности психологической службы.

Введение. Психическое здоровье студентов представляет собой актуальную проблему общественного здравоохранения. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения, у каждого седьмого человека в возрасте 10–19 лет в мире имеется то или иное психическое расстройство [1]. Причем, статистика подтверждает преимущественную распространенность тревожно-депрессивных расстройств и высокую статистику самоубийств в качестве одной из ведущих причин смертности в возрасте 15–29 лет. Обширный обзор отечественных и зарубежных публикаций по теме психических расстройств студентов показал, что студенты сильно подвержены развитию тревожно-депрессивных и иных расстройств, что в целом характеризует эту группу как особо уязвимую [2]. Более того, исследователями отмечено, что уровень проявления симптоматики напрямую связан с доступом к ресурсам поддержки [3]. В настоящее время имеются работы [4], которые представляют агрегированную информацию о результатах деятельности психологических служб образовательных организаций высшего образования (далее – ООВО). Однако с точки зрения руководства ООВО отдельный интерес могут представлять конкретные примеры создания и работы служб ООВО в сфере психического здоровья студентов.

Цель настоящей статьи – провести систематизацию опыта работы и на примере структур Санкт-Петербургского Политехнического Университета (далее – СПбПУ, Политех) описать комплексные принципы и подходы к поддержанию психического здоровья студентов.

Материал и методы исследования. Политех является одной из ведущих инженерных ООВО в стране. Психологическое сопровождение студентов осуществляется Центром Психологического Сопровождения «Точка Опоры» (далее – ЦПС), который реализует свою деятельность в рамках Управления Молодежной Политики (далее – УМП). Соответственно, основным источником информации для настоящего анализа выступили документы и материалы УМП, а также внутренние документы и статистика обращений в ЦПС за 2025 год.

Результаты. Модель молодежной политики УМП СПбПУ представляет собой 4 хронологических этапа жизненного цикла студента: первое касание (адаптация, знакомство с университетом), погружение (студенческая жизнь, сообщества, самоуправление), лидерство (конкурсы, гранты, проекты), наставничество (передача опыта, партнерство и экспертное сообщество) [5]. Благодаря погружению в социальный контекст на каждом из этапов организованы ресурсы для всестороннего развития личности и поддержания психического здоровья. В Политехе на данный момент действует 55 студенческих объединений – карьерные, творческие, межкультурные, экологические, предпринимательские, медийные, патриотические, общественные, научные, спортивные [6]. Работа с лидерами таких объединений и их членами является также и способом расширения поля воздействия психологов ЦПС Политеха. Согласно Письму Минобрнауки РФ [7], в психологических службах рекомендовано иметь «не менее 1 единицы [психолога] на 1000 обучающихся», что зачастую затруднительно или невозможно реализовать. Активно психологическое просвещение и освоение первичных методов самопомощи и помощи сверстникам дает возможность снять нагрузку по первичному выявлению или предотвращению девиантного поведения студентов. Молодые люди из числа лидеров и активистов студенческих объединений могут самостоятельно продвигать ценность психологических знаний и пользоваться

базовыми навыками психологической поддержки.

В рамках непосредственной деятельности психологической службы Политеха на студентов приходится около 97% всех обращений. Для учёта психологами был разработан кодификатор тем в соответствии с наиболее часто встречающимися обращениями. Статистика за 2025 год (N=1287 чел.) представлена в таблице 1 ниже:

Таблица 1
Статистика обращений в ЦПС СПбПУ (N=1278 чел.)

Категория обращения	Кол-во обращений	Процент от общего числа
Отношения с окружающими	474	37%
Тревога и страхи	277	22%
Эмоциональные состояния и стресс	227	18%
Самооценка и уверенность в себе	131	10%
Психотравмы, потери, горе	44	4%
Личность и идентичность	43	3%
Продуктивность и самоменеджмент	32	2%
Принятие решений и выбор	25	2%
Учёба и образование	15	1%
Профессия и карьера	10	1%

Психологи делают и отметки в случае особых обращений. Так за III, IV кварталы 2025 года специалистами было сделано 46 отметок в дополнении к общей категоризации. Они включали упоминание острых психотических реакций в анамнезе, случаев самоповреждения, насилия, stalking и суицидальных мыслей. Подобные случаи ложатся в основу точечных групп поддержки или справочных материалов, распространяемых в среде университета.

Кроме того, ежегодные медицинские осмотры и проведение социально-психологического тестирования по профилактике и раннему выявлению потребления наркотических и психотропных веществ позволяет отслеживать отклонения медицинского (психиатрического, неврологического и наркологического) профиля студентов. Реализуется перенаправление и рекомендация посещения профильных специалистов и последующее совместное сопровождение студентов с клинической симптоматикой.

Обсуждение. Успешное сопровождение студентов возможно при соблюдении следующих принципов, которые были выделены с учётом опыта практической работы УМП и ЦПС:

- $\frac{3}{4}$ развитие студенческих объединений и активное приобщение студента к социальной жизни ООВО;
- $\frac{3}{4}$ продвижение принципа помощи «равный равному» и активное психологическое просвещение в студенческой среде;
- $\frac{3}{4}$ профильная работа психологической службы ООВО с контролем динамики и тематик обращений, реагированием на наиболее актуальные запросы и сопровождением групп риска;
- $\frac{3}{4}$ взаимодействие с медицинской службой, а также профильными медицинскими организациями во внешнем контуре ООВО.

Заключение. Поддержание психического здоровья современного студента – это результат комплексного биопсихосоциального подхода в структуре ООВО. Сопровождение студентов в контексте поддержания их благополучия требует высокой координации деятельности отдельных служб, активного включения руководства, ответственных за молодежную политику, а также развития сети самопомощи.

Список литературы:

1. World Health Organization. Mental health of adolescents: fact sheets. WHO Newsroom. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health> (20 April 2026)
2. Чайка Ю. А., Баранов М. Л. Распространенность психических расстройств у студентов и современные подходы к их профилактике. Обзорение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. 2025; 59(3):25–39.
3. Setia S, Gupta A, Mendiratta S, et al. Innovating social-emotional learning to enhance positive engagement of youth with social media: a comprehensive review of why and how. Cureus. 2024; 16:e69315
4. Ерицын К. Ю., Антонова Н.А., Клопкова Е.А., Цветкова Л.А. Психологические службы российских вузов—мониторинговое исследование практик и ресурсов. Психологическая наука и образование. 2025; 5:49–61.
5. Санкт-Петербургский политехнический университет Петра Великого. Молодежная политика: официальный сайт СПбПУ. <https://www.spbstu.ru/molodezh/> (20 April 2026)
6. Санкт-Петербургский политехнический университет Петра Великого. Студенческие объединения: официальный сайт СПбПУ. <https://www.spbstu.ru/studorg/> (20 April 2026)
7. Минобрнауки России. «О направлении методических рекомендаций» (вместе с «Методическими рекомендациями по организации психологической службы в образовательных организациях высшего образования», «Методическими рекомендациями по организации психологического просвещения в образовательных организациях высшего образования», «Методическими рекомендациями по подбору специалистов для психологических служб образовательных организаций высшего образования»): Письмо от 06.12.2023 № МН-11. КонсультантПлюс. https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_464497/ (20 April 2026)

Информация об авторах:

Калугина Анна Константиновна – директор Центра Психологического Сопровождения «Точка опоры», Санкт-Петербургский политехнический университет Петра Великого, Санкт-Петербург.

Кузьмин Андрей Юрьевич – психолог Центра Психологического Сопровождения «Точка опоры», Санкт-Петербургский политехнический университет Петра Великого, Санкт-Петербург. ORCID: 0000-0002-7879-2613. Email: kuzmin-a.y@yandex.ru

Попова Дарья Геннадьевна – психолог Центра Психологического Сопровождения «Точка опоры», Санкт-Петербургский политехнический университет Петра Великого, Санкт-Петербург.

Филимонова Анна Юрьевна – психолог Центра Психологического Сопровождения «Точка опоры», Санкт-Петербургский политехнический университет Петра Великого, Санкт-Петербург.

Викснин Алексей Андреевич – психолог Центра Психологического Сопровождения «Точка опоры», Санкт-Петербургский политехнический университет Петра Великого, Санкт-Петербург.

Судакова Вероника Валерьевна – психолог Центра Психологического Сопровождения «Точка опоры», Санкт-Петербургский политехнический университет Петра Великого, Санкт-Петербург.

Работа выполнена самостоятельно.

ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТЕЛЕФОННОГО ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ В РАБОТЕ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

А.Г. Софронов, Н.В. Воробьева, А.Е. Добровольская*, А.Н. Гвоздецкий, А.В. Бочаров

ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет
им. И.И. Мечникова», Санкт-Петербург

СПб ГКУЗ «Городская психиатрическая больница № 3 им. И.И. Скворцова-Степанова»,
Санкт-Петербург

ФГБОУ ВО «Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена»,
Санкт-Петербург

Источник финансирования: инициативное исследование, дополнительное финансирование не требовалось.

Ключевые слова: Психологическое консультирование, пандемия новой коронавирусной инфекции (COVID-19), психиатрический стационар, психологическая поддержка, качество медицинской помощи.

Аннотация. В период пандемии COVID-19 возникла потребность пересмотреть традиционные подходы к взаимодействию врачей-психиатров с родственниками пациентов психиатрической больницы. Для снижения стресса, вызванного невозможностью личного общения, в крупном психиатрическом стационаре была организована телефонная служба психологической поддержки родственников пациентов. В статье представлен опыт работы службы и перспективы его использования.

Введение. С началом пандемии появилась необходимость в пересмотре стандартных методов общения с родственниками пациентов. Для уменьшения стресса, вызванного невозможностью личного контакта между родственниками и медицинским персоналом, была организована телефонная горячая линия для дистанционных психологических консультаций. На этой линии работали квалифицированные медицинские психологи.

Актуальность. Пандемия нарушила привычный уклад жизни и негативно повлияла на социальные взаимодействия в здравоохранении, особенно при оказании помощи людям с психическими расстройствами [1]. В большинстве стран были срочно сокращены очные консультации. В России в марте 2020 года был прекращен доступ всех посетителей в стационарные медицинские учреждения, за исключением лиц с соответствующими служебными полномочиями. Это сделало невозможным общение между специалистами психиатрических стационаров и родственниками пациентов в прежнем формате. Родственники пациентов, не имея возможности посещать своих близких, беседовать с лечащим врачом и другими медицинскими работниками в отделениях, а также с представителями администрации больницы, оказались в информационном вакууме. Они испытывали сильную тревогу и значительное эмоциональное напряжение, остро нуждаясь в информационной и психологической поддержке [2].

Цель данного исследования — анализ опыта работы медицинских психологов, занимающихся дистанционным консультированием родственников пациентов в формате телефонной горячей линии, а также изучение взаимодействия между медицинским психологом, лечащим врачом, пациентом и его родственниками в условиях пандемии COVID-19. **Материалы и методы.** Исследование было посвящено деятельности службы дистанционного психологического консультирования СПб ГКУЗ «ГПБ № 3 им. И.И. Скворцова-Степанова» в условиях пандемии COVID-19 с марта 2020 года по март 2022 года. В психиатрическом стационаре была перепрофилирована часть коек (до 250 одновременно) для лечения пациентов с психическими расстройствами и COVID-19. Для оценки эффективности работы службы были изучены ежедневные отчёты специалистов — медицинских психологов. Отчёты содержали следующие данные: количество звонков, время, затраченное на консультацию, тип запроса (справочный, психокоррекционный, коммуникационный, проблемно-ориентированный), используемые методы психологической поддержки и коррекции.

Результаты. Работа горячей линии была направлена на обеспечение качественного и доступного консультирования родственников пациентов психиатрического отделения. Основные задачи включали оперативное решение актуальных вопросов, предоставление профессиональной информации и психологической помощи, а также профилактику и разрешение проблемных ситуаций. Для обеспечения работы была выделена многоканальная телефонная линия, на которой работали два медицинских психолога. Рабочее место специалистов

было оснащено современными техническими средствами: цифровым телефоном с функцией удержания вызова, наушниками, микрофоном, компьютером с доступом к интернету и медицинской информационной системе. Номер горячей линии был размещён на информационных стендах больницы, официальном сайте и в социальной сети «ВКонтакте». С марта 2020 года горячая линия работала два раза в неделю, предоставляя консультации по вопросам организации психиатрической помощи в условиях карантина. В связи с увеличением спроса и усложнением эпидемиологической ситуации с мая 2020 года служба перешла на ежедневный режим работы, включая выходные и праздничные дни. Основное внимание в разговорах с родственниками уделялось психологической поддержке и помощи в решении их проблем. Ежедневно на горячую линию поступало до 100 звонков от родственников пациентов. За год количество обработанных обращений составило десятки тысяч. Вопросы, с которыми обращались родственники, были классифицированы по тематическим группам. Основные задачи психолога-консультанта включали выслушивание, предоставление информации и применение психокоррекционных техник. Эти техники помогали снизить эмоциональное напряжение и найти конструктивное решение проблемы. Ведение служебной документации было обязательным. Эффективность работы горячей линии оценивалась по количеству и обоснованности жалоб на деятельность учреждения. Анализ обращений граждан с 2018 по 2022 годы показал, что несмотря на запрет на личное общение, количество жалоб осталось на допандемийном уровне. По результатам проверок не было зафиксировано ни одной обоснованной жалобы. Это свидетельствует о высокой эффективности работы службы психологической поддержки.

Обсуждение. Психическое заболевание становится серьезным психотравмирующим фактором, который сильно влияет на близких пациента. Родственники часто не имеют достаточных знаний о возможностях психиатрической помощи, сталкиваются с трудностями в общении с врачами и могут испытывать отвержение со стороны общества и потерю поддержки. Они также подвергаются стигматизации и самостигматизации [3]. В таких условиях им необходима комплексная психосоциальная и психотерапевтическая помощь. Болезнь кардинально меняет систему внутрисемейных отношений. Пандемия COVID-19 ухудшила ситуацию. Обычные способы взаимодействия с медицинскими специалистами были заблокированы, и доступ к врачам стал затруднен. Это дезорганизовало поведение родственников пациента, что негативно сказалось на лечении. Наблюдалось усиление неконструктивных эмоциональных реакций: эмоциональная нестабильность, тревога, конфликтность, пассивность, избегание и использование неадекватных способов адаптации. Привлечение медицинских психологов обеспечило доступность и оперативность связи родственников с врачами, дифференцированный подход к решению проблем и снижало нагрузку на медицинский персонал. За весь период полного прекращения визитов родственников не поступило ни одной жалобы на карантинные меры. Взаимодействие медицинского психолога с родственниками предоставляло медицинскому персоналу обратную связь о семейной ситуации, психологическом состоянии родственников и их потребностях. На основе этой информации разрабатывались рекомендации медицинскому персоналу для улучшения взаимодействия с родственниками пациентов. Важной рекомендацией для врачей было признание естественности эмоциональных реакций родственников, вызванных стрессом и осознание, что негативные эмоции не отражают их отношение к конкретному специалисту.

Заключение. Дистанционное психологическое консультирование через телефон и интернет оптимизирует лечение, улучшает взаимодействие участников и повышает удовлетворенность услугами [4]. В будущем такой подход расширит охват населения психо-образовательными мероприятиями и поможет бороться со стигматизацией.

Список литературы.

1. Gautam M., Thakrar. A. et al. Current and Future Challenges in the Delivery of Mental Healthcare during COVID-19. SN Compr Clin Med., 2020; 7:865-870.
2. McDowell C., Herring M. Associations Between Employment Changes and Mental Health: US Data From During the COVID-19 Pandemic. Front. Psychol. 2021; 12:e631510.
3. Хритинин Д.Ф., Некрасов М.А. Влияние психической болезни на семейное окружение пациента (результаты социологического опроса). Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2013; 9:75–78.
4. Скрипов В.С., Семенова Н.В., Кочорова Л.В. и др. Телемедицинские технологии в психиатрии и наркологии глазами специалистов. Медицинские технологии. Оценка и выбор. 2019; 4:49–54.

Информация об авторах:

Софронов Александр Генрихович – ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, СПб ГКУЗ «Городская психиатрическая больница № 3 им. И.И. Скворцова-Степанова», Санкт-Петербург, Россия; доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент РАН, ORCID: 0000-0001-6339-0198; e-mail: alex-sofronov@yandex.ru

Воробьева Наталья Вячеславовна – СПб ГКУЗ «Городская психиатрическая больница № 3 им. И.И. Скворцова-Степанова»; ФГБОУ ВО «Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена», Санкт-Петербург, Россия; ORCID: 0009-0005-7821-912X; e-mail: yriy_vorobiev@mail.ru

Добровольская Алла Евгеньевна – ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, СПб ГКУЗ «Городская психиатрическая больница № 3 им. И.И. Скворцова-Степанова»; Санкт-Петербург, Россия; кандидат медицинских наук, доцент, ORCID: 0000-0002-3582-6078; e-mail: maxmmm@yandex.ru

Гвоздецкий Антон Николаевич – ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, СПб ГКУЗ «Городская психиатрическая больница № 3 им. И.И. Скворцова-Степанова»; Санкт-Петербург, Россия; кандидат медицинских наук, ORCID: 0000-0001-8045-1220; e-mail: Gvozdetskiy_AN@hotmail.com

Бочаров Алексей Викторович – ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России; Санкт-Петербург, Россия; кандидат медицинских наук, ORCID: 0009-0003-8742-4796; e-mail: drbocharov@mail.ru

Работа выполнена самостоятельно.

ОСОБЕННОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОГО ПСИХОЛОГА КАБИНЕТА МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ ВНЕ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

А.Г. Софронов, Н.В. Воробьева, А.Е. Добровольская*, А.Н. Гвоздецкий

ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет
им. И.И. Мечникова», Санкт-Петербург

СПб ГКУЗ «Городская психиатрическая больница № 3 им. И.И. Скворцова-Степанова»,
Санкт-Петербург

ФГБОУ ВО «Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена»,
Санкт-Петербург

Источник финансирования: инициативное исследование, дополнительное финансирование не требовалось.

Ключевые слова: Психологическое консультирование, медицинский психолог, кабинет медико-психологического консультирования, клиническая психология.

Аннотация. В работе приводятся данные анализа отдельных показателей работы медицинских психологов кабинетов медико-психологического консультирования (КМПК), развернутых в районных поликлиниках Санкт-Петербурга в 2023-2024 годах. Исследование показало значимость и популярность услуг, предоставляемых медицинскими психологами КМПК, а также потребность в совершенствовании имеющихся подходов.

Введение. В последние годы наблюдается совершенствование нормативно-правовой базы, регулирующей деятельность специалистов в сфере охраны психического здоровья [1]. Действующий Порядок оказания медицинской помощи при психических и поведенческих расстройствах предусматривает широкий спектр функций кабинета медико-психологического консультирования (КМПК), включая проведение клинико-психологических исследований и консультирование пациентов и их семей по вопросам, связанным с имеющимся заболеванием, стрессовыми ситуациями, особенностям поведения и эффективной коммуникацией. КМПК также участвует в оказании помощи лицам с психическими расстройствами, вызванными стрессом, включая посттравматическое стрессовое расстройство. Особенно важной функцией КМПК является раннее выявление лиц с признаками психических расстройств и их дальнейшая маршрутизация для получения специализированной психолого-психотерапевтической и психиатрической помощи в профильных учреждениях.

Актуальность. Непрерывное наблюдение за состоянием психического здоровья, профилактика и лечение психических расстройств с последующими реабилитационными мероприятиями лежат в основе защиты и улучшения качества жизни, благополучия, продуктивной деятельности граждан и способствуют повышению устойчивости общества к внешним воздействиям негативного характера [2,3]. В современной практике оказания медицинской помощи при психических расстройствах наблюдается тенденция к тесному взаимодействию между медицинским психологом и врачами-психиатрами. Однако, в контексте работы медицинского психолога в кабинетах медико-психологической помощи, расположенных вне психиатрических учреждений, возникает уникальная ситуация. Отсутствие четкого регламента взаимодействия между специалистами различных профилей, такими как психиатр/психотерапевт и медицинский психолог, придает деятельности последнего значительную степень автономности. Эта особенность вызывает закономерный интерес к исследованию данного вопроса и подчеркивает его высокую **Актуальность**. В период с 2023 по 2024 годы в медицинских организациях (МО) непсихиатрического профиля наблюдается массовое создание КМПК. Это явление свидетельствует о растущем признании важности интеграции медико-психологической помощи в общую систему здравоохранения, что, в свою очередь, требует более глубокого изучения особенностей и эффективности работы медицинских психологов в подобных условиях.

Цель исследования — провести количественный и качественный анализ работы медицинских психологов КМПК в медицинских организациях Санкт-Петербурга и на основе полученных данных определить направления совершенствования психологической помощи населению и оптимизации работы КМПК.

Материалы и методы. В рамках кросс-секционного исследования были оценены параметры функционирования КМПК в МО. Для сбора информации были проанкетированы психологи КМПК, предоставившие сведения о диагностической работе медицинского психолога КМПК за отчетный период. Анкетирование

проводилось без фиксации персональных данных специалистов и пациентов, что позволило избежать необходимости внешней этической экспертизы. В исследовании приняли участие 74 медицинских психолога из 60 КМПК, функционирующих в Санкт-Петербурге. Период исследования составил 11 месяцев: с 1 июня 2023 года по 1 апреля 2024 года.

Результаты. На консультацию к психологу пациенты направлялись участковыми терапевтами (16%), неврологами (12,2%), другими врачами (онколог, хирург, гастроэнтеролог, эндокринолог, гинеколог, кардиолог, психиатр, психотерапевт и др.) (12,9%). Более половины пациентов (58,9%) были направлены другими службами или обратились самостоятельно. Всего в исследуемый период в КМПК обратилось 23 950 (100%) человек. Количество граждан, которым была оказана психологическая помощь и психологическая поддержка – 21 726 (90,7%), из них 10 173 (46,8%) обращались повторно. Психообразовательная и санитарно-просветительская работа составил 43,2% от всех трудовых действий психологов. В рамках психообразовательной работы особое внимание уделялось мотивации пациентов к соблюдению рекомендаций врачей и поддержанию здорового образа жизни (37,3%). Консультирование пациентов и их семей по вопросам комплаентного поведения и эффективной коммуникации составило 29%. Предоставление информации о результатах психологической диагностики пациентам и их законным представителям — 27,4%. При этом санитарно-просветительская работа среди населения занимала наименьшую долю (6,2%), хотя её значение в работе МО первичного звена трудно переоценить. Психодиагностическая работа составила 30,5%. Диагностическая работа психологов включала оценку уровня умственной работоспособности, мышления, интеллектуальных функций и личностных особенностей. Из-за отсутствия стандартизированных опросников и тестов каждый психолог выбирал методики самостоятельно. Наиболее важными направлениями диагностики являются оценка эмоционального состояния, выявление рисков суицидального, агрессивного и аутоагрессивного поведения, а также скрининг стресс-ассоциированных расстройств. При оценке эмоционального состояния у 39,9% пациентов (9465 чел.) был выявлен риск депрессии. Скрининг стресс-ассоциированных расстройств был проведён у 1118 человек, и в 25% случаев был выявлен риск развития этих расстройств. Несмотря на важность раннего выявления стресс-ассоциированных расстройств и суицидальных состояний, наблюдается недостаточное использование скрининговых исследований. Из общего числа обратившихся (23 950 чел.) доля скрининга эмоционального состояния составила всего 39,5%, доли остальных видов скрининга были еще меньше. По итогам психологического консультирования рекомендации обратиться в МО, оказывающие специализированную медицинскую помощь при психических расстройствах, получили 3749 человек.

Обсуждение. По нашему мнению, одной из первоочередных задач в настоящее время является разработка и внедрение методических рекомендаций по работе КМПК для обеспечения унификации профессиональной деятельности медицинских психологов в рамках функционирования амбулаторных медицинских организаций непсихиатрического профиля, в том числе разработка стандартов психологического исследования и психологической помощи, внедрение автоматизированных психодиагностических комплексов для повышения точности и объективности диагностических процедур. Эти меры позволят оптимизировать работу КМПК, повысить качество и эффективность оказания психологической помощи, а также улучшить интеграцию между различными уровнями и направлениями психологической и психиатрической помощи.

Заключение. Исследование показало, что услуги, оказываемые медицинскими психологами КМПК, актуальны и востребованы в медицинских организациях. Анализ данных демонстрирует важную роль психообразовательной работы психологов КМПК. Целесообразным представляется более широкое внедрение в рутинную практику применения скрининговых методик. Особую значимость имеет усиление функций КМПК по раннему выявлению лиц с признаками психических расстройств и их направлению в учреждения психиатрического профиля.

Список литературы.

1. Сафуанов Ф.С. Медицинский психолог: организационно-правовая регуляция деятельности и система подготовки кадров. Национальное здравоохранение. 2023; 1:5–11.
2. Дутов В.Б., Незнанов Н.Г., Софронов А.Г., Семенова Н.В. Концепция развития центров психического здоровья населения. Социальная и клиническая психиатрия. 2018; 4:54–60.
3. Софронов А.Г., Добровольская А.Е. Проект Регионального плана развития системы охраны психического здоровья жителей Санкт-Петербурга. Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2020; 2:57–64.

Информация об авторах:

Софронов Александр Генрихович – ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, СПб ГКУЗ «Городская психиатрическая больница № 3 им. И.И. Скворцова-Степанова», Санкт-Петербург, Россия; доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент РАН, ORCID: 0000-0001-6339-0198; e-mail: alex-sofronov@yandex.ru

Воробьева Наталья Вячеславовна – СПб ГКУЗ «Городская психиатрическая больница № 3 им. И.И. Скворцова-Степанова»; ФГБОУ ВО «Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена», Санкт-Петербург, Россия; ORCID: 0009-0005-7821-912X; e-mail: yriy_vorobiev@mail.ru

Добровольская Алла Евгеньевна – ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, СПб ГКУЗ «Городская психиатрическая больница № 3 им. И.И. Скворцова-Степанова»; Санкт-Петербург, Россия; кандидат медицинских наук, доцент, ORCID: 0000-0002-3582-6078; e-mail: maxmmm@yandex.ru

Гвоздецкий Антон Николаевич – ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, СПб ГКУЗ «Городская психиатрическая больница № 3 им. И.И. Скворцова-Степанова»; Санкт-Петербург, Россия; кандидат медицинских наук, ORCID: 0000-0001-8045-1220; e-mail: Gvozdetskiy_AN@hotmail.com

Работа выполнена самостоятельно.

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ РАЗВИТИЯ ПСИХОТЕРАПИИ В КОНТЕКСТЕ ДЕСТИГМАТИЗАЦИИ ЛИЦ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

А.Г. Софронов, А.Е. Добровольская*, А.Н. Гвоздецкий

ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет
им. И.И. Мечникова», Санкт-Петербург
СПб ГКУЗ «Городская психиатрическая больница № 3 им. И.И. Скворцова-Степанова»,
Санкт-Петербург

Источник финансирования: инициативное исследование, дополнительное финансирование не требовалось.

Ключевые слова: психотерапевтическая помощь; психиатрическая помощь; психиатрическая служба; кабинет медико-психологической помощи; кабинет медико-психологического консультирования; телефон доверия.

Аннотация. В работе приводятся данные исследования, направленного на реалистичную оценку состояния психотерапевтической помощи населению в государственных учреждениях психиатрического профиля, образующих психиатрическую службу Санкт-Петербурга, представлены направления возможного совершенствования имеющихся подходов.

Введение. В настоящее время наряду с традиционным пониманием психотерапии, как медицинского вмешательства, получает широкое распространение понятие «немедицинская психотерапия». Психотерапия, как медицинским вмешательство, осуществляется врачом-психотерапевтом в комплексе с другими методами лечения больного с установленным диагнозом, тогда как немедицинская психотерапия рассматривается как предмет деятельности психолога, имеет свои задачи, созвучные с «психологическим консультированием», и не предусматривает наличие психиатрического диагноза у человека. В рутинной практике термин «немедицинская психотерапия» замещается более простым и понятным потенциальному клиенту словом «психотерапия», что обуславливает появление на приеме у психолога лиц, по меньшей мере, с симптомами расстройств аффективного или тревожного регистров [1,2]. Потенциальные потребители психотерапевтических услуг зачастую не имеют представления о границах компетенций психолога или психотерапевта, при этом недобросовестный психолог может легко эти границы нарушить. Справедливости ради, стоит отметить, что и врач-психотерапевт может «играть на поле» психолога, занимаясь «немедицинской психотерапией», при этом уступая последнему в области специальных знаний. Однако не только психолог, но и врач-психотерапевт во многих случаях не достигнет результата в лечении психического заболевания, если будет применять психотерапию вне комплекса необходимых диагностических и лечебных мероприятий. Следует также указать на значительный рост числа частнопрактикующих специалистов: психиатров, врачей-психотерапевтов и психологов, зачастую имеющих ограниченный ресурс для обеспечения диагностики и комплексного лечения психических расстройств, не обеспечивающих преемственность, и осуществляющих свою деятельность вне государственной системы контроля качества медицинской помощи. Вместе с тем, спрос на услуги частнопрактикующих специалистов растет и будет расти по мере распространения представлений среди населения о «психиатрическом учете», как об источнике поражения человека в своих правах, и очевидной стигматизации психически больных людей во всех сферах современного социума.

Актуальность. Полагаем, что сегодня частная практика психиатров, психотерапевтов и психологов развивается как альтернатива сложившейся системе психиатрической помощи в государственных учреждениях, во многом за счет стигматизации лиц с психическими расстройствами, а не за счет более качественных медицинских услуг. В данном контексте актуальны исследования, направленные на реалистичную оценку состояния психотерапевтической помощи населению в государственных учреждениях психиатрического профиля, образующих психиатрическую службу региона.

Цель исследования. Оценка эффективности работы подразделений медицинских учреждений, имеющих в штатной структуре психотерапевтов и медицинских психологов.

Материалы и методы. Санкт-Петербург имеет развитую систему психиатрической помощи, сформированную по территориальному принципу. Помощь взрослому населению в Санкт-Петербурге осуществляют 5 психиатрических стационаров, 10 психоневрологических диспансеров (ПНД), 6 психоневрологических отде-

лений или кабинетов (ПНО) городских поликлиник и больниц, 3 соматопсихиатрических отделения в соматических стационарах. Психотерапевты и медицинские психологи осуществляют свою деятельность в ПНД, ПНО, круглосуточных и дневных психиатрических стационарах (КС и ДС, соответственно), реабилитационных отделениях (РО) и соматических стационарах. В государственных медицинских учреждениях развернуто 50 психотерапевтических кабинетов (ПТК), 24 кабинета медико-психологической помощи (КМПП), 79 кабинетов медико-психологического консультирования (КМПК), 4 отделения для телемедицинских консультаций с многоканальными «телефонами доверия» (ОТД). СПб ГБУЗ «Городская психиатрическая больница №7 имени акад. И.П. Павлова» (ГПБ7) является специализированным учреждением, оказывающим медицинскую помощь лицам с пограничными психическими расстройствами. В структуре ГПБ7 функционируют: Городской психотерапевтический центр (ГПТЦ), на который, наряду с лечением граждан в амбулаторных условиях с использованием методов психотерапии, возложены функции организационно-методического сопровождения и координации психотерапевтической помощи взрослому населению Санкт-Петербурга. В СПб ГКУЗ ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина (ЦВЛ) психотерапевтическую помощь оказывают: 6 ПНД, 4 ДС для обслуживания детского населения на базе ПНД, ДС для обслуживания детей от 3 до 7 лет, ДС для детей 7-17 лет, 6 ПК, 6 КМПП, КС, РО, ОТД.

Результаты. Обеспеченность населения Санкт-Петербурга врачами-психотерапевтами и медицинскими психологами, по данным ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» в 2023 – 2024 гг. существенно выше средних показателей РФ. Укомплектованность учреждений психиатрической службы Санкт-Петербурга психотерапевтами в 2025 г. – 67,8%, медицинскими психологами – 77,6%. При этом наиболее укомплектованными являются учреждения, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных условиях и в дневных стационарах. За период 2023 -2025 гг. средняя обращаемость в ГПТЦ ГПБ7 составила 5815 случаев в год, из них первичных обращений было более 2000. Экстраполяция этих показателей на ПТК государственных медицинских учреждений позволяет допустить, что общая первичная обращаемость граждан за психотерапевтической помощью может быть около 100 000 случаев в год. Количество пациентов, принятых врачами психотерапевтами в ЦВЛ в 2025 году – 4976; количество посещений пациентами врачей психотерапевтов – 24338 случаев. На 01.01.2026 зарегистрировано 50 348 обращений в КМПК, развернутых в городских поликлиниках и других медицинских организациях, из них 2410 обращений несовершеннолетних. В кабинетах медико-психологической помощи, развернутых в ПНД зарегистрировано 27068 обращений, из них 3178 обращений несовершеннолетних. За период 2023 – 2025 гг. отмечается рост числа обращений на «телефоны доверия» по поводу психического здоровья взрослого населения на 17,7% и на 12,6% обращений по поводу детей. Из 26168 обращений в ОТД ГПБ7 40,0% были психотерапевтическими. Количество обращений по поводу участников СВО и членов их семей в ОТД ГПБ7 за этот период увеличилось на 65,3%.

Обсуждение. Проведенный анализ свидетельствует о высокой эффективности работы государственных медицинских учреждений Санкт-Петербурга по оказанию медицинской помощи по профилю «психотерапия» и ее востребованности населением города. Психотерапевтическая помощь построена на принципах диверсификации и преемственности с другими этапами медицинской помощи, необходимыми или достаточными в частных случаях [3]. Сохраняют свою актуальность вопросы преемственности между КМПК и учреждениями психиатрической службы, благодаря которому психологическое консультирование (немедицинская психотерапия) может рассматриваться как первый этап в системе психолого-психотерапевтической помощи.

Заключение. Дестигматизации лиц с психическими расстройствами будет способствовать дальнейшая диверсификация и повышение качества психотерапевтической помощи, а также образовательные программы для граждан, с разъяснением прав при оказании им психиатрической помощи.

Список литературы:

1. Незнанов Н.Г., Васильева А.В., Салагай О.О. Роль психотерапии, как медицинской специальности, в общественном здоровье. Общественное здоровье. 2022; 2(2):40–57.
2. Исурина Г.Л. Психотерапия и психологическое консультирование как виды клиничко-психологического вмешательства. Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2017; 3:4 [Электронный ресурс]. - URL: <http://mprj.ru> (дата обращения: 21.04.2026).
3. Костюк Г.П., Масякин А.В., Старинская М.А. О перспективах диагностики и лечения депрессивных и тревожных расстройств в общемедицинской сети. Медицинские технологии. Оценка и выбор. 2017; 29:70–75.

Информация об авторах:

Софронов Александр Генрихович – ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, СПб ГКУЗ «Городская психиатрическая больница № 3 им. И.И. Скворцова-Степанова», Санкт-Петербург, Россия; доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент РАН, ORCID: 0000-0001-6339-0198; e-mail: alex-sofronov@yandex.ru

Добровольская Алла Евгеньевна – ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, СПб ГКУЗ «Городская психиатрическая больница № 3 им. И.И. Скворцова-Степанова»; Санкт-Петербург, Россия; кандидат медицинских наук, доцент, ORCID: 0000-0002-3582-6078; e-mail: maxmmm@yandex.ru

Гвоздецкий Антон Николаевич – ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, СПб ГКУЗ «Городская психиатрическая больница № 3 им. И.И. Скворцова-Степанова»; Санкт-Петербург, Россия; кандидат медицинских наук, ORCID: 0000-0001-8045-1220; e-mail: Gvozdetskiy_AN@hotmail.com

Работа выполнена самостоятельно.

АНТИПСИХОТИКИ ТРЕТЬЕГО ПОКОЛЕНИЯ И ИХ ВКЛАД В УСТОЙЧИВОЕ ВОССТАНОВЛЕНИЕ ПСИХОСОЦИАЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ШИЗОФРЕНИЕЙ

А.П. Савельев*, Т.А. Корман

ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова»,

Санкт-Петербург,

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени
В.М. Бехтерева», Санкт-Петербург

Источник финансирования: нет

Ключевые слова: шизофрения, психосоциальное функционирование, качество жизни, антипсихотики третьего поколения, когнитивное функционирование

Аннотация. В работе представлены результаты несравнительного исследования пациентов с верифицированной формой параноидной шизофрении, получающих антипсихотические препараты третьего поколения, и влияние включения данных лекарственных средств в терапию на такие параметры как психосоциальное, когнитивное, коммуникативное функционирование пациентов, общий антипсихотический эффект.

Шизофрения - не только тяжелое психическое расстройство, но и значимая социальная проблема. Восстановление психосоциального функционирования при шизофрении является одной из самых актуальных задач, так как даже при снижении выраженности психотических симптомов, лежащих в плоскости всех доменов симптоматики шизофрении - позитивных, негативных, аффективных, психомоторных и когнитивных - многие пациенты сталкиваются с трудностями в работе, общении и самостоятельности [1]. Улучшение психосоциального функционирования повышает интеграцию в общество, снижает риск рецидивов, делая это направление одним из критически важных [2,3]. Исследование влияния антипсихотиков третьего поколения на психосоциальное функционирование остается крайне актуальным, так как конвенциональные антипсихотики часто улучшают лишь симптомы, а не социальную адаптацию. Новые антипсихотические препараты могут не только редуцировать собственно психотические симптомы, но и улучшать социальную адаптацию, коммуникацию и повышать автономность пациентов. Включение антипсихотических препаратов третьего поколения в терапию шизофрении могут создать комплексные стратегии психосоциальной реабилитации и, в конечном счете, улучшить качество жизни пациентов [4].

Целью данного исследования было изучение влияния антипсихотического препарата - частичного агониста D2 и D3 рецепторов с высоким аффинитетом к D3 рецепторам карипразина на психосоциальное, когнитивное функционирование, общий антипсихотический эффект у больных шизофренией.

Материал и методы. В исследование вошли 45 пациентов с верифицированным согласно критериям МКБ 10 пересмотра диагнозом параноидной шизофрении, получавшим в разное время амбулаторное лечение в СПб ГБУЗ «Психоневрологический диспансер №3», 19 мужчин и 26 женщин. Средний возраст $27 \pm 5,6$ лет, стаж заболевания $4,35 \pm 1,8$ лет. Большая часть пациентов (36 человек) имели активный социальный статус, в том числе учились, 9 человек не работали. 15,5% человек было инвалидизировано. Все пациенты получали карипразин в среднетерапевтических дозировках 3,0-4,5 мг в день в качестве основной фармакотерапии. Первичное обследование пациентов проводилось при начале терапии в психиатрическом дневном стационаре. Повторное исследование проводилось через 8 месяц после начала терапии карипразином. Исследование проводилось клиническим, экспериментально-психологическим и статистическим методами. Для оценки результатов использовались клиническая шкала PANSS (Kay S.R., Fiszbain A., Opler L.A., 1987), шкала PSP оценки социального и профессионального функционирования (Morosini P., 2000), тест «Последовательные соединения» (Trail Making Test, TMT, части А и Б; Reitan R.M., Wolfson D., 1993), тест беглости речевых ответов (эмоциональная, семантическая, фонетическая, глагольная беглость) (Verbal Fluency Test, VFT; Lezak M.D., 1995), самоотчет коммуникация (CC-SR) CCSR D.V.M. Bishop, A.J.O. Whitehouse and M. Sharp, адаптированный перевод на русский язык: Д.А. Смирнова, А. Жабленски, методика экспресс-диагностики свойств нервной системы по психомоторным показателям Е. П. Ильина (Тэппинг-тест), Digit Symbol Substitution Test (DSST), тест на сопоставление символов и цифр (DSST – письменно и устно), тест на сопоставление Digit symbol substitution test (DSST), модифицированный субтест из WAIS-IV (тест Векслера).

Результаты и обсуждения

При сравнительном анализе стартового и повторного исследований у группы пациентов обнаружено значимое повышение в сфере социального функционирования. Так, общий средний балл по PSP вырос с 49,23 до 56,97 (значимость $p < 0,000$ по Вилкоксона). По 3 шкалам PSP значимо уменьшились значения, что свиде-

тельствует о улучшении функционирования у пациентов в сфере общественно полезной деятельности, сферах личных и социальных отношений, а так же в сфере самообслуживания. При повторном обследовании пациентов, произошло значимое снижение средних показателей негативной и позитивной шкал PANSS. Так, средняя суммарная оценка шкалы позитивной симптоматики снизилась на 18,3 % с 18 до 14,7, а показатель негативной симптоматики уменьшился 18,7 % с 25,87 до 21,03 балла.

При повторном обследовании пациентов, произошло значимое снижение средних показателей по ТМТ тесту, что говорит о улучшении таких показателей внимания как объем, переключаемость и концентрация. Так же при повторном обследовании пациентов, произошло значимое повышение средних показателей по тестам “шифровка”, “вербальная беглость”, тест Бентона (зрительная ретенция) что показывает улучшение когнитивного функционирования, улучшение зрительной ретенции, концентрации внимания и вербальной беглости.

Таблица 1

Динамика когнитивного функционирования

	Первое обследование	Повторное обследование
ТМТ-тест	61,3	52,02
Шифровка	52,1	71,2
Беглость	17,2	29,1
Зрительная ретенция	6,7	8,2

Заключение. Антипсихотики 3-го поколения и, в частности, карипразин, могут опосредованно улучшать социальное функционирование через положительное влияние на вербальную беглость и когнитивное функционирование. На благоприятный профиль также оказывают влияние снижение негативной симптоматики, минимизация экстрапирамидных эффектов. Однако эффективность зависит от индивидуального подбора терапии и комплексной реабилитации. Когнитивное функционирование может использоваться в качестве индикатора эффективности психосоциальных интервенций. Включение антипсихотического препарата третьего поколения карипразина в терапию больных шизофренией показало не только положительный собственно антипсихотический эффект, но и достоверно улучшило когнитивное, психосоциальное, коммуникативное функционирование у пациентов и общее качество жизни. Проведенное исследование может быть основой для изучения отдаленных результатов комплексной терапии больных шизофренией.

Список литературы

1. Takeda T, Umehara H, Matsumoto Y, Yoshida T, Nakataki M, Numata S. Schizophrenia and cognitive dysfunction. J Med Invest. 2024;71(3.4):205-209.
2. Tandon R, Barch DM, Buchanan RW, Green MF, Keshavan MS, Marder SR, Nasrallah HA, Vita A. Psychosocial Interventions and Functional Recovery in Schizophrenia-Realizing Opportunities Today. J Clin Psychiatry. 2025 Dec 17;86(4)
3. Li L, Rami FZ, Lee BM, Kim WS, Kang CY, Kim SW, Lee BJ, Kim JJ, Yu JC, Lee KY, Won SH, Lee SH, Kim SH, Kang SH, Kim ET, Chung YC. Predictors of full recovery in patients with early stage schizophrenia spectrum disorders. Psychiatry Res. 2023 Feb;320:115035.
4. Р. А. Беккер, Ю. В. Быков, П. В. Морозов. Карипразин как социализирующий препарат при шизофрении (Обзор литературы). Психиатрия и психофармакотерапия им. П. Б. Ганнушкина. 2020; 02, стр. 16–24.

Информация об авторах:

Савельев Андрей Павлович, доцент кафедры психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО “Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова”, Санкт-Петербург, Россия, кандидат медицинских наук, доцент, ORCID 0000-0002-5924-0071, email dr.savelyev@yahoo.com. Корман Татьяна Александровна, младший научный сотрудник ФГБУ “Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева”, лаборатория клинической психологии и психодиагностики, email korman-t@mail.ru

Работа выполнена самостоятельно.

ИНТЕГРАТИВНАЯ МОДЕЛЬ ПСИХОКОРРЕКЦИИ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКИХ СОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ: ЭФФЕКТИВНОСТЬ И ПСИХОБИОЛОГИЧЕСКИЕ КОРРЕЛЯТЫ МЕТОДА ПСИХОТЕРАПИИ ПСИДВАНОЛЬ

М.А. Филияев, Виноградова Е.Л.

(ООО «Наука Пси2.0», Москва)

Источник финансирования: работа выполнена самостоятельно.

Ключевые слова: психосоматика, психобиологические корреляты, аллостатическая нагрузка, интегративная медицина, психокоррекция, псидваноль.

Аннотация: В работе представлены результаты серии исследований эффективности метода краткосрочной психокоррекции в терапии акне, бесплодия, аллергии и ожирения. Проанализированы психобиологические корреляты (гормональный профиль, маркеры воспаления), подтверждающие влияние деконфликтуализации стрессового опыта на клиническую динамику. Доказано преимущество дополнения психотерапии к основному лечению для одновременного повышения уровня ментального здоровья и реабилитационного потенциала пациентов.

Введение. Современный этап развития медицинской науки характеризуется фундаментальным пересмотром парадигм взаимодействия психического и соматического компонентов здоровья. Согласно актуальным положениям DSM-5, соматическое состояние признается психическим расстройством в тех случаях, когда реакция пациента на физический симптом является чрезмерной и дезадаптивной [1]. Актуальность исследования обусловлена необходимостью разрешения существующих противоречий в вопросе влияния конкретных психических факторов на генезис и течение соматических заболеваний. В данной работе симптом рассматривается не просто как физиологический сбой, а как результат аллостатической нагрузки — каскада нейроэндокринных и иммунных изменений, возникших вследствие неразрешенного психоэмоционального конфликта [2]. Длительное поддержание высокого уровня стрессорного возбуждения ведет к стойким органическим нарушениям, что диктует необходимость включения психологического компонента в современные протоколы лечения хронических неинфекционных заболеваний.

Цель работы — эмпирическая оценка эффективности методики психологического консультирования Псидваноль, направленной на поиск и переработку первичного психоэмоционального триггера заболевания. Объектом исследования выступили психосоматические расстройства, возникающие в результате дезадаптивного взаимодействия биологических и психологических факторов. В ходе работы применялись клиничко-анамнестический метод, комплексная психодиагностика (HADS, SF-36, STAI, OCO) и мониторинг лабораторных психобиологических показателей.

Материалы и методы. Исследование базируется на концепции деконфликтуализации стрессового опыта через телесно-ориентированные техники и регрессивную шкалу. Статистическая обработка данных проводилась с использованием пакета JASP v.0.16.3. Для оценки нормальности распределения использовался критерий Шапиро-Уилка, для сравнения групп — t-критерий Стьюдента и U-критерий Манна-Уитни. Метод Псидваноль опирается на выявление в анамнезе стрессового события, характеризовавшегося для пациента драматичностью и чувством изоляции [3]. Исследование охватило несколько групп пациентов с различными нозологиями, для каждой из которых был разработан специализированный краткосрочный протокол (от 3 до 6 сессий).

Результаты. При анализе группы пациентов с акне ($n=120$) была установлена прямая корреляционная связь между тяжестью клинических проявлений и снижением показателей самооценки и сексуальности ($R=-0,26$, $p=0,004$). Исходно у 14,8% пациентов наблюдалась IV степень тяжести по классификации AAD. Психокоррекция по методу Псидваноль, направленная на проработку специфических конфликтов самообесценивания, привела к полному исчезновению тяжелых форм в основной группе, в то время как в контрольной группе (традиционная терапия) динамика отсутствовала. У 10,2% участников основной группы зафиксировано полное разрешение высыпаний. Улучшение качества жизни по шкале SF-36 статистически значимо коррелировало с редукцией субъективного ощущения боли в области воспалительных элементов ($R=-0,20$, $p=0,025$).

В группе пациентов с бесплодием ($n=42$) ключевой мишенью интервенции стала работа с материнской идентичностью и деструктивными страхами перед беременностью. Психологическая готовность к материнству в основной группе выросла с 8 до 10 баллов по шкале самооценки ($p<0,001$). Объективным подтверж-

дением восстановления нейроэндокринной регуляции стало статистически значимое повышение уровня свободного тестостерона (с 0,7 до 1,1 нмоль/л; $p=0,012$). Клиническим итогом курса стали 5 наступивших беременностей, что подтверждает гипотезу о возможности снятия функциональных блоков, влияющих на репродуктивный потенциал, через коррекцию эмоционального фона [4].

При терапии аллергических заболеваний ($n=61$) изучалось влияние подавленной агрессии и чувства беспомощности на интенсивность иммунного ответа. После курса сессий медиана аллергенной нагрузки (по данным электропунктурной диагностики) снизилась в два раза — с 30,5 до 15 единиц ($p<0,001$). Лабораторный мониторинг зафиксировал достоверное снижение уровней базофилов (на 50%) и эозинофилов (на 35,4%), что является прямым доказательством редукции активного воспаления через механизмы психонейроиммунологии [5].

В группе пациентов с ожирением ($n=23$) психокоррекция была сфокусирована на выявлении вторичных выгод болезни. Работа привела не только к снижению индекса массы тела и уменьшению объема талии в среднем на 2–5 см, но и к значимым метаболическим изменениям. Установлено падение уровней триглицеридов и мочевой кислоты ($p=0,001$), а также повышение уровня липопротеидов высокой плотности (ЛПВП) с 1,13 до 1,34 ммоль/л ($p=0,023$). Эти сдвиги подтверждают влияние психологической устойчивости на метаболический статус через нормализацию функционирования гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси [2, 3].

Важным теоретическим результатом стало выявление корреляций между психологическими предикторами и клиническим исходом. Установлено, что позитивные когнитивные установки пациента и снижение уровня личностной тревожности являются более значимыми прогностическими факторами успешной реабилитации, чем стаж заболевания. Это обосновывает необходимость смещения акцента с чисто симптоматической терапии на глубокую психотерапевтическую проработку первичных психоэмоциональных активаций заболевания.

Заключение. Результаты исследования подтверждают высокую эффективность интеграции метода Псидваноль в стандарты ведения пациентов с хроническими соматическими патологиями. Краткосрочные протоколы позволяют в сжатые сроки добиться не только улучшения ментального здоровья, но и измеримых психобиологических изменений в гормональном и иммунном статусе. Психологическое благополучие пациента выступает фундаментом для повышения реабилитационного потенциала. Разработанные протоколы рекомендуются для внедрения в практику врачей соматического профиля (дерматологов, гинекологов, эндокринологов) в рамках мультидисциплинарного подхода.

Список литературы.

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). 5th ed. Arlington: American Psychiatric Publishing; 2013.
2. Шляхто Е.В., Конради А.О., Цырлин В.А. Вегетативная нервная система и артериальная гипертензия. СПб.: Медицинское издательство; 2008.
3. Косицкий Г.И. Нервная система и стресс. М.: Наука; 1970.
4. Smith A, Jones B, Clements S. Clinical transplantation of tissue engineered airway. Lancet. 2008; 372:1201–1209.
5. Ader R. Psychoneuroimmunology. ILAR Journal. 1998; 39 (1): 27–29.

Информация об авторах

Филяев Михаил Анатольевич, ООО «Наука Пси2.0», г. Москва, РФ, mf@psy20.science.

Виноградова Екатерина Львовна, ООО «Наука Пси2.0», г. Москва, РФ, e.vinogradova@psy20.science.

Работа выполнена самостоятельно

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ СЕЛЕКТИВНЫМИ ИНГИБИТОРАМИ ОБРАТНОГО ЗАХВАТА СЕРОТОНИНА И БИОАКУСТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С ПАНИЧЕСКИМ И ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ТРЕВОЖНЫМ РАССТРОЙСТВАМИ И КОМОРБИДНОЙ ДЕПРЕССИВНОЙ СИМПТОМАТИКОЙ: РАНДОМИЗИРОВАННОЕ КОНТРОЛИРУЕМОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Караваева Т.А.^{1,3,4,5} Васильева А.В.^{1,2}, Андрианова А.Е.¹, Радионов Д.С.¹, Старунская Д.А.¹,
Пастарнак А.В.¹

¹Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3

²Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 191015, Санкт-Петербург, ул. Кирочная, д. 41

³Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Санкт-Петербургский государственный университет», 199034, Санкт-Петербург, Университетская набережная, д. 7–9

⁴Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2

⁵Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н.Н. Петрова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 197758, Санкт-Петербург, пос. Песочный, ул. Ленинградская, д. 68

Источник финансирования: государственное задание ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России на 2024–2026 гг. (№ XSOZ 2024 0014)

Ключевые слова: тревожные расстройства, депрессивная симптоматика, коморбидность, биоакустическая коррекция, рандомизированное контролируемое исследование

Проведена оценка эффективности комбинированной терапии селективными ингибиторами обратного захвата серотонина и биоакустической коррекцией у пациентов с тревожными расстройствами и коморбидной депрессивной симптоматикой. Установлено достоверное преимущество комбинированного подхода по снижению тревожной и депрессивной симптоматики, улучшению вегетативного статуса и психологических компонентов качества жизни.

Введение. Паническое и генерализованное тревожные расстройства характеризуются высокой распространенностью (10–20% в популяции), полиморфной клинической структурой и частой коморбидностью с субклинической депрессией (60–80% случаев) [1]. Неполный терапевтический ответ на монотерапию селективными ингибиторами обратного захвата серотонина наблюдается у 30–40% пациентов, что обуславливает поиск дополнительных немедикаментозных методов коррекции патогенетических механизмов тревожных расстройств [2].

Основная часть. Проведено рандомизированное контролируемое открытое исследование на базе отделения лечения пограничных психических расстройств и психотерапии НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева (одобрено этическим комитетом № ЭК-И-2/24 от 01.02.2024) [3]. В исследование включены 60 пациентов (30 с паническим расстройством, 30 с генерализованным тревожным расстройством) в возрасте 18–60 лет, рандомизированных в две группы: основную (n=30) — получавшую селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (сертралин 50–150 мг/сут, пароксетин 15–45 мг/сут, флувоксамин 100–150 мг/сут, флуоксетин 20–60 мг/сут) и 15 сеансов биоакустической коррекции на аппарате «Синхро-С», и контрольную (n=30) — получавшую только селективные ингибиторы обратного захвата серотонина. Курс биоакустической коррекции проводился 3 раза в неделю в течение 5 недель (сеанс 20 минут). Метод основан на регистрации электроэнцефалограммы по четырём каналам с преобразованием сигналов в акустические паттерны в реальном времени. Оценка эффективности выполнялась до терапии, после 5 недель лечения и в катамнезе через 4 недели с использованием шкал: Гамильтона для оценки тревоги, Монтгомери–Асберг для оценки депрессии, опросника Вейна, индекса тяжести инсомнии, шкалы Эпворта, опросника качества жизни SF-36 и шкалы общего клинического впечатления.

В основной группе зафиксировано статистически значимое снижение тревоги по шкале Гамильтона на 45,5% (с $26,03 \pm 6,06$ до $14,16 \pm 8,02$ балла; $p < 0,001$) против 21,1% в контрольной группе (с $22,33 \pm 6,86$ до $17,63 \pm 7,77$; $p < 0,001$). Выраженность депрессивной симптоматики снизилась на 68,9% в основной группе (с $22,03 \pm 7,69$ до $6,85 \pm 1,25$; $p < 0,001$) против 28,6% в контрольной (с $21,57 \pm 10,61$ до $15,40 \pm 9,21$; $p < 0,001$). Вегетативные нарушения регрессировали на 34,5% (с $35,20 \pm 12,66$ до $23,06 \pm 12,52$; $p < 0,001$). Качество сна улучшилось по индексу тяжести инсомнии (с $15,00 \pm 6,11$ до $8,46 \pm 5,58$; $p < 0,001$) и шкале Эпворта (с 7,50 до 4,20; $p < 0,001$). Клинически значимый ответ (снижение шкалы Гамильтона $\geq 50\%$) достигнут у 63,3% пациентов основной группы против 36,7% в контрольной ($p < 0,001$). Качество жизни улучшилось преимущественно по психологическому компоненту: психическое здоровье (с 25 [20; 50] до 55 [35; 75]; $p < 0,001$), социальное функционирование (с 16,5 [0; 67] до 50 [0; 100]; $p < 0,001$). В анамнезе устойчивость ремиссии оказалась выше в основной группе (медиана по шкале общего клинического впечатления 2 [2; 4] балла) против контрольной (4 [2; 4] балла; $p = 0,062$). Размеры эффектов по Коэну составили 0,87–0,93, что соответствует клинически значимому улучшению. Побочные эффекты были легкой степени тяжести и не различались статистически между группами (20,0% против 23,3%; $p = 0,78$). Побочных эффектов, связанных непосредственно с процедурой биоакустической коррекции, не зарегистрировано.

Заключение. Комбинированная терапия селективными ингибиторами обратного захвата серотонина и биоакустической коррекцией обеспечивает статистически и клинически значимое преимущество перед монотерапией по снижению тревожной (на 45,5%) и депрессивной (на 68,9%) симптоматики, улучшению вегетативного статуса (на 34,5%) и качества сна. Метод демонстрирует избирательное воздействие на эмоциональную регуляцию с формированием устойчивых нейропластических изменений, подтверждаемых лучшей сохранностью ремиссии в анамнезе [4]. Биоакустическая коррекция безопасна, не сопровождается специфическими побочными эффектами и может быть рекомендована в качестве дополнительного компонента терапии пациентам с паническим и генерализованным тревожным расстройствами, особенно при недостаточной эффективности стандартного лечения или наличии субклинической депрессивной симптоматики. Перспективы дальнейших исследований включают изучение нейрофизиологических коррелятов терапевтического эффекта метода с применением функциональной нейровизуализации.

Список литературы:

1. Yang X., Fang Y., Chen H., Zhang T., Yin X., Man J., Yang L., Lu M. Global, regional and national burden of anxiety disorders from 1990 to 2019: results from the Global Burden of Disease Study 2019. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2021;30:e36. doi:10.1017/S2045796021000275
2. Bandelow B., Allgulander C., Baldwin D.S. et al. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for treatment of anxiety, obsessive-compulsive and posttraumatic stress disorders - Version 3. Part I: Anxiety disorders. *World J Biol Psychiatry.* 2023;24(2):79-117. doi: 10.1080/15622975.2022.2086295
3. Караваева Т.А., Васильева А.В., Старунская Д.А., Радионов Д.С., Андрианова А.Е. Оценка эффективности комбинированной терапии с использованием СИОЗС и биоакустической коррекции у пациентов с паническим и генерализованным тревожным расстройствами: фокус на соматовегетативные нарушения / Т. А. Караваева, А. В. Васильева, Д. А. Старунская [и др.] // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2025;2(127):70-83. doi: 10.26617/1810-3111-2025-2(127)-70-83
4. Konstantinov K.V., Leonova M.K., Miroshnikov D.B., Klimenko V.M. Characteristics of the perception of acoustic images of intrinsic electrical activity by the brain. *Neurosci Behav Physiol.* 2016;46:57-63. doi: 10.1007/s11055-015-0198-1

Информация об авторах:

Татьяна Артуровна Караваева, доктор медицинских наук, главный научный сотрудник, руководитель отделения лечения пограничных психических расстройств и психотерапии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России; профессор кафедры медицинской психологии и психофизиологии ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет»; профессор кафедры общей и прикладной психологии с курсами медико-биологических дисциплин и педагогики ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России; ведущий научный сотрудник научного отдела инновационных методов терапевтической онкологии и реабилитации ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр

онкологии имени Н.Н. Петрова» Минздрава России; eLibrary SPIN: 4799-4121; ORCID: 0000-0002-8798-3702. SPIN-код: 4799-4121 e-mail: tania_kar@mail.ru 25

Анна Владимировна Васильева: доктор медицинских наук, главный научный сотрудник отделения лечения пограничных психических расстройств и психотерапии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации (Россия, 192019, г. Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3), доцент кафедры психотерапии и сексологии ФГБОУВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (195015, г. Санкт-Петербург, Кирочная ул., 41), ORCID 0000-0002-5116-836X SPIN-код: 2406-9046 e-mail: annavdoc@yahoo.com

Александра Евгеньевна Андрианова: младший научный сотрудник отделения лечения пограничных психических расстройств и психотерапии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, (Россия, 192019, г. Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3), ORCID 0009-0009-9024-5960 e-mail: alexsandra0013@gmail.com

Радионов Дмитрий Сергеевич : младший научный сотрудник отделения лечения пограничных психических расстройств и психотерапии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, (Россия, 192019, г. Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3), ORCID 0000-0001-9020-3271 e-mail: dumradik@mail.com

Диана Андреевна Старунская: младший научный сотрудник отделения лечения пограничных психических расстройств и психотерапии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, (Россия, 192019, г. Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3), ORCID 0000-0001-8653-8183 e-mail: stardia@yandex.ru

Ангелина Олеговна Пастарнак: младший научный сотрудник отделения лечения пограничных психических расстройств и психотерапии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, (Россия, 192019, г. Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3), ORCID 0009-0004-0920-5771 e-mail: starostina.angelina.99@mail.ru

Работа выполнена самостоятельно.

БАЛИНТОВСКИЕ ГРУППЫ КАК ФОРМА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ СПЕЦИАЛИСТОВ ПОМОГАЮЩИХ ПРОФЕССИЙ

Мельникова А.А.*

Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург, Россия

Источник финансирования: не заявлен.

Ключевые слова: профессиональное выгорание, балинтовские группы, регуляция аффективных состояний, профессиональная устойчивость, групповая рефлексия.

***Аннотация.** В тезисах представлено теоретическое обоснование механизма профилактического влияния балинтовских групп в контексте исследования особенностей профилактики профессионального выгорания у специалистов помогающих профессий. Предлагается рассматривать участие в балинтовской группе как структурированную форму регуляции аффективных состояний специалиста в профессиональном взаимодействии.*

Введение. Профессиональное выгорание специалистов помогающих профессий может быть рассмотрено как нарушение регуляции аффективных состояний специалиста в системе «специалист – клиент – профессиональная среда». Эмоциональное напряжение формируется в процессе межсубъектного взаимодействия и связано с интенсивностью контакта, переносными реакциями и требованиями профессиональной роли [1, 2]. При накоплении не переработанного аффективного опыта снижается способность специалиста сохранять дистанцию и устойчивость в профессиональном взаимодействии. Целью данной работы является теоретическое обоснование профилактического потенциала балинтовских групп в отношении профессионального выгорания у специалистов помогающих профессий [3].

Основная часть. В качестве объяснительной модели предлагается рассматривать групповую рефлексиию как процесс совместного осмысления профессионально значимых случаев, обеспечивающий регуляцию аффективных состояний через их вербализацию и интерпретацию [3]. Перевод эмоционального переживания в вербализуемые и метафорически структурированные представления снижает интенсивность аффекта и способствует его интеграции в профессиональный опыт. Балинтовская группа представляет собой структурированную форму групповой рефлексии, организованную лидером и регламентированную правилами обсуждения [2, 4, 5]. Представление случая, временный переход автора в позицию наблюдения и последующее возвращение к собственной позиции создают условия для изменения перспективы и перераспределения эмоциональной нагрузки. В рамках такого процесса специалист получает возможность осознавать переносные и контрпереносные реакции, дифференцировать личностный и профессиональный компоненты переживания, уточнять границы ответственности и степень вовлеченности. Таким образом, участие в балинтовской группе может быть интерпретировано как регулярная форма регуляции аффективных состояний специалиста в профессиональном взаимодействии. Поддержание способности к символической переработке эмоционального опыта способствует сохранению профессиональной идентичности и устойчивости в условиях аффективной нагрузки.

Материалы и методы. Настоящие тезисы отражают теоретико-аналитическое осмысление механизма действия балинтовских групп. Используются методы концептуального анализа и теоретического обобщения, направленные на выявление возможных опосредующих связей между участием в балинтовской группе и динамикой показателей профессионального выгорания.

Заключение. Рассмотрение балинтовских групп в контексте профилактики профессионального выгорания позволяет уточнить возможные механизмы их воздействия на профессиональное функционирование специалистов помогающих профессий. Участие в группе может быть интерпретировано как структурированная форма переработки эмоционально значимого профессионального опыта, способствующая поддержанию профессиональной дистанции, устойчивости и сохранению идентичности в условиях аффективной нагрузки. В рамках настоящего исследования дальнейший анализ направлен на уточнение параметров участия в балинтовской группе и их связи с динамикой показателей профессионального выгорания.

* Научный руководитель: Андрущенко Наталия Владимировна, канд.мед.наук, доцент кафедры психического здоровья и раннего сопровождения детей и родителей, ORCID: 0000-0003-1301-1668

Список литературы

1. Balint M. The doctor, his patient, and the illness. *Lancet*. 1955; 265:683–688. doi: 10.1016/S0140-6736(55)91061-8.
2. Винокур В. А. Балинтовские группы: история, технология, структура, границы и ресурсы. СПб.: СпецЛит, 2015. 191 с. ISBN 978-5-299-00694-0.
3. Van Roy K, Vanheule S, Inslegers R. Research on Balint groups: a literature review. *Patient Educ. Couns.* 2015; 98:685–694. doi: 10.1016/j.pec.2015.01.014.
4. Tschuschke V, Flatten G. Effect of group leaders on doctors' learning in Balint groups. *Int. J. Psychiatry Med.* 2019;54(2):83–96. doi: 10.1177/0091217418791440.
5. Kjeldmand D, Holmström I. Difficulties in Balint groups: a qualitative study of leaders' experiences. *Br. J. Gen. Pract.* 2010;60(578):808–814. doi: 10.3399/bjgp10X532585.

Информация об авторах:

Мельникова Алиса Андреевна, Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург, Россия, студентка магистратуры, ORCID: 0009-0005-6653-9652, e-mail: alice.melnikova2020@gmail.com.

ВЫГОРАНИЕ КАК СОСТОЯНИЕ СНИЖЕННОЙ РАБОТОСПОСОБНОСТИ

Е. А. Трухан

(Белорусский государственный университет, Минск, Республика Беларусь)

Источник финансирования: отсутствует

Ключевые слова: выгорание, работоспособность, утомление, монотония, психическое пресыщение, стресс, психосоматика

Аннотация. С помощью опросного метода и корреляционного анализа обнаружены статистически значимые связи интегральных показателей выгорания, шкал психосоматических жалоб и ролевой соматизации с состояниями сниженной работоспособности (утомлением, монотонией, психическим пресыщением, стрессом). Основной психотерапевтической мишенью в мероприятиях по сохранению соматического здоровья при выгорании работников должны быть последствия стресс-вовлеченности.

Введение. Современный этап исследования проблемы выгорания требует обобщения и концептуального осмысления эмпирических фактов и закономерностей, лежащих в основе неспособности личности сохранять и восстанавливать эмоциональные и энергетические ресурсы, необходимые для полноценного и продуктивного выполнения ролевых обязанностей. Представляется перспективным изучение феномена выгорания как состояния дисбаланса энергосберегающих и энерговосстанавливающих функций в контексте проблем ролевого стресса.

Выгорание мы рассматриваем как состояние энергетического дисбаланса, потери энергетических ресурсов, когда сильная эмоциональная вовлеченность в выполнение определенной роли (ролей) приводит к превышению оптимального уровня использования человеком доступных ему ресурсов [1].

Цель. Исследование направлено на выявление взаимосвязи состояний сниженной работоспособности (утомления, монотонии, психического пресыщения, стресса) с уровнем выгорания и сопутствующей психосоматической симптоматикой.

Методы. В исследовании были использованы следующие опросники: 1) дифференцированная оценка сниженной работоспособности (ДОРС) А. Б. Леоновой и С. Б. Величковской для определения частоты проявлений во время рабочего дня состояний утомления, монотонии, психического пресыщения, стресса [2]; 2) опросник профессионального выгорания *MBI* К. Маслах, С. Джексона (*Maslach Burnout Inventory*) в адаптации Н. Е. Водопьяновой с колл. [3]; 3) авторский опросник ролевого выгорания *RBI*; 4) шкала психосоматических жалоб русскоязычной версии теста оценки выгорания *BAT* В. Шауфели (*Burnout Assessment Tool*) [4]. Для обработки эмпирических данных был применен корреляционный анализ (коэффициент ранговой корреляции Спирмена). Выборку исследования составили 370 работающих респондентов в возрасте от 18 до 68 лет, из них 189 мужчин и 181 женщин.

Результаты. В ходе исследования были обнаружены статистически значимые корреляции (при $p < ,001$) интегрального показателя профессионального выгорания *MBI* с устойчивым и типичным проявлением состояний утомления, монотонии, психического пресыщения, стресса. Схожие статистически значимые корреляции (при $p < ,001$) с состояниями утомления, монотонии, пресыщения, стресса выявлены у интегрального показателя ролевого выгорания *RBI* (таблица 1).

Также выявлены статистически значимые корреляции (при $p < ,001$) шкалы психосоматических жалоб *BAT* с состояниями утомления, монотонии, пресыщения, стресса. Аналогичные статистически значимые корреляции (при $p < ,001$) с состояниями утомления, монотонии, пресыщения, стресса демонстрирует шкала ролевой соматизации *SOM* (таблица 1).

Таблица 1

Взаимосвязь состояний сниженной работоспособности с уровнем выгорания и сопутствующей психосоматической симптоматикой (N=370)

Показатели	Утомление		Монотония		Психическое пресыщение		Стресс	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Интегральный показатель профессионального выгорания MBI	,701	< ,001	,657	< ,001	,838	< ,001	,695	< ,001
Интегральный показатель ролевого выгорания RBI	,588	< ,001	,552	< ,001	,667	< ,001	,609	< ,001
Шкала психосоматических жалоб BAT	,340	< ,001	,319	< ,001	,326	< ,001	,362	< ,001
Шкала ролевой соматизации SOM	,358	< ,001	,250	< ,001	,330	< ,001	,397	< ,001

Обсуждение. Поскольку опросник ДОРС позволяет дифференцировать качественно неоднородные виды состояний сниженной работоспособности, имеющие внешне сходные проявления, но задающие разные вектора в целостной картине динамики состояний [2], можно констатировать, что снижение работоспособности при выгорании указывает прежде всего на вектор психического пресыщения как состояния неприятия однообразной, скучной, субъективно неинтересной, малозначимой деятельности со стремлением прекратить работу либо ее разнообразить и повысить уровень позитивного аффекта.

Корреляционное исследование в то же время подтверждает стресс-индуцированность психосоматических нарушений: психосоматическая симптоматика (головные боли, мышечное напряжение и пр.) сильнее всего связана с состоянием стресса как повышенной мобилизацией психологических и энергетических ресурсов в ответ на нагрузку, сложность и субъективную значимость деятельности. Энергетический дисбаланс возникает как следствие стресс-вовлеченности в выполнение значимых ролевых обязанностей. Как результат хронического стресса на рабочем месте, с которым не удалось справиться, синдром выгорания концептуализирован и в МКБ [5]. Следовательно, основной психотерапевтической мишенью в мероприятиях по сохранению соматического здоровья при выгорании работников должны быть последствия стресс-вовлеченности.

Заключение. В эмпирическом исследовании обнаружены статистически значимые связи интегральных показателей выгорания, шкал психосоматических жалоб и ролевой соматизации с состояниями сниженной работоспособности (утомлением, монотонией, психическим пресыщением, стрессом). Выработка мер по преодолению состояний психического пресыщения, стресса и выгорания, улучшению качества жизни работников должна сочетать повышение уровня позитивных эмоций (через новизну и/или социальную поддержку) со снижением астенизирующего влияния ролевых стрессоров.

Список литературы

1. Трухан Е. А. Ролевое выгорание: концептуальное осмысление феномена. Вестник Омского университета. Психология. 2023; 3: 16–25.
2. Леонова А. Б., Величковская С. Б. Дифференциальная диагностика состояний сниженной работоспособности. В кн: Психология психических состояний: Сборник статей. Вып. 4. Казань, 2002: 326–343.
3. Водопьянова Н. Е., Старченкова Е. С., Наследов А. Д. Стандартизированный опросник «Профессиональное выгорание» для специалистов социомических профессий. Вестник СПбГУ. Социология. 2013; 4:17–27.
4. Schaufeli WB, De Witte H, Desart S. Burnout Assessment Tool (BAT) – Test Manual. KU Leuven, Belgium: Internal Report, 2019.
5. Burn-out an „occupational phenomenon“: International Classification of Diseases. <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases>

Информация об авторе:

Трухан Елена Антоновна, Белорусский государственный университет, Минск, Республика Беларусь, кандидат психологических наук, доцент, ORCID: 0000-0002-3981-3813, e-mail: elenapsybsu@gmail.com.

ОЦЕНКА ПСИХОКОРРЕКЦИОННОЙ РАБОТЫ ПО ПОВЫШЕНИЮ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Т.С. Бузина¹, А.С. Кубекова², Р.З. Идрисов³

¹ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва

²ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Астрахань

³ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко» Минздрава России, г. Воронеж

Источник финансирования: инициативная работа.

Ключевые слова: гипертоническая болезнь, артериальное давление, психокоррекционная программа, краткосрочные психокоррекционные вмешательства, приверженность к терапии

Аннотация. Приверженность к терапии больных гипертонической болезнью является важной составляющей эффективности лечебного процесса и назначенной терапии. Низкая приверженность к лечению при ГБ является одной из главных причин развития осложнений. Проведенная психокоррекционная работа с больными гипертонической болезнью привела к повышению показателя приверженности лечению и к медицинскому сопровождению, в виде более внимательного отношения к мнению врачей, следования их рекомендациям, более ответственному поведению в отношении своего здоровья на этапе выздоровления.

Введение. Согласно статистическим данным отчёта Росстата «Здравоохранение в России – 2023» в период с 2020 по 2022 год в Российской Федерации выявили 18,5 миллиона больных гипертонической болезнью, что на 12,71% больше, чем за предыдущий период [1-2]. В 2022 году показатель общей заболеваемости гипертонической болезнью в Астраханской области составил 39,2 на 1000 населения, первичная заболеваемость – 5,5 на 1000 взрослого населения, самый высокий показатель был зафиксирован в Харабалинском районе – с 41,6 до 47,1 на 1000 взрослого населения [3]. Снижение артериального давления является сложной проблемой, которая зависит от многих факторов. Среди ключевых факторов является низкая приверженность к рекомендованному лечению больного [4]. Повышение приверженности врачебным рекомендациям позволит повысить эффективность терапии. Актуальной задачей в медицинской психологии является изучение психологических факторов повышения приверженности лечению и оценка их роли в эффективности лечебного процесса.

Цель исследования: оценить эффективность психокоррекционной работы по повышению приверженности к терапии у больных гипертонической болезнью в условиях стационарного лечения.

Материалы и методы. Были обследованы пациенты гипертонической болезнью в количестве 418 человек (215 женщин и 203 мужчины), проходящие стационарное лечение в частном учреждении здравоохранения «Медико-санитарная часть» (г. Астрахань, Российская Федерация). Исследование проведено в период с января 2024 года по август 2025 года. Скрининг проведен с помощью следующих психодиагностических тестов и методик: 1) КОП-25 «Опросник количественной оценки приверженности лечению» (Н.А. Николаев, Ю.П. Скирденко); 2) Тест межличностных отношений Т. Лири (в рос. адаптации Л.Н. Собчик); 3) шкала тревоги Спилбергера – Ханина (Charles Spielberger, рос. адаптация: Ю.Л. Ханин); 4) Тест-опросник личности «Большая пятерка» (в рос. адаптации А.Б. Хромов); 5) Опросник «Стиль саморегуляции поведения» (В.И. Моросанова); 6) методика «Тип отношения к болезни» (ТОБОЛ). В качестве методов статистической обработки эмпирических данных были применены: расчёт параметров дескриптивной статистики, линейный коэффициент корреляции и корреляционный анализ с применением критерия ранговой корреляции Спирмена. Дисперсионный анализ проведен с помощью программы ANalysis Of VAriance (ANOVA).

Результаты.

В результате исследования у больных гипертонической болезнью был выявлен низкий уровень общей приверженности к лечению, что означает низкую вовлеченность в выполнение больным рекомендаций врача в отношении приема лекарственных препаратов, соблюдения диеты и других мер, направленных на изменение образа жизни. Кроме того, у больных гипертонической болезнью выявлены низкие значения приверженности и к лекарственной терапии, и медицинскому сопровождению, а также к изменению образа жизни. Всего в психокоррекционной программе медицинского психолога в стационаре с больными гипертонической болезнью приняли

участие 49 человек. Психокоррекционная программа повышения приверженности к терапии для больных гипертонической болезнью включала в себя несколько этапов работы. На первом и заключительном (четвертом) этапе медицинский психолог проводил комплексную психологическую диагностику пациентов ГБ. В рамках третьего этапа психокоррекционной программы проводилась психологическая коррекция пациентов с применением следующих психологических технологий (прогрессивная мышечная релаксация по Джекобсону, аутогенная тренировка, техники из когнитивно-поведенческой терапии и т.д.). На последнем этапе медицинский психолог проводил консультативную работу с ближайшим социальным окружением пациента. Результаты оценки психологических характеристик пациентов до и после психокоррекционных мероприятий представлены в таблице 1.

Таблица 1

Психологические показатели по скрининговым методикам у больных гипертонической болезнью до и после психокоррекционной программы

психологические показатели	До участия в психокоррекционной программе повышения приверженности к терапии	После участия в психокоррекционной программе повышения приверженности к терапии	p <
Опросник оценки приверженности к лечению, КОП-25 (Н.А. Николаев, Ю.П. Скирденко)			
приверженность к лечению	41,18	53,06	0,05
приверженность к лекарственной терапии	41,83	55,97	0,05
приверженность к медицинскому сопровождению	43,02	56,38	0,05
приверженность к изменению образа жизни	34,64	46,65	0,05
Тест-опросник личности «Большая пятерка» (в рос. адаптации А.Б. Хромов)			
интроверсия-экстраверсия	51,44	60,44	0,05
обособленность-привязанность	56,44	59,97	-
импульсивность-самоконтроль	60,93	68,08	0,05
эмоциональная устойчивость- эмоциональная неустойчивость	51,93	45,42	0,05
практичность-экспрессивность	52,78	48,20	-
Опросник «Стиль саморегуляции поведения» (В.И. Моросанова)			
общий уровень саморегуляции	24,90	26,42	-
планирование	17,43	17,44	0,05
моделирование	5,26	5,61	-
программирование	4,33	5,20	-
оценивание результатов	5,74	8,12	0,05
гибкость	4,99	7,14	0,05
самостоятельность	5,57	5,55	-
Шкала тревоги Спилбергера-Ханина (State-Trait Anxiety Inventory, STAI)			
ситуативная тревожность	45,66	36,55	0,01
личностная тревожность	45,05	41,95	0,01

В результате апробации психокоррекционной программы повысились показатели приверженности к лечению (приверженность к медицинскому сопровождению, приверженность к изменению образа жизни, приверженность к лекарственной терапии), а также изменились следующие индивидуально-психологических характеристики.

Заключение.

1. Результаты исследования свидетельствуют о том, что у больных гипертонической болезнью, находящихся на стационарном лечении, выявляются низкие значения приверженности и к лекарственной терапии ($41,8 \pm 0,32$), и медицинскому сопровождению ($43,02 \pm 0,35$), а также к изменению образа жизни ($34,6 \pm 0,36$).

2. После проведения психокоррекционной работы у больных гипертонической болезнью повысился показатель приверженности лечению, больные стали более привержены к медицинскому сопровождению, прислушиваться к мнению врачей, следовать их рекомендациям, стали проявлять ответственность в процессе лечения и на этапе выздоровления.

3. В процессе психокоррекционной работы выявлено статистически достоверное улучшение в личностных показателях по тесту-опроснику личности «Большая пятерка» (в рос. адаптации А.Б. Хромов) «интроверсия-экстраверсия», «импульсивность-самоконтроль», «эмоциональная устойчивость-эмоциональная неустойчивость», общий уровень саморегуляции, что свидетельствует о том, что пациенты стали более самостоятельны в принятии решений, более гибко и адекватно реагируют на изменение ситуации. У больных ГБ 2 и 3 стадии, проходящих стационарное лечение, зафиксировано увеличение показателей по стилям саморегуляции поведения «оценивание результатов» и «гибкость», а также изменения ситуативной и личностной тревожности (тревожность также снизилась по абсолютному значению).

4. Исследование показало целесообразность использования таких психологических методов как релаксационные техники и элементы когнитивно-поведенческой терапии (мотивационное интервью и комплаенс-терапия) для повышения приверженности к терапии больных гипертонической болезнью.

Список литературы:

1. Министерство здравоохранения Российской Федерации Департамент мониторинга, анализа и стратегического развития здравоохранения [Электронный ресурс] // Статистические материалы «Социально-значимые заболевания населения России в 2024 г.» URL: <https://www.rosminzdrav.ru> (дата обращения: 20.10.2023).
2. Федеральная служба государственной статистики (Росстат) [Электронный ресурс] // Здравоохранение в России. 2024. URL: <https://www.gks.ru> (дата обращения: 12.07.2024).
3. «Клинические рекомендации «Артериальная гипертензия у взрослых» (одобрены Минздравом России) (Новая редакция 01.01.2025 г.).
4. Дюсенова Л.Б., Пивина Л.М., Остроумова Е. [и др.]. Влияние психологических факторов на приверженность пациентов с артериальной гипертензией к лечению. Обзор литературы. Наука и здравоохранение. 2018;3:127–138.

Информация об авторах:

Бузина Татьяна Сергеевна, ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Россия, доктор психологических наук, доцент, заведующий кафедрой общей психологии, ORCID: <https://0000-00002-8834-251X>, e-mail: tbuzina@gmail.com

*Кубекова Алия Салаватовна, ФГБОУ ВО «Астраханский ГМУ» Минздрава России, г. Астрахань, Россия, кандидат психологических наук, доцент, доцент кафедры экономики и управления здравоохранением с курсом последипломного образования, ORCID ID: 0000-0002-6534-7035; e-mail: alya_kubekova@mail.ru

Идрисов Рамил Зимирихан Оглы, ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко» Минздрава России, студент 602 группы факультета медико-профилактического дела, г. Воронеж, Россия, e-mail: roman_nevazhno_99@mail.ru

Работа выполнена самостоятельно

ОСОБЕННОСТИ САМОВОСПРИЯТИЯ У ПАЦИЕНТОВ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Кудрина И.С.

Новосибирский государственный медицинский университет, Новосибирск, Россия

Источник финансирования: собственные средства учреждения.

Ключевые слова: шизофрения, самовосприятие, уровень притязаний, качество жизни.

Аннотация. В статье исследуются компоненты самовосприятия у пациентов шизофренического спектра с разным стажем заболевания, в соответствии с основной целью было выявлено, что пациенты с первым эпизодом более адаптивны и их компоненты самовосприятия имеют слабо выраженные нарушения, в отличие от пациентов со стажем заболевания, самовосприятие которых нарушено во всех сферах в разной степени. Исследование этой темы в дальнейшем поможет определению путей и направленности социально-реабилитационных и коррекционных мероприятий, а также повышение продолжительности ремиссии.

Введение. В современной психиатрии все большее внимание уделяется не только эндогенным механизмам развития шизофрении, но и реактивно-личностным факторам, формирующимся на основе изменившегося с заболеванием самовосприятия пациента [1]. Многочисленные исследования подтверждают, что то, как человек воспринимает себя, свои возможности, ограничения и перспективы, способно существенно влиять на течение заболевания, эффективность лечебных мероприятий и успешность социальной адаптации [2, 9].

Существующие подходы к изучению самовосприятия при шизофрении преимущественно фокусируются на патологических аспектах — искажениях образа Я, нарушениях самоидентичности, снижении критичности [3]. Однако, на наш взгляд, значимым и ресурсным фактором для лиц с расстройствами шизофренического спектра может выступать именно позитивное отношение к себе. Именно самовосприятие способно сформировать мотивацию, определяющую динамику заболевания, приверженность к лечению и устойчивость ремиссии [4].

Новизна настоящего исследования заключается в сравнительном анализе компонентов самовосприятия у пациентов с первым эпизодом заболевания и у пациентов с длительным стажем, что позволяет выявить динамику изменений и определить наиболее уязвимые и, напротив, ресурсные сферы на разных этапах болезни. Такой подход открывает возможности для разработки дифференцированных программ психосоциальной реабилитации.

Актуальность. Многие авторы утверждают, что в патогенезе шизофрении помимо эндогенных факторов, особое место занимают и реактивно-личностные механизмы, которые формируются на основе, изменившегося с заболеванием, самовосприятия пациента [5, 7]. Так как неадекватное восприятие себя может осложнить течение заболевания, препятствовать успешному проведению лечебных мероприятий и приводить к дезадаптации [6, 8]. На наш взгляд, значимым и ресурсным фактором для лиц с расстройствами шизофренического спектра может быть именно позитивное отношение к себе (самовосприятие). Мы думаем, что это поможет сформировать мотивацию, которая внесет значительный вклад в динамику заболевания, в сформированность приверженности к лечению и к выходу в ремиссию.

Целью исследования стал анализ особенностей самовосприятия у пациентов шизофренического спектра.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе ГБУЗ НСО «Государственной Новосибирской клинической психиатрической больницы № 3». Используемые методики: опросник профессиональная временная перспектива будущего (Х.Цахера И М.Фрезе), шкала оценки качества жизни (адаптация: Н. Е. Водопьянова), опросник для самооценки социальной значимости болезни (опросник Сердюка), оценка уровня притязаний (В.К. Гербачевской).

Результаты и их Обсуждение. Мы провели коррекционный анализ между отдельными компонентами самовосприятия с помощью критерия Спирмена (уровни значимости $p \leq 0,05$ и $p \leq 0,01$). Значимые прямые взаимосвязи (при $p \leq 0,01$) получены между показателем

«Интенсивности боли» по методике «Опросник качества жизни» и шкалой «Познавательный мотив» ($r=0,74$) по методике «Оценка уровня притязаний» обратная взаимосвязь между показателями «Интенсивности боли» и «Оставшееся время» по методике «Профессиональная временная перспектива будущего» (рис. 1).

Рисунок 1.

Взаимосвязи показателя «Интенсивность боли»

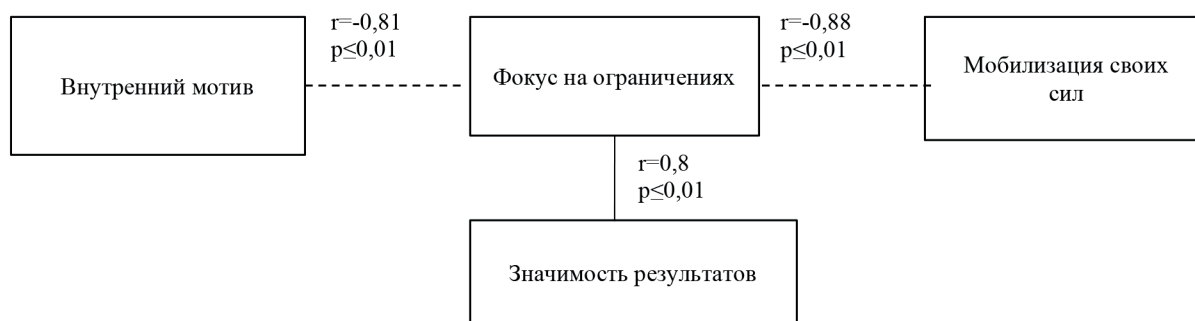


Мы предполагаем, что обратная взаимосвязь говорит о том, что чем интенсивнее боль, тем больше пациент приходит к пониманию, что время – ограниченный ресурс. В зависимости от личностных особенностей, обстоятельств и других различных факторов, для человека данное осознание может послужить как мотивацией на действия или же привести к депрессивной симптоматике, чувству безысходности и предреши́нности.

Значимые прямые взаимосвязи (при $p \leq 0,01$) получены между показателем «Фокус на ограничениях» по методике «Профессиональная временная перспектива будущего» и шкалой «Значимость результатов» ($r=0,8$), обратные взаимосвязи: «Внутренний мотив», «Мобилизация своих сил» по методике «Оценка уровня притязаний» (рис. 2.).

Рисунок 2.

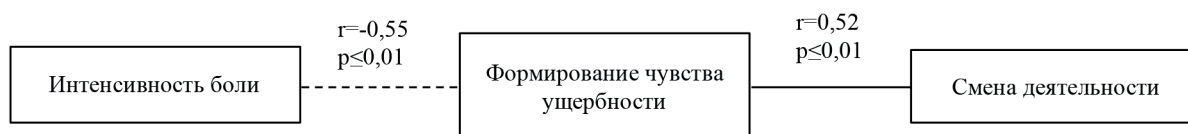
Взаимосвязи показателя «Фокус на ограничениях»



Мы предполагаем, что у пациентов чем выше внутренний мотив, тем меньше фокус на ограничениях своих возможностей в профессиональной сфере, так как внутренняя мотивация пациента достаточно сильна и, соответственно, ему намного легче справляется с трудностями, также для пациентов имеют важное значение результаты тестирования, потому что для них это проверка своих возможностей. Мобилизуя свои силы, пациенты меньше концентрируются на ограничениях, предоставленных болезнью, так как деятельность от усилий дает результаты и, следовательно, пациенты меньше чувствуют себя ограниченными в определенных сферах жизни.

В результате корреляционного исследования у пациентов со стажем заболевания были выявлены статистически значимые прямые и обратные взаимосвязи. Значимые прямые взаимосвязи (при $p \leq 0,01$) получены между показателем «Формирование чувства ущербности» по методике «Самооценка социальной значимости болезни» и шкалой «Смена деятельности» ($r=0,52$) по методике «Оценка уровня притязаний», обратная взаимосвязь между показателями «Формирование чувства ущербности» и «Интенсивность боли» по методике «Опросник качества жизни» (рис. 3.).

Рисунок 3.

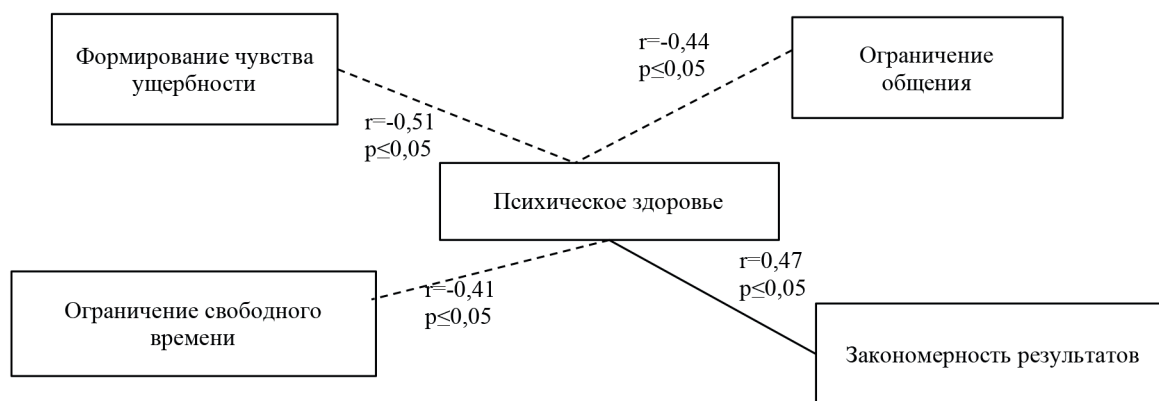
Взаимосвязи показателя «Формирование чувства ущербности»

Пациенты со стажем заболевания по состоянию здоровья в большинстве своем вынуждены поменять были род деятельности. Ввиду этого у них может быть тенденция к формированию чувства ущербности, так как в данной ситуации выбор профессий достаточно ограничен, также добавляется еще негативные реакции и трудности, связанные с самим заболеванием и лекарственными препаратами.

Также чем интенсивнее боль у пациентов, тем ниже риск формирования чувства ущербности, так как все внимание сконцентрировано на боли в настоящий момент. Также в учет берутся индивидуально-личностные особенности, зрелые механизмы защиты и копинг-стратегии, поддержка со стороны семьи, общее самочувствие и состоянию психического здоровья, которые влияют на снижение формирования чувства ущербности.

Значимые прямые взаимосвязи (при $p \leq 0,05$) получены между показателем «Психическое здоровье» по методике «Опросник качества жизни» и шкалой «Значимость результатов» ($r=0,47$) по методике «Оценка уровня притязаний», обратная взаимосвязь таких шкал как: «Ограничение общения», «Формирования чувства ущербности» и «Ограничение свободного времени» по методике «Самооценка социальной значимости болезни» (рис. 4.).

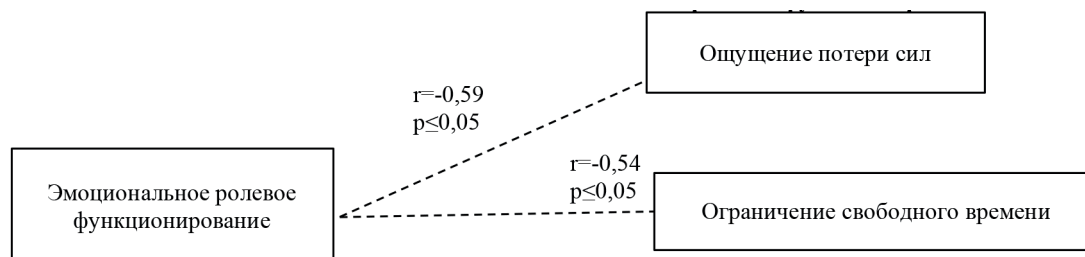
Рисунок 4.

Взаимосвязи показателя «Психическое здоровье»

У пациентов со стажем заболевания наблюдается такая тенденция, что чем меньше ограничения свободного времени, общения и чувства ущербности, тем больше баллов критерию психического здоровья. Соответственно, чем больше свободы в выборе людей для коммуникации и повседневных дел, тем благотворнее это влияет на пациентов. В условиях больницы подобное организовать достаточно затруднительно. Также мы наблюдаем связь между уровнем психического здоровья и пониманием собственных возможностей в поставленных целях. То есть чем более удовлетворителен показатель психического здоровья у пациента, тем более адекватно он оценивает своих возможности. Кроме того, на понимания закономерности результатов может влиять и жизненная активность, иначе говоря, ощущение себя полным сил и энергии для выполнения поставленных задач.

Значимые обратные взаимосвязи (при $p \leq 0,05$) получены между показателем «Эмоциональное ролевое функционирование» по методике «Опросник качества жизни» и шкалами «Ощущение потери сил» и «Ограничение свободного времени» по методике «Самооценка социальной значимости болезни» (рис. 5.).

Рисунок 5.

Взаимосвязи показателя «Эмоциональное ролевое функционирование»

Эмоционально ролевое функционирование подразумевает влияние эмоционального состояния на выполнения повседневной и профессиональной деятельности. Ввиду этого, чем сильнее выражено это влияние, тем ниже ограничения свободного времени. Это может быть связано с тем, что пациенты, находясь в эмоциональном состоянии теряют счет времени и, соответственно, меньше обращают внимание на то, что болезнь ограничивает их время. Такая же тенденция и с ощущением потери сил и энергии. Если рассматривать как первичный фактор эмоционально ролевое состояние, то можно рассмотреть две крайности: депрессивный и маниакальный эпизоды. Пациент в выраженном депрессивном состоянии имеет желание побыть один, отгородиться от людей, ничего не делать в условиях больницы (помогать с обедами, коммуницировать с людьми), и следовательно, ему лучше от этого одиночества, и он таким образом восполняет свои силы и энергию. Пациент в маниакальном состоянии проявляется достаточно активно и, ввиду этого, также не чувствует потерю сил, а наоборот прилив энергии. Также в учет берутся и эмоционально-личностные характеристики каждого отдельного пациента. У нас в выборке наблюдается обратная взаимосвязь эмоционального состояния и ощущения потери сил.

Заключение основано на анализе взаимосвязей компонентов самовосприятия у пациентов с первым эпизодом, мы можем предположить, что на данном этапе заболевания они демонстрируют адаптивные стратегии, такие как поиск информации, мобилизацию внутренних сил и поддержку семьи. И характерной чертой для их самовосприятия является отрицание болезни или компенсация с помощью информации для создания «контроля» над заболеванием, чтобы уменьшить тревогу и легче пережить и принять случившиеся.

Так же, анализируя взаимосвязи компонентов самовосприятия у пациентов со стажем заболевания, мы можем предположить, характерными чертами самовосприятия является искажение представлений о телесной составляющей своего «Я», потерей внутренних сил, формирования чувства неполноценности в мыслях и действиях, отдаление от межличностных контактов.

Список литературы

1. Шве́ц К. Н., Хамская И. С. Факторы социальной дезадаптации больных шизофренией и подходы к психосоциальной терапии и реабилитации (обзор). Научные результаты биомедицинских исследований. 2019; 5(2): 72-85.
2. Degnan A., Berry K., Sweet D., Abel K., Crossley N., Edge D. Social networks and symptomatic and functional outcomes in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2018; 53(9): 873-888.
3. Davis B. J., Lysaker P. H., Salyers M. P. The insight paradox in schizophrenia: a meta-analysis of the relationship between clinical insight and quality of life. Schizophr Res. 2020; 223: 9-17.
4. Hoseinipalangi Z., Golmohammadi Z., Rafiei S. Global health-related quality of life in schizophrenia: systematic review and meta-analysis. BMJ Support Palliat Care. 2022; 12(e1): e121-e130.
5. Yildiz M. Psychosocial rehabilitation interventions in the treatment of schizophrenia and bipolar disorder. Noro Psikiyatr Ars. 2021; 58(Suppl 1): S77-S82.
6. Jester D. J., Thomas M. L., Sturm E. T., Harvey P. D., Keshavan M., Davis B. J., Saxena S., Tampi R., Leutwyler H., Compton M. T., Palmer B. W., Jeste D. V. Review of Major Social Determinants of Health in Schizophrenia-Spectrum Psychotic Disorders: I. Clinical Outcomes. Schizophr Bull. 2023; 49(4): 837-850.
7. Park T., Hirani S. A methodological review of quality of life scales used in schizophrenia. Nurs Meas. 2021; 29(3): 441-461.

8. Lungu P. F., Lungu C. M., Ciobica A., Balmus I. M., Boloş A., Dobrin R., Luca A. C. Metacognition in Schizophrenia Spectrum Disorders—Current Methods and Approaches. *Brain Sci.* 2023; 13(7): 1004.

9. Mediavilla R., Lopez–Arroyo M., Gomez–Arnau J., Wiesepape C., Lysaker P. H., Lahera G. Autobiographical memory in schizophrenia: The role of metacognition. *Compr Psychiatry.* 2021; 109: 152254.

Информация об авторах:

Автор: Кудрина Ирина Сергеевна, Новосибирский государственный медицинский университет, Новосибирск, Россия, студентка клинической психологии 5 курс, irinakudrina1803@mail.ru

Название организации: Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Новосибирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения России (630091, г. Новосибирск, Красный проспект, д. 52)

АДАПТАЦИОГЕНЕЗ У ПАЦИЕНТОВ С ШИЗОФРЕНИЕЙ, ПОЛУЧАЮЩИХ АНТИПСИХОТИКИ 2-ГО И 3-ГО ПОКОЛЕНИЯ С ДЛИТЕЛЬНОСТЬЮ ЗАБОЛЕВАНИЯ ДО 1 ГОДА

Петкун Д.А*, Першина А.Э, Бородюк Ю.Н

НИИ психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, г.Томск

Источник финансирования: отсутствует

Ключевые слова: шизофрения, антипсихотики, психофармакотерапия, социальная адаптация, типы адаптации

Аннотация: *Оптимальная антипсихотическая терапия является внешним саногенным механизмом формирования адаптации. В настоящее время является актуальным уточнение адаптационного потенциала у больных шизофренией.*

Актуальность: В исследование были включены 40 пациентов с верифицированным диагнозом шизофрении, параноидный подтип, длительность наблюдения менее года. Было выявлено, что пациенты с базисной терапией атипичными антипсихотиками 3-го поколения демонстрируют развитие более адаптивных форм поведения. В частности, наблюдается преобладание благоприятных типов компенсаторно-приспособительных механизмов защиты «гуттаперчивая капсула» и «экологическая ниша».

Ведение: Исследование возможностей адаптации у пациентов с шизофренией является важным и актуальным, прежде всего в связи с необходимостью максимально полного восстановления трудовых, семейных и социальных навыков. Предпосылки формирования адаптации пациентов были разделены на саногенные и патогенные Г.В. Логвинович [1,2,3], которые, в свою очередь, имели внутренние и внешние механизмы. В последующих работах данная концепция была расширена, во внутренние патогенные механизмы были включены гено- и фенотипические факторы, конституциональные факторы, а также клинические проявления, а во внешние – неблагоприятные социальные условия и неадекватную терапевтическую поддержку. Внутренние саногенные механизмы определяются благоприятной клинической картиной болезни и относительно гармоничным сочетанием индивидуально-личностных адаптационных возможностей и конституционально-морфологических особенностей больных, а среди внешних саногенных механизмов были выделены рациональная психофармакотерапия и социальная поддержка [4]. Г.В. Логвинович и соавторы выделили основные типы компенсаторно-приспособительных защитных механизмов, которые развиваются на основе измененной психической структуры и влияют на адаптационный потенциал больных. Всего описано четыре типа: наиболее благоприятный тип «гуттаперчевая капсула» — характеризуется тем, что пациент сохраняет прежний уровень функционирования; «экологическая ниша» — при котором социализация возможна на более низком уровне при активной поддержке; «социальная оппозиция» — связанная с конфликтами пациента с окружением и обществом; и укрытие под опекой — один из наиболее неблагоприятных вариантов защит, при котором затруднены как социальные контакты, так и выполнение бытовых обязанностей без активного внешнего влияния. Одним из важнейших факторов, влияющих на формирование адаптации, является безопасность и эффективность антипсихотической терапии [5]. Развитие психофармакотерапии и применение в рутинной клинической практике антипсихотиков третьей генерации позволяет не только редуцировать психопатологические симптомы, но и ставит вопрос об относительно полном сохранении пациента в макросоциальном пространстве.

Цели и задачи исследования: провести сравнительный анализ формирования типа компенсаторно-приспособительной защиты у пациентов с различной базисной антипсихотической терапией.

Материалы и методы: в исследовании были включены 40 пациентов в возрасте 24 [20; 25] лет с верифицированным диагнозом шизофрении, параноидная форма, период наблюдения менее 1 года согласно критериям МКБ-10 (F 20.09), находившиеся на стационарном лечении в отделении эндогенных расстройств, ФГБНУ «Научно-исследовательский институт психического здоровья», Томский национальный исследовательский медицинский центр РАН. Все пациенты, находящиеся на момент обследования в стационаре получали базисную антипсихотическую те-

* Петкун Дмитрий Александрович-корреспондирующий автор

Научный руководитель: Корнетова Елена Георгиевна, ORCID: 0000-0002-5179-9727 /д.м.н, научный руководитель отделения эндогенных расстройств

рапию в дозировках, одобренных Минздравом РФ. Общая антипсихотическая нагрузка (в перерасчете на хлорпромазиновый эквивалент (CPZeq)) составила 400 [200; 600] мг/сут. В первую группу (n=20) включены пациенты, получающие базисную терапию атипичными антипсихотиками 2-го поколения (оланзапин, кветиапин, рисперидон), вторую группу (n=20) составили пациенты, получающие базисную терапию атипичными антипсихотиками 3-го поколения. По результатам SASS на основании суммы общего балла определялся уровень адаптации и социального функционирования: от 0 до 22 баллов – выраженное снижение, от 23 до 34 баллов – неудовлетворительная (арипипразол, брекспипразол). Средний балл по PANSS составил в группе пациентов с базисной терапией антипсихотиками 2-го поколения составил 94 [85; 102], в группе пациентов с базисной терапией атипичными антипсихотиками 3-го поколения – 96 [87; 103]. Психометрическая оценка, от 35 до 55 – высокая оценка, что соответствует общепринятому разделению уровня адаптации и социального функционирования произведена с использованием самоопросника – шкалы самооценки социальной адаптации (The Social Adaptation Self-Evaluation Scale – SASS). Оценка адаптации выполнялась согласно методике Г.В. Логвинович с определением типа компенсаторно-приспособительной реакции. Статистическая обработка проводилась с использованием программного обеспечения Statistica for Windows (V. 12.0). **Результаты:** В соответствии с целью исследования оценивалась адаптация у больных шизофренией с базисной антипсихотической терапией препаратами 2-го и 3-го поколения.

Таблица 1. Типы компенсаторно-приспособительной реакции защиты у больных шизофренией с базисной терапией антипсихотиками 2 и 3 поколения

Тип компенсаторно-приспособительной защиты	Пациенты, принимающие антипсихотики 2-го поколения		Пациенты, принимающие атипичные антипсихотики 3-го поколения		p
	Абс.	%	Абс.	%	
Гуттаперчевая капсула	3	15	7	35	p>0,05
Экологическая ниша	4	20	7	35	p>0,05
Социальная оппозиция	2	10	2	10	p>0,05
Укрытие под опекой	11	55	4	20	p<0,05*

* статистически значимая разница

Среди пациентов с базисной терапией антипсихотиками 2-го поколения преобладал неблагоприятный тип компенсаторно-приспособительной защиты – «укрытие под опекой» (55%). В то время как для пациентов, получающих атипичные антипсихотики 3 поколения, наблюдается тенденция к формированию относительно благоприятных компенсаторно-приспособительных типов защиты «гуттаперчевая капсула» (35%) и «экологическая ниша» (35%).

Таблица 2. Уровень самооценки социальной адаптации по SASS у больных шизофренией с базисной терапией антипсихотиками 2 и 3 поколения

Показатель субъективной оценки по шкале SASS	Пациенты, принимающие антипсихотики 2-го поколения		Пациенты, принимающие атипичные антипсихотики 3-го поколения		p
	Абс.	%	Абс.	%	
Выраженное снижение	10	50,0	5	25	p>0,05
Неудовлетворительная оценка	7	35	4	20	p>0,05
Высокая оценка	3	15	11	55	p<0,05*

* статистически значимая разница

При оценке по SASS было обнаружено, что пациенты, получающие терапию атипичными антипсихотиками 3 поколения, в целом имели более высокую оценку (55%). У пациентов с психофармакотерапией атипичными антипсихотиками 2-го поколения в группе преобладало выраженное снижение (50%) и неудовлетворительная оценка (35%).

Обсуждение: при сравнении двух групп было выявлено, что у пациентов с базисной терапией антипсихотиками 2-го поколения преобладал неблагоприятный тип компенсаторно-приспособительной защиты – «укрытие под опекой» (55%) и имели более низкий уровень социального функционирования.

Заключение: Прием различных групп антипсихотиков сопровождается существенными различиями в формировании внутренних адаптивных реакций. Очевидно, что более высокий уровень адаптационно-ресурсного потенциала способствует уменьшению количества рецидивов и регоспитализаций, что, в свою очередь, приводит к косвенному снижению затрат на лечение пациентов с шизофренией. Было выявлено, что пациенты с базисной терапией атипичными антипсихотиками 3-го поколения демонстрируют развитие более адаптивных форм поведения. В частности, наблюдается преобладание благоприятных типов компенсаторно-приспособительных механизмов защиты «гуттаперчивая капсула» и «экологическая ниша». С учетом внедрения в клиническую практику антипсихотиков 3-го поколения возникает потребность в более детальном исследовании их воздействии на адаптационный потенциал пациентов, что представляет одну из приоритетных задач.

Список литературы

1. Логвинович, Г.В. Возможные варианты динамики индивидуальной компенсаторно-приспособительной личностной защиты в клинике шизофрении /Г.В. Логвинович //Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 1998. - № 3. - С.46-48.
2. Логвинович, Г.В., Семке, А.В. Первичные и вторичные нарушения адаптации при шизофрении /Г.В.Логвинович, А.В.Семке. Томск, 1995. — 212 с.
3. Логвинович, Г.В., Семке, А.В., Бессараб, С.П. Негативные расстройства и адаптационные возможности у больных шизофренией в ремиссиях /Г.В.Логвинович, А.В.Семке, С.П.Бессараб. Томск, 1992. - 169 с.
4. Роль психофармакотерапии в комплексном подходе к лечению шизофрении: взгляд через модель адаптиогенеза / Е. Г. Корнетова, А. В. Семке, Л. А. Горбачевич, А. Г. Перевезнюк // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2006. – № 5. – С. 118-120.
5. 15. Petrova NN, Sofronov AG. Antipsychotics: from the first to the third generation. Pharmacy formulas. 2020;2(4):82-89.

Информация об авторах, руководителе:

Петкун Дмитрий Александрович, НИИ психического здоровья Томского НИМЦ, г.Томск, Российская Федерация, м.н.с. отделения эндогенных расстройств, ORCID iD 0009-0008-1878-5084, e-mail substantia_p@mail.ru

Першина Анжела Эдуардовна, НИИ психического здоровья Томского НИМЦ, г.Томск, Российская Федерация, младший научный сотрудник отделения эндогенных расстройств, ORCID iD 0009-0002-8504-6675, e-mail anzelasahno2077@gmail.com

Бородюк Юлия Николаевна, НИИ психического здоровья Томского НИМЦ, г.Томск, Российская Федерация, врач-психиатр второго клинического психиатрического отделения, ORCID iD 0000-0001-5680-0881, e-mail y_borodyuk@mail.ru

Корнетова Елена Георгиевна, НИИ психического здоровья Томского НИМЦ, г.Томск, Российская Федерация, ORCID: 0000-0002-5179-9727 /д.м.н, научный руководитель отделения эндогенных расстройств, e-mail ekornetova@outlook.com

МЕЖГРУППОВОЙ АНАЛИЗ ПОРЯДКОВЫХ ВЕЛИЧИН В ПСИХИАТРИИ Д ЛЯ СЛУЧАЯ МАЛОЙ ВЫБОРКИ

А. Н. Гвоздецкий*, Е.А. Горина, А.Е. Добровольская, А.Г. Софронов

ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет
им. И.И. Мечникова», Санкт-Петербург

СПб ГКУЗ «Городская психиатрическая больница № 3 им. И.И. Скворцова-Степанова»,
Санкт-Петербург

ФГБОУ ВО «Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена»,
Санкт-Петербург

Источник финансирования: инициативное исследование, дополнительное финансирование не требовалось.

Ключевые слова: малая выборка, психиатрия, порядковая шкала, рейтинговая шкала.

Аннотация. В психиатрии широко используются рейтинговые шкалы, анализ которых затруднен в случае малой выборки. Изучена применимость статистических тестов в асимптотическом и точном вариантах. Установлено, что точный критерий Бруннера-Мунцеля является лучшим статистическим критерием для межгруппового сравнения порядковых данных в психиатрии.

Введение. В литературе нет единого мнения о том, что считать малой выборкой. Считается, что малая выборка может составлять 10 [1], 8 [2] и 4 наблюдения [3]. Для малого объема данных относительно известны способы анализа категориальных и количественных величин. Значительно реже встречается информация о анализе порядковых данных в случае малой выборки. Сведения о сравнительной эффективности тестов для анализа порядковых данных в психиатрии практически отсутствуют.

Цель работы. Изучить применимость статистических критериев для анализа порядковых данных в случае малой выборки в психиатрии.

Материал и методы. Симуляция порядковых данных выполнялась библиотекой *LikertMakeR*. Для оценки удержания номинальной ошибки первого рода использовались распределения со средним 3, для оценки мощности использовались средние 2,5 и 3,5 в первой и второй группах, соответственно. В обоих случаях стандартное отклонение равнялось 1. Генерация данных выполнялась 10 тыс. раз для каждого случая, при котором число наблюдений в каждой группе последовательно увеличивалось с 4 до 24. Для практической демонстрации применения статистических критериев выполнено сравнение выраженности тревоги при абстинентном синдроме в зависимости от наличия вирусного гепатита С у лиц с вирусным гепатитом В ($n=14$), поступивших в психиатрический стационар. Тревога оценивалась по шкале *Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol, Revised* [4], в которой 0 баллов означало «нет тревоги», а 7 баллов - «эквивалент острого панического состояния».

Широко применяемым критерием для порядковых данных является тест Вилкоксона—Манна—Уитни (Wilcoxon—Mann—Whitney) [5, 6]. С его помощью можно проверить гипотезу однородности двух распределений. Для учёта проблемы Бернса—Фишера в непараметрическом случае применяется тест Флигнера—Полиселло (Fligner—Policello) [7]. Современным непараметрическим тестом является критерий Бруннера—Мюнцеля (Brunner—Munzel) [8, 9]. Для сравнения двух медиан разработан критерий Брауна—Муда (Brown—Mood) [10]. Проверка гипотезы упорядоченной альтернативы вида (например, «плацебо < стандартное лечение < новое лечение») требует применения теста Джонкхир—Терпстры [11, 12].

Статистический анализ. Статистические тесты оценивались по способности удерживать вероятность ошибки первого рода (доля значений $p < 0,05$ при сравнении групп с одинаковыми параметрами генерации данных) и статистической мощности (доля значений $p < 0,05$ при сравнении групп с разными параметрами генерации данных). Все полученные результаты усреднялись для получения итоговой характеристики каждого теста. Анализировались асимптотические и точные варианты каждого статистического критерия.

Результаты. Среди пациентов с вирусным гепатитом С 1 балл встречался 0 раз, 2 балла - 6 раз, 3 балла - 2 раза (медиана 2,00, квартили: 2,00 и 2,25). Среди пациентов без гепатита С 1 балл встречался 2 раза, 1 балла - 4 раза, 3 балла - 0 раз (медиана 2,00, квартили: 1,25 и 2,00). В таблице 1 приведены усредненные результаты тестов по оцениваемым характеристикам и p -значение при их применении на реальных данных.

Таблица 1

Результат применения статистических тестов на сгенерированных и реальных порядковых данных

Статистический критерий	Вероятность ошибки первого рода	Мощность	р-значение
Асимптоматические:			
Вилкоксона—Манна—Уитни	0,032	0,305	0,062
Вилкоксона—Манна—Уитни (поправка на непрерывность)	0,039	0,338	0,052
Джонкхира—Терпстры	0,015	0,304	0,781
Флигнера—Полиселло	0,084	0,46	0,021
Брауна—Муда	0,038	0,253	0,202
Бруннера—Мюнцеля	0,060	0,393	0,028
Точные:			
Вилкоксона—Манна—Уитни	0,028	0,293	0,140
Джонкхира—Терпстры	0,013	0,283	0,140
Флигнера—Полиселло	0,029	0,299	0,140
Брауна—Муда	0,021	0,223	0,140
Бруннера—Мюнцеля	0,029	0,301	0,140

Примечание: р-значение – применение статистического теста для сравнения пациентов с вирусным гепатитом С (n = 8) и без него (n=6).

Заключение. При использовании асимптоматических вариантов статистических критериев на малых выборках результаты могут существенно различаться. Это связано с различной способностью удерживать ошибку первого рода и мощностью. Разница между точными тестами меньше и объясняется формулировкой проверяемой гипотезы с учетом вычисления точной статистики. На реальных данных критерий Бруннера—Мюнцеля и Флигнера—Полиселло отклонили нулевые гипотезы. Точные критерии показали приблизительно одинаковое р-значение, при котором нельзя отклонить нулевую гипотезу. Результат подтверждает рекомендацию, что для анализа малых выборок следует отдавать предпочтение точным статистическим критериям. Выбор конкретного критерия обосновывается его мощностью и способностью удерживать ошибку первого рода. По полученным результатам наивысшая эффективность наблюдается у точного критерия Бруннера—Мюнцеля. Требуется дальнейшие исследования для оценки применимости статистических критериев при анализе порядковых данных для случая малых выборок в психиатрии.

Список литературы

1. Morgan CJ. Use of proper statistical techniques for research studies with small samples. American Journal of Physiology-Lung Cellular and Molecular Physiology. 2017;313(5):L873–L877.
2. Jenkins DG, Quintana-Ascencio PF. A solution to minimum sample size for regressions. PLOS ONE. 2020;15(2):e0229345.
3. de Winter JCF. Using the Student's t-test with extremely small sample sizes. Practical Assessment, Research, and Evaluation. 2013;18:Article 10.
4. Sullivan JT, Sykora K, Schneiderman J, et al. Assessment of alcohol withdrawal: the revised clinical institute withdrawal assessment for alcohol scale (CIWA-Ar). Br J Addict. 1989;84(11):1353–1357.
5. Wilcoxon F. Individual Comparisons by Ranking Methods. Biometrics Bulletin. 1945;1(6):80-83.
6. Mann HB, Whitney DR. On a Test of Whether one of Two Random Variables is Stochastically Larger than the Other. The Annals of Mathematical Statistics. 1947;18(1):50–60.
7. Fligner MA, Policello GE. Robust Rank Procedures for the Behrens-Fisher Problem. Journal of the American Statistical Association. 1981;76(373):162–168.
8. Brunner E, Munzel U. The Nonparametric Behrens-Fisher Problem: Asymptotic Theory and a Small-Sample Approximation. Biom J. 2000;42(1):17–25.

9. Neubert K, Brunner E. A studentized permutation test for the non-parametric Behrens–Fisher problem. *Computational Statistics & Data Analysis*. 2007;51(10):5192–5204.
10. Brown GW, Mood AM. On median tests for linear hypotheses. *Proceedings of the second Berkeley Symposium on Mathematical Statistics and Probability*. Berkeley, California: University of California Press; 1951. p. 159–166.
11. Terpstra TJ. The asymptotic normality and consistency of Kendall’s test against trend, when ties are present in one ranking. *Indagationes Mathematicae (Proceedings)*. 1952;55:327–333.
12. Jonckheere AR. A Distribution-Free k-Sample Test Against Ordered Alternatives. *Biometrika*. 1954;41(1/2):133.

Информация об авторах:

Гвоздецкий Антон Николаевич – ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, СПб ГКУЗ «Городская психиатрическая больница № 3 им. И.И. Скворцова-Степанова»; Санкт-Петербург, Россия; кандидат медицинских наук, ORCID: 0000-0001-8045-1220; e-mail: Gvozdetskiy_AN@hotmail.com

Горина Елена Александровна – СПб ГКУЗ «Городская психиатрическая больница № 3 им. И.И. Скворцова-Степанова»; ФГБОУ ВО «Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена», Санкт-Петербург, Россия; ORCID: 0000-0002-5050-2928; e-mail: lenkom39006@mail.ru

Добровольская Алла Евгеньевна – ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, СПб ГКУЗ «Городская психиатрическая больница № 3 им. И.И. Скворцова-Степанова»; Санкт-Петербург, Россия; кандидат медицинских наук, доцент, ORCID: 0000-0002-3582-6078; e-mail: maxmmm@yandex.ru

Софронов Александр Генрихович – ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, СПб ГКУЗ «Городская психиатрическая больница № 3 им. И.И. Скворцова-Степанова», Санкт-Петербург, Россия; доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент РАН, ORCID: 0000-0001-6339-0198; e-mail: alex-sofronov@yandex.ru

Работа выполнена самостоятельно.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РАБОТА С ДЕВИАЦИЯМИ КОМБАТАНТОВ В УСЛОВИЯХ ПОСТ- И ПЕРИТРАВМАТИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ

Д.Н. Пурпурсевич,

(Частное образовательное учреждение высшего образования «Санкт-Петербургский медико-социальный институт», г. Санкт-Петербург)

Источник финансирования: собственные средства

Ключевые слова: ПТСР, комбатанты, девиации, психотерапия, ресоциализация, первичные редакции

Аннотация. В обществе социализируются ветераны с боевым опытом, вернувшиеся из зоны военных действий (СВО). Их число растет; более 1 млн человек - с учетом ротации военнослужащих и мобилизованных придет домой с разным боевым опытом. Особенности реакций и эмоциональные паттерны поведения заметны почти в каждом рабочем коллективе. В статье раскрываются особенности психической травмы в боевых действиях и результаты исследований для социализации комбатантов в обществе.

Введение. Разные ролевые ожидания - коллег по работе, членов семей, не знакомых с особенностями психической травмы (боевого стресса) мешают в повседневной коммуникации с комбатантами. Чтобы помочь им (и себе), ветеранов нужно понять: как они мыслят, как реагируют, что их мотивирует, что беспокоит и вызывает неадекватные реакции, агрессию... Понимание причинно-следственной связи поведенческих рефлексов поможет сохранить высокого профессионала в команде (коллективе), и сохранит ячейку общества в семейных отношениях. Если не работать над этой проблемой, вызовом новейшего времени, устраниться от явления, риски после возвращения комбатантов в мирную жизнь дадут о себе знать повышением криминальной активности, алкоголизацией социальной группы граждан, ростом числом разводов и личных трагедий, в том числе самих ветеранов. Успешная социализация ветеранов - не только их, но дело общества, желающего сохранить качество жизни и безопасности, укрепления демографических результатов и рост активов вместе с дорогими людьми.

О проблематике психической травмы. Проблематикой психической травмы и посттравматических тревожных (стрессовых) расстройств (ПТСР) занимались отечественные и зарубежные специалисты, в числе которых и фундаментально - Э. Крепелин, М. Зеленова, Н. Резник; с точки зрения диагностики - К. Ясперс, A.Y. Shalev и R. Mayou и др.

Стрессогенная травма комбатантов – ветеранов боевых действий как фактор когнитивных нарушений восприятия реальности связан с соматической и психической патологией, детерминирует депрессивные, диссоциативные, личностные расстройства с признаками социальной дезадаптации в виде тревожности, раздражительности, эмоциональной отчужденности, ангедонии, навязчивых переживаний, бессонницы, кошмарных сновидений, импульсивности, враждебности; но не приводит однозначно к формированию ПТСР в виде острого стрессового расстройства – ОСР [1, 2].

Цель. Уточнение причинно-следственной связи с разработкой гипотезы в формате диагностического алгоритма, психодиагностической методики «тематический апперцептивный тест», личностного опросника Шмишека, катамнестических наблюдений, а также статистических процедур корреляционного, контент- и кластерного анализа.

Методы. Поход апробирован нами ранее и показал результативность в сравнении степени выраженности ПТСР и перитравматического расстройства (ПТР) относительно определенных в МКБ и DSM диагностических рамок [3, 4].

В продолжающемся исследовании принимают участие 204 мужчин, из них 166 из числа проходящих службу в возрасте от 22 до 56 лет преимущественно в категории «добровольцев» и мобилизованных, и 38 - в возрасте 43-56 лет – большинство также участники боевых действий в Демократической республике Афганистан и Чеченской республики. Средний возраст обследуемых 40,5 лет. Из репрезентативной выборки 8 имеют подтвержденный диагноз ПТСР, установленный в соответствии с МКБ-10 и DSM-5, однако более 40 мужчин имеют ярко выраженные признаки стрессового расстройства, у иных военнослужащих источник угрозы связан с не конгруэнтностью ситуации.

Результаты. Выявленная причина девиации поведения связана с когнитивным диссонансом между мотивами индивидуума и социально одобряемыми средствами осуществления целей.

Обособленность группы комбатантов и ресоциализация подтвердили концепцию Беккера – теорию стигматизации. «Суждение о том, является ли тот или иной поступок девиантным, обусловлено его характером, а также тем, как его оценивают другие люди» [5].

Первичные реакции на травматические события характеризуются как адаптивные, направленные на выживание, резистентные угрозе и связаны с физиологическими ресурсами организма.

Ключевым для нас являлся событийный характер общения в проекции субъективного ощущения ценности контакта. Поскольку общение отличалось личностным, не ролевым характером, проанализированы коммуникативные ситуации и мотивы, когда у комбатанта установлено стремление сотрудничать и действительно помочь другому в диалоге с predominацией активности «клиента» и психотерапевта.

Заключение. В исследовании выявлены элементы трансформации резистивного процесса с экстремальным и форсированным развитием патологических форм противостояния травме — ОСТР, ПТСР, ПТР с причинно-следственной связью паттернов поведения и аффективными расстройствами, что приводит к девиантному антисоциальному поведению и суицидальным рискам.

Список литературы

1. Лебедев А. В. Когнитивно-поведенческая терапия при ПТСР. Новосибирск: Наука, 2017. с. 230.
2. Лебедева Н. А., Борисова Е. Н. Изменение функций внимания у людей, страдающих посттравматическим стрессовым расстройством // Психология стресса и совладающего поведения: вызовы, ресурсы, благополучие: матер. V Междунар. науч. конф. Кострома: Костромской государственный университет, 2019; С276–280.
3. Кашкаров А. П. Способы устойчивой социализации ветеранов боевых действий. В кн: Психотерапия при ПТСР. М.: Солон–Пресс, 2026: 143–198.
4. Сукиасян С. Г. Посттравматические или перитравматические расстройства: диагностическая дилемма. Современная терапия психических расстройств. 2022; 3:3-13.
5. Becker E. The human personality. A Post-Scientistic view. In: Becker E, ed. Revolution in Psychiatry: A New Understanding of Man. New York: Free Press, 1964:137–162.

Информация об авторах, руководителе: Пурпурсевич Дмитрий Николаевич, аспирант, Частное образовательное учреждение высшего образования «Санкт-Петербургский медико-социальный институт», Санкт-Петербург, Российская Федерация, ORCID 0009-0002-0281-4481, e-mail: aemuller@yandex.ru

Работа выполнена самостоятельно.

ПРОФИЛАКТИКА В АДДИКТОЛОГИИ

В. И. Коньков

РНИМУ им. Н. И. Пирогова, Москва

Источник финансирования: исследование не имело спонсорской поддержки

Ключевые слова: профилактика, аддиктология, болезни зависимости

***Аннотация:** проблема зависимости среди народонаселения нашей страны становится актуальной изо дня в день. Но большая часть работы в сфере аддиктологии направлена на уже имеющуюся болезнь, сформированный синдром зависимости. Многие раннее начало, «старт» заболевания не воспринимают всерьез, считая, что «это само пройдет. А в этом кроется основная опасность данной патологии. Поэтому работа по профилактике в сфере аддиктологии с подростковым населением нашей страны – это краеугольный камень современной наркологии.*

Введение. Распространение болезней зависимости становится все более обширным и поражает наиболее молодой контингент нашего общества. Это касается как болезней зависимости химического характера, так и нехимического. Но наше общество, преимущественно, предпочитает решать уже сложившуюся, сформировавшуюся полноценную проблему, которая стала «махровой», чем заниматься ее решением на этапе преморбида, когда нет никаких проявлений о возможном становлении, ее развитии. В надежде, что «меня\нас это не коснется... у нас такого не может быть...» [1]. Даже когда начинают проявляться первые признаки социальной дезадаптации, являющиеся следствием становления болезни зависимости, большинство близких людей не воспринимают их всерьез – «перебесится...само пройдет...». Но оно не проходит, а продолжает свое развитие уже аутохтонно и требует стационарного лечения. Поэтому проблема предотвращения болезней зависимости из года в год становится все острее и острее, когда необходима их профилактика, нацеленная на развитие и закрепление знаний о «коварстве» данного заболевания [2].

Цели исследования. Оценить необходимость проведения профилактической работы болезнями зависимости среди школьников и преподавателей муниципальной средней общеобразовательной школы (МСОШ).

Материалы и методы. Работа выполнялась на базе МСОШ Новгородской области. Участие в исследовании принимали подростки в возрасте 14 -15 лет в общем количестве 43 человека, а также учителя МСОШ – 4 человека.

Для работы и оценки использовался клинический метод в групповой\индивидуальной работе с каждым респондентом исследования.

Результаты. В результате проведенной работы с вышеуказанным контингентом, которая заключалась в общей беседе, которую предваряли анкетирование школьников, просмотр видеоконтента на тематику вреда употребления алкоголя и его последствий длительностью 15 минут, было выяснено. Что 26 учащихся и два преподавателя регулярно-систематически занимаются табакокурением; при этом место курения и школьников, и преподавателей – общее. Еще 4 школьника пробовали курить – «но родители отругали...». В периодическом употреблении алкогольсодержащих напитков признались 17 учеников. В употреблении ПАВ наркотического профиля выявлено никого не было. Беседа с участниками исследования, включая преподавателей, выявила, что они «нормально» воспринимают периодическое употребление алкоголя школьниками данной возрастной группы. Курение, практически всеми, воспринимается как догма, обыденность настоящей жизни. Все учащиеся сознались, что не менее 3–4 часов в сутки проводят в интернете, большинство из которых это время занимает компьютерными играми. Другие в общении в мессенджерах, избегая общения онлайн со своими друзьями и родными. При этом многие из респондентов исследования сознались, что испытывают выраженный дискомфорт, «нехватку чего-то...», если нет доступа в интернет по каким-то независящим от них причинам.

Преподаватели в качестве примера привели ситуацию, когда школьники не виделись все лето. Решили собраться все вместе – посидеть, пообщаться. Но картина общения в итоге вылилась в нахождение за общим столом, общее молчание, а каждый участник встречи находился в общении со своим смартфоном.

Обсуждение. Проведенная работа показала отношение нашего народонаселения, преимущественно его подростковой части, к проблемам болезней зависимости, которая стала восприниматься как обыденность и норма. Да, возможно проблема касается только региональной части нашей страны, так как исследование

подобного рода не проводилось в крупных мегаполисах. Но в крупных мегаполисах плотность населения еще выше, что создает условия для более стрессового воздействия на наше молодое поколение. Тем более в крупных мегаполисах условия для интернет-коммуникаций, возможности достать алкоголь или другое ПАВ более развиты чем в его региональной части.

Заключение. Проведенное исследование показало, что в нашей стране необходима работа по профилактике проблем болезней зависимости. Требуется, в первую очередь, первичная профилактика, которую необходимо проводить со школьниками средних-старших классов МСОШ, учащимися лицеев, колледжей. Так как предупредить возникновение болезни – легче, чем ее потом лечить.

Список литературы

1. Коньков В.И. Теоретические предпосылки профилактики зависимости от психоактивных веществ. Наркология. 2024; 12: 95-97.
2. Касимова Г.З. Профилактика алкоголизма среди несовершеннолетних. Экономика и социум. 2022; 2-2: 674-680.

Информация об авторах:

Коньков Владимир Иванович, РНИМУ им. Н. И. Пирогова, Москва, Россия, ассистент кафедры психиатрии и медицинской психологии, ORCID: 0000-0002-3975-9220, konkov84@mail.ru

Работа выполнена самостоятельно

К ВОПРОСУ О НОРМАТИВНЫХ ПОКАЗАТЕЛЯХ ПАМЯТИ ВЗРОСЛЫХ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ

Н. Ф. Гребень

ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья», Минск, Беларусь

Источник финансирования: исследование выполнено в рамках Государственной программы научных исследований Республики Беларусь «Биотехнологии-2» на 2021–2025 гг., регистрационный номер 20241807.

Ключевые слова: память, свойства памяти, психологическая диагностика, нормативные показатели, мотивация обследуемого.

Аннотация. В статье поднимается проблема нормативных показателей памяти человека в период взрослости, которые имеют важное значение в практике клинических психологов. Представлены результаты эмпирического исследования свойств слухоречевой памяти 228 условно здоровых взрослых. Установлены нормативные показатели объема механической и смысловой памяти взрослых, на которые следует ориентироваться при постановке психологического диагноза.

Введение. Жалобы на нарушения памяти являются одной из наиболее распространённых причин обращения взрослого населения к клиническим специалистам – неврологам, терапевтам, психиатрам, психологам и нейропсихологам [1; 2; 3]. Однако, несмотря на высокую частоту субъективных жалоб на память, результаты нейродиагностики свидетельствуют о том, что значимые когнитивные нарушения памяти в общей популяции взрослых встречаются относительно редко. Исследования, проведённые в рамках проектов EPIC (European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition) и Framingham Heart Study, показывают, что лишь 5-8 % лиц в возрасте 45-65 лет демонстрируют объективные дефициты в тестах на память, при этом у 30-50 % субъективные жалобы не коррелируют с объективными показателями когнитивной функции [2; 4]. Это свидетельствует о том, что субъективная оценка памяти часто искажена аффективными и метакогнитивными факторами, включая тревожность, депрессию и когнитивную гипервнимательность [1].

Психологическая диагностика памяти остается одной из ключевых задач клинической нейропсихологии и психокоррекционной практики, особенно в условиях дифференциальной диагностики когнитивных нарушений, связанных с возрастом, черепно-мозговой травмой, неврологическими заболеваниями и психическими расстройствами [5]. В этой связи критически важным является наличие надёжных, валидизированных и популяционно репрезентативных нормативных показателей, позволяющих интерпретировать результаты тестирования в контексте нормы и патологии.

Анализ литературных источников свидетельствует о том, что фундаментальные исследования памяти взрослых в последнее время проводятся крайне редко, а существующие нормативы датируются серединой прошлого столетия. По факту, не учитываются современные демографические, образовательные и культурные изменения, которые могли отразиться и на работе памяти человека. Более того, в литературе сохраняется тенденция к сведению памяти к одномерной конструкции, игнорируя её многокомпонентную природу: кратковременную, долговременную, семантическую, оперативную и эпизодическую память и прочие виды памяти. Это может приводить к неадекватной интерпретации результатов и снижает диагностическую ценность отдельных тестов.

Актуальность настоящего исследования обусловлена необходимостью эмпирической проверки уже ранее действующий нормативных показателей памяти человека в новых социокультурных реалиях, а также применительно к белорусской популяции. Это является важным условием повышения достоверности психологической диагностики в работе, прежде всего, клинических психологов.

Целью исследования было изучение свойств памяти (объем, скорость, продуктивность) у условно здоровых людей с последующим установлением нормативных показателей.

Материал и методы исследования

Всего в исследовании приняли участие 228 человек. В выборку вошли взрослые представители белорусской популяции в возрасте от 16 до 86 лет, 171 (75 %) женщина и 57 (25 %) мужчин. Средний возраст по выборке составил $42,7 \pm 17,67$ лет. По уровню образования выборка распределилась следующим образом: базовое и среднее – 14 человек (6,1 %), среднее специальное и профессионально-техническое – 20 человек (8,8 %), высшее и последипломное – 179 человек (78,5 %), незаконченное высшее 15 человек (6,6 %). Все

обследуемые не имели психических расстройств, связанных с нарушением работы памяти, не были обучены мнемотехникам. Однако часть добровольцев предъявляли жалобы на ухудшение работы памяти в последние годы, в особенности это касалось лиц старше 50 лет.

Для реализации поставленной цели применялись следующие методики: «Заучивание 10 слов» (А.Р. Лурия), субтест 5 «Повторение цифр» из теста интеллекта Д. Векслера (WAIS), «Смысловая память». Все приведенные методики диагностируют слухоречевую память.

При проведении методики «Заучивание 10 слов» (А.Р. Лурия) слова зачитывались психологом со скоростью 2 секунды на 1 слово. На запоминание 10 слов (число, хор, камень, гриб, кино, зонт, море, шмель, лампа, кот) предоставлялось 5 попыток, отсроченное воспроизведение было через 30 минут. Субтест 5 «Повторение цифр» проводился согласно заданной инструкции. Для дальнейшего анализа показатели по прямому и обратному рядам цифр учитывались по отдельности, а не их общая сумма, как в тесте Векслера. Методика «Смысловая память» предполагает воспроизведение небольшого рассказа, состоящего из 16 единиц информации (фрагментов содержания). Психолог зачитывает текст (Корабль вошел в бухту...). Задача обследуемого записать его основное содержание сразу после прочтения.

Полученные результаты

Полученные в ходе исследования показатели свойств кратковременной, долговременной и оперативной памяти взрослых по всем методикам приведем в одной сводной таблице (таблица 1).

Таблица 1

Описательные статистики свойств слухоречевой памяти взрослых (n=228)

Диагностируемый параметр		Среднее	Стандартное отклонение	Минимум	Максимум
Кратковременная память	объем	5,8	1,3	2	10
Долговременная память	объем	6,6	2,3	0	10
Скорость запоминания	скорость	4	1,0	1	5
Продуктивность запоминания	количество	9,4	1,01	6	10
Цифровой ряд: прямой	объем	6,3	1,27	2	9
Цифровой ряд: обратный	объем	4,9	1,06	2	8
Смысловая память	объем	9,8	2,91	2	16

По тесту «Заучивание 10 слов» объем кратковременной слухоречевой памяти составил $5,8 \pm 1,3$ единиц информации, что соответствует норме. При этом наблюдается большая вариабельность объема памяти в исследуемой выборке – от 2 до 10 слов запомненных слов. Объем долговременной слухоречевой памяти составил $6,6 \pm 2,3$ единиц информации, что также относится к возрастной норме. Большие различия среди участников исследования отмечены по переменной скорость запоминания: в среднем 10 слов участники исследования запоминали к 4 попытке. 83 участника исследования (36,4 %) выборки не смогли запомнить 10 слов и на 5 пробе. Высокая продуктивность запоминания характерна для 147 человек, что составило, 64,5 % выборки. Низкая продуктивность запоминания наблюдалась у 35,5 % участников исследования.

По субтесту «Повторение цифр» из теста интеллекта Д. Векслера (WAIS) были получены схожие **Результаты**. Объем кратковременной памяти при запоминании цифр в заданной последовательности составил $6,3 \pm 1,27$ единиц информации, объем памяти при запоминании цифрового ряда в обратной последовательности оказался равен $4,9 \pm 1,06$ единицам информации, что также находится в пределах нормативных границ.

Объем смысловой памяти в исследуемой выборке по данным теста «Смысловая память» равен $9,8 \pm 2,91$. Этот показатель соответствует среднему уровню развития смысловой памяти. Дополнительно следует отметить большой разброс данных по изучаемой переменной, ее неравномерность распределения в выборке.

Основываясь на том, что нормативный объем кратковременной памяти человека соответствует «закону Миллера» и равен 7 ± 2 элемента, из выборки были исключены 4 человека, у которых показатели объема по всем тестам оказались ниже 5 информационных единиц. Высока вероятность того, что у данных участ-

ников исследования могут наблюдаться легкие когнитивные нарушения, что в свою очередь требует дополнительной диагностики. Учитывая особенности распределения показателей объема памяти в исследуемой выборке, были определены границы нормативных значений, а также показатели для выделения среднего и высокого уровней развития памяти взрослых:

- объем кратковременной слухоречевой памяти на слова: снижен – 0-4, средний – 5-7, высокий – 8-10 («Заучивание 10 слов»);
- объем долговременной памяти на слова («Заучивание 10 слов»): снижен – 0-4, средний – 5-7, высокий – 9-10;
- объем кратковременной слухоречевой памяти на цифры («Повторение цифр»): снижен – 0-4, средний – 5-7, высокий – 8-9;
- объем оперативной памяти на цифры («Повторение цифр»): снижен – 0-4, средний – 5-6, высокий – 7-8;
- объем смысловой памяти: снижен («Смысловая память») – 0-7, средний – 8-13, высокий – 14-16.

Согласно выделенным уровням, проанализируем исследуемую выборку на предмет представленности в ней крайних групп (таблица 2). Как показано в таблице, 7-16 % участников исследования были неуспешными при выполнении тестов на память и 9-25 % – успешными.

Таблица 2

Группы взрослых с низкими и высокими показателями развития памяти (n=224)

Свойства памяти	Уровни развития памяти			
	Низкий		Высокий	
	АВ	%	АВ	%
Объем кратковременной слухоречевой памяти на слова	30	13,4	24	10,7
Объем долговременной памяти на слова	35	15,6	56	25,0
Объем кратковременной слухоречевой памяти на цифры	17	7,6	39	17,4
Объем оперативной памяти на цифры	11	4,9	20	8,9
Объем смысловой памяти	15	6,7	29	12,9

Обсуждение

Как показало реализованное исследование, объем памяти на слова и цифры, где задействовано преимущественно механическая память, оказался примерно одинаковым и равным «числу Миллера». Несколько ниже был объем оперативной памяти, требующей удержания информации в памяти и одновременное манипулирование ею, что является более сложным навыком. Зафиксированный объем смысловой памяти взрослых чуть ли не вдвое выше, чем при механическом запоминании. И здесь не стоит ориентироваться на «число Миллера», т.к. при логическом запоминании информации объем памяти увеличивается. Для сравнения приведем результаты исследования памяти на основании методики «Заучивание 10 слов» Е.Д. Словенко с соавторами, выполненные на российской выборке, в которую вошли 61 условно здоровый человек (возраст от 17 до 73 лет, средний возраст -25 ± 14 лет, медиана –19 лет) [6]. В рамках данного исследования объем кратковременной слухоречевой памяти по выборке составил $6,8 \pm 1,4$, что на одну единицу, выше, чем в нашем исследовании. Последнее можно объяснить, как более молодым составом выборки, так и меньшим ее объемом.

Особое внимание обратим на то, что одинаковая успешность выполнения тестов на память у взрослых встречается реже, чем разноуровневая. Один и тот же человек может хорошо справиться с одними тестами на память, но выполнить хуже другие, где показатель объема памяти может быть и ниже нормы. Как было показано в данном исследовании, при выполнении самой востребованной методики в патопсихологической диагностике «Заучивание 10 слов» у 13,4 % взрослых объем кратковременной слухоречевой памяти оказался ниже нормативных 5 единиц информации, и у 15,6 % выборки был ниже нормативного объем долговременной памяти. Это очень важный момент, который необходимо учитывать при постановке психологического диагноза. Во-первых, нельзя делать вывод на основании только одного психологического теста на память,

какой бы универсальной не была методика. К сожалению, такая практика все же иногда наблюдается среди клинических психологов. Во-вторых, важно учитывать мотивацию и личностные особенности обследуемых. Человек может быть не заинтересован в результатах тестирования и соответственно выполнять тесты без приложения должных усилий. Может воспринимать ситуацию тестирования как стрессовую, что будет мешать ему сконцентрироваться на поставленной задаче. Есть и такие обследуемые, которым необходим период вработывания в новую деятельность, поэтому на старте они дают хуже **Результаты**.

Таким образом, память представляет собой неоднородное явление психики человека, требующее комплексного подхода к ее оценке. Установленные у условно здоровых взрослых нормативные показатели объема и уровни развития кратковременной слухоречевой механической памяти подтвердили «закон Миллера» – 7 ± 2 единицы информации. Нормативный показатель объема смысловой памяти должен быть более высоким и будет зависеть от используемого стимульного материала. Для текста с 16 смысловыми единицами целесообразно ориентироваться на показатель 10 ± 2 единиц информации. При диагностике памяти необходимо учитывать мотивацию обследуемого и его личностные особенности. В дальнейшем представляет научный интерес установления нормативных показателей для зрительной слухоречевой памяти и активизацию ее диагностики в клинической практике.

Список литературы

1. Fritsch T, Mcclendon M, Wallendal MS, Hyde T. Prevalence and Cognitive Bases of Subjective Memory Complaints in Older Adults: Evidence from a Community Sample. *Journal of Neurodegenerative Diseases*. 2014; 1: 1–9.
2. Minett TS, Da Silva RV, Ortiz KZ, Bertolucci PH. Subjective memory complaints in an elderly sample: a cross-sectional study. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2008; 23(1):49–54.
3. Morrison C, Oliver MD. Subjective Cognitive Decline Is Associated With Lower Baseline Cognition and Increased Rate of Cognitive Decline. *Journals of Gerontology: Psychological Sciences*. 2023; 78(4): 573–584.
4. Salthouse T. Consequences of age-related cognitive declines. *Annu Rev Psychol*. 2012; 63:201–206.
5. Lezak MD, Howieson DB, Bigler ED, Tranel D. *Neuropsychological Assessment*. Oxford University Press, 2012. p.1200.
6. Словенко Е. Д., Яремченко П. И., Хохлов Н. А. Нормативные характеристики выполнения методики «Заучивание 10 слов» и способы выявления установочного поведения при исследовании памяти. *Вестник по педагогике и психологии Южной Сибири*. 2020; 3:52–85.

Информация об авторе

Гребень Наталия Фёдоровна, ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья», г. Минск, Республика Беларусь, ORCID: [0000-0002-4272-0108](https://orcid.org/0000-0002-4272-0108), e-mail: strekosa@tut.by.

Работа выполнена самостоятельно.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С АЛКОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ С ПОМОЩЬЮ ОПРОСНИКА SF-36

А.С. Антонова

(ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России, город Омск)

Источник финансирования: отсутствует

Ключевые слова: качество жизни, алкогольная зависимость, пациент, опросник SF-36, оценка, здоровье, социальное функционирование

Аннотация. В статье представлен анализ качества жизни пациентов с алкогольной зависимостью, динамика изменений показателей здоровья и социальной адаптации. Использован опросник SF-36. В ходе исследования выявлены существенные нарушения показателей качества жизни на этапе стационарного лечения, особенно в сферах психического здоровья (MH), жизненной активности (VT) и социального функционирования (SF).

Введение. Алкогольная зависимость является тяжелым наркологическим расстройством [1–3], оказывающим негативное влияние на физическое и психическое здоровье пациента, его социальное функционирование и благополучие в целом [4, 5]. Злоупотребление алкоголем остается одной из ведущих причин развития алкоголь-ассоциированных заболеваний, преждевременной смертности, инвалидизации и социальной дезадаптации [6–9]. Данная проблема затрагивает вопросы демографической ситуации и экономической обстановки [10].

Актуальность. Традиционные клинические методы диагностики не всегда отражают полную картину состояния пациента с алкогольной зависимостью. Для эффективного лечебно-реабилитационного процесса необходимо рассматривать новые дополнительные показатели здоровья [11]. Важно учитывать не только клиническую картину заболевания, а также оценивать другие показатели, включающие психологическое благополучие, социальные аспекты, субъективное восприятие своего состояния. Новое направление изучения качества жизни пациентов с алкогольной зависимостью позволит получить интегральную характеристику состояния пациента, объединяющую объективные и субъективные параметры.

Цель исследования – оценить качество жизни (КЖ) пациентов с алкогольной зависимостью, выявить ключевые факторы, влияющие на ее компоненты и определить возможные направления корреляции выявленных нарушений.

Методы исследования – клиничко-anamnestический, клиничко-динамический и статистические методы. Статистическая обработка результатов проводилась с использованием компьютерной программы SPSS Statistics, версия 23. Для анализа КЖ использовался стандартизированный опросник SF-36 (Medical Outcomes Study – Short Form Health Survey, J.E. Ware Jr, C.D. Sherbourne, 1992), который отражает общее благополучие и степень удовлетворенности теми сторонами жизнедеятельности человека, которые влияют на состояние здоровья. Опросник оценивает физическое функционирование, ролевую деятельность, боль, общее здоровье, жизнедееспособность, социальное функционирование, эмоциональное состояние и психическое здоровье человека.

Опросник КЖ (SF-36) включает 36 вопросов, сгруппированных в 8 шкал: физическое функционирование (PF); ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (RP); интенсивность боли (BP); общее состояние здоровья (GH); жизненная активность (VT); социальное функционирование (SF); ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (RE); психическое здоровье (MH). Опросник позволяет рассчитать два интегральных показателя: физический компонент здоровья (PCS) и психический компонент здоровья (MCS).

Анкетирование проводилось очно трижды: в течение 14 дней прохождения пациентом стационарного лечения в Омском областном наркологическом диспансере, далее через три и шесть месяцев терапии.

Результаты. В исследовании участвовало 183 пациента в возрасте от 30 до 59 лет с диагнозом «синдром зависимости от алкоголя» (по МКБ-10: F 10.2). Из общего числа мужчины составили 55,2% и женщины – 44,8%. Средний возраст респондентов – 42,7±8,4 лет. При сравнении группы мужчин с группой женщин по возрастному показателю различия статистически не значимы ($p>0,05$).

Из общего числа пациентов имели образование: среднее и/или неполное среднее – 37,7%, средне-специальное – 41,5%, неполное высшее – 3,3% и высшее – 17,5%. На момент исследования не работали – 36,6%, являлись неквалифицированными работниками – 23%, квалифицированными работниками – 30%, пенсионерами – 4,4%; остальные респонденты (6%) были учащимися, индивидуальными предпринимателями и др.

В период стационарного лечения наиболее низкие значения зафиксированы по шкалам МН ($42,3 \pm 6,1$ балла), VT ($38,7 \pm 5,9$ балла) и SF ($38,4 \pm 6,3$ балла). Средний показатель PCS составил $40,2 \pm 7,4$ балла; MCS $39,8 \pm 8,2$ балла.

В динамике через 3 месяца наблюдался рост MCS на 18% и PCS на 12%. Через 6 месяцев: MCS увеличился на 27%, PCS на 19% относительно исходных значений. Статистически значимое улучшение ($p < 0,05$) отмечено через 3 и 6 месяцев по шкалам GH, VT, SF и МН. Выявлена корреляция между снижением интенсивности патологического влечения к алкоголю и улучшением показателей по шкалам RE и SF ($r = 0,62$, $p < 0,01$).

Заключение. Опросник SF-36 продемонстрировал высокую информативность для комплексной оценки качества жизни и чувствительность к изменениям показателей у пациентов с алкогольной зависимостью в процессе терапии. Наиболее выраженные изменения на первом этапе исследования наблюдались в сфере психического здоровья, жизненной активности и социального функционирования. На завершающем этапе значимое улучшение отмечено в общем состоянии здоровья, жизненной активности, социального функционирования и психического здоровья.

Оценка качества жизни с помощью опросника SF-36 может использоваться как инструмент мониторинга эффективности лечения и прогностический критерий риска рецидива. Полученные результаты могут применяться для разработки персонализированных лечебно-реабилитационных программ с учетом индивидуальных особенностей пациента. Исследование в данном направлении будет продолжено.

Список литературы:

1. Шпорт С. В., Клименко Т. В., Киржанова В. В. Состояние и деятельность наркологической службы в Российской Федерации в 2022-2023 годах: аналитический обзор. М.: Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского, 2025. с. 88.
2. Клименко Т. В., Аптикеева Р. Ф. Влияние метода адаптации к периодической гипоксии на терапевтическую динамику ремиссий алкогольной зависимости. Вопросы наркологии. 2025; 6:3347.
3. Dyachkov V. L., Kanishchev V. V., Kunavin K. S. The Dependence of Demographic Processes in Russia on the Grain Crop Yields and Alcohol Consumption: A Comparative Analysis of the Data on the Late Nineteenth to Early Twentieth Century and on the Late Twentieth to Early Twenty-First Century. 2022; 1:121145.
4. Осипчик С. И., Игумнов С. А., Лапанов П. С. Клинические особенности течения алкоголизма в зависимости от типа алкогольных предпочтений. Наркология. 2025; 1:2435.
5. Ереско С. О., Айрапетов М. И., Романовский А. С. Моделирование хронической алкоголизации на Danio rerio. Наркология. 2026; 1:3745.
6. Вьяльшина А. А. Потребление алкоголя населением России: пространственные, возрастные и гендерные особенности. Социальное пространство. 2022; 1:120.
7. Мандель А. И., Воеводин И. В., Бедарев Р. И., Бохан Н. А. Клинические, социальные и психологические факторы эффективности становления ремиссии при алкогольной зависимости. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2025; 2:4552.
8. Васильева С. Н., Симуткин Г. Г., Счастный Е. Д. Сочетание аффективных расстройств и алкогольной зависимости: клиническое значение коморбидности, социальная адаптация пациентов. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2022; 4:1421.
9. Бохан Н. А., Рощина О. В., Счастный Е. Д. Коморбидность аффективных расстройств и алкогольной зависимости. Томск: ООО «Интегральный переплет», 2021. с. 143.
10. Немцов А. В. Антиалкогольное законодательство в России в 2020-х гг. Вопросы наркологии. 2025; 1:1026.
11. Николаев Н. А., Мартынов А. И., Скирденко Ю. П. Приверженность в клинической практике: Международное методическое руководство. М: Издательский Дом «Академия Естествознания», 2023. с. 228.

Информация об авторе:

Антонова Алена Сергеевна

Наименование организации: Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Омский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, город Омск, Россия

Ученая степень и звание: кандидат медицинских наук, ассистент кафедры психиатрии, медицинской психологии

ORCID 0009-0003-7249-2374 E-mail: Lapa-as@yandex.ru

Работа выполнена самостоятельно.

РОЛЬ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ В ПРОФИЛАКТИКЕ СУИЦИДА СРЕДИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Н. Н. Алигаева

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Московский государственный психолого-педагогический университет», Москва

Источник финансирования: отсутствует.

Ключевые слова: суицидальный риск, безопасная образовательная среда, образовательные учреждения психологическая помощь, профилактическая работа

Аннотация. В статье рассматривается ключевая роль образовательных учреждений в профилактике суицидального поведения среди детей и подростков. Анализируются основные направления работы: раннее выявление факторов риска, формирование жизнестойкости, развитие навыков саморегуляции и эффективного взаимодействия. Подчеркивается важность комплексного подхода, включающего просветительскую работу, психологическую поддержку и создание безопасной среды.

Введение.

Актуальность. По данным Центра оперативного реагирования МВД России, за первые полгода 2025 года в России зафиксировано 395 случаев суицида среди несовершеннолетних. При этом отмечается рост этого показателя: в 2024 году было зафиксировано 735 случаев, а в сравнении с 2021 годом число самоубийств детей и подростков в 2024 году выросло на 28,3%. К причинам попыток самоубийства в МВД относят проблемы в семье, сложные отношения с окружающими или криминальное влияние.

Суицид среди детей и подростков представляет собой одну из наиболее острых проблем современности. Эта тема порождает страх, недоумение и естественное желание избежать ее обсуждения. Однако, учитывая тревожную тенденцию к увеличению случаев ментальных расстройств у молодого поколения, бездействие недопустимо. В контексте данной борьбы образовательные учреждения играют ключевую, а порой и решающую роль. Учителя, классные руководители, психологи – это те люди, которые ежедневно наблюдают за детьми. Они могут первыми заметить изменения в поведении, настроении, успеваемости, которые могут быть тревожными сигналами. Замкнутость, агрессия, резкое снижение интереса к учебе, проблемы со сном, разговоры о безнадежности – все это может указывать на то, что ребенок нуждается в помощи.

Изучению данной темы посвятили свои труды такие современные исследователи, как Е.В. Аристов (2023), В.В. Артемьева (2023), Е.Я. Выхопень (2024), О.В. Гаврилова (2021), О.В. Гаврилова (2022), П.Г. Гагарина (2023), Б.А. Гунзунова (2022), И.В. Ефимова (2024), А.А. Кацера (2022), М.А. Клинова (2022), М.Г. Кушиташвили (2022), Е.А. Макарова (2023), А.И. Подгаецкая (2024), В.Ю. Рамзаева (2023), В.А. Розанов (2023), А.М. Салчак (2024), А.В. Сахаров (2022), А.В. Серякина (2023), А.А. Смольяков (2021), А.А. Смольяков (2022), Е.Р. Чернукутова (2023) и другие.

Однако важно продолжать уделять теме профилактике суицида среди детей и подростков должное внимание, ведь современный мир предлагает новые вызовы для психического здоровья детей. Социальные сети, кибербуллинг, информационная перегрузка – все это может оказывать значительное влияние на самооценку и эмоциональное состояние подростков. Изучение новых факторов помогает нам понять, как они связаны с суицидальными мыслями и как их нейтрализовать. Также и подростки постоянно меняются. Их эмоции, проблемы, социальные связи и способы справляться со стрессом могут трансформироваться очень быстро. То, что работало вчера, может быть неэффективным сегодня.

Продолжающиеся исследования и их популяризация помогают повысить осведомленность общества о проблеме суицида. Это, в свою очередь, способствует снижению стигмы, связанной с психическими расстройствами и обращением за помощью. Чем больше мы говорим об этом открыто и научно обоснованно, тем легче детям и их родителям будет обратиться за поддержкой.

Цель – раскрыть роль образовательных учреждений в создании безопасной и поддерживающей среды, способствующей профилактике суицидального поведения среди детей и подростков, а также определить ключевые направления деятельности, которые могут быть реализованы в рамках образовательного процесса.

Для достижения данной цели были выдвинуты следующие задачи:

1) рассмотреть нормативно-правовую базу, регламентирующую данную проблему;

- 2) определить факторы риска суицидального поведения;
- 3) проанализировать программы профилактики кризисных состояний, реализуемых в образовательных учреждениях;
- 4) выявить существующие недостатки в организации и реализации превентивных программ.

Основная часть. Для многих детей и подростков школа становится вторым домом. Здесь они проводят значительную часть своего времени, общаются со сверстниками, формируют свои взгляды на мир и себя. Именно поэтому школа обладает уникальной возможностью стать не просто местом обучения, но и зоной безопасности.

Работа образовательных учреждений по профилактике суицида среди детей и подростков регулируется различными нормативными документами. Согласно Федеральному закону от 24.06.1999 №120-ФЗ «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних» (ред. от 23.07.2025) на образовательные учреждения возложена обязанность оказывать социально-психологическую и педагогическую помощь несовершеннолетним с отклонениями в развитии или поведении, выявлять подростков и семьи, находящиеся в социально-опасном положении. Статья 41 Федерального закона от 29.12.2012 №273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» (ред. от 29.12.2025) регламентирует обеспечение безопасности обучающихся и профилактику несчастных случаев во время их пребывания в образовательной организации, в том числе проведение профилактических мероприятий.

П.Г. Гагарина и Е.В. Аристов выделяют следующие факторы риска суицидального поведения: психологические расстройства, неблагополучная семейная обстановка, негативные образовательные проблемы, переживание школьных стрессов, отрицательный витальный опыт [1]. Авторы отмечают, что учреждения обязаны формировать благоприятную и безопасную атмосферу для своих учеников. Это включает в себя обеспечение беспрепятственного доступа к квалифицированной психологической помощи и консультациям для учащихся, испытывающих трудности.

В последние годы российские образовательные учреждения активно внедряют комплексные программы профилактики кризисных состояний. Эти программы, предназначенные для учащихся, педагогов и родителей, включают тренинги по эмоциональной саморегуляции, развитию социальных навыков и стрессоустойчивости, а также конференции и семинары, посвященные актуальным проблемам подросткового возраста, способным привести к суицидальному поведению.

Например, комплексная программа «Доверие» (Нижний Новгород) разработана для профилактики суицидального поведения у детей и подростков. В ее рамках реализуются мероприятия по раннему выявлению и последующей реабилитации несовершеннолетних, находящихся в кризисной ситуации. Кроме того, программа активно пропагандирует принципы здорового образа жизни и способствует гармонизации межличностных отношений в образовательной среде. Е.Я. Выхопень и И.В. Ефимова разработали программу профилактики суицида среди детей и подростков «Живи и радуйся» (Севастополь), которая нацелена на организацию и проведение профилактической работы по предупреждению суицидальных действий среди подростков, развитие стрессоустойчивости, жизнестойкости, сохранение и укрепление психического здоровья обучающихся [2].

Актуальность темы требует подготовки и повышения квалификации педагогических кадров в сфере профилактики суицидального поведения, раннего распознавания суицидального поведения несовершеннолетних и формирования культуры профилактики суицидального поведения у родителей (законных представителей). Например, исследование эффективности программы работы психолога с педагогическими коллективами по профилактике суицидальных рисков в образовательной организации «Я выбираю жизнь!» позволило выявить повышение уровня психологической просвещенности педагогов в вопросах анализа и профилактики риска суицидального поведения в образовательном учреждении [3]. Однако, исследование, проведенное в Австралии в 2018 году, представляющее собой аналитический обзор 13 образовательных программ для родителей и учителей по предотвращению самоубийств в подростковой среде, выявило, что, хотя программы и способствовали повышению осведомленности участников о данной проблеме, их влияние на реальное снижение суицидальных рисков оказалось незначительным [4, 5].

Несмотря на очевидную важность роли образовательных учреждений, существуют и серьезные вызовы. Недостаток финансирования, нехватка квалифицированных психологов, высокая нагрузка на учителей, а также стигматизация психических расстройств – все это может препятствовать эффективной профилактике. Но, несмотря на трудности, потенциал школы как места, где формируется будущее поколение, огромен.

Важно помнить, что профилактика суицида – это не разовое мероприятие, а постоянный процесс, требующий комплексного подхода, вовлеченности всего школьного сообщества и тесного сотрудничества с родите-

лями и специалистами. Только совместными усилиями можно создать среду, в которой каждый ребенок будет чувствовать себя в безопасности.

Заключение.

Выводы. Проведенный анализ современных исследований убедительно демонстрирует, что образовательные учреждения играют критически важную роль в профилактике суицидального поведения среди детей и подростков. Образовательные учреждения обладают уникальной возможностью для раннего выявления признаков психологического неблагополучия и суицидальных мыслей у детей и подростков. Регулярное взаимодействие с педагогами, школьными психологами и социальными работниками позволяет заметить изменения в поведении, настроении или успеваемости, которые могут сигнализировать о надвигающейся проблеме. Образовательные программы, направленные на развитие эмоционального интеллекта, навыков стрессоустойчивости, решения проблем и конструктивного общения, являются мощным инструментом профилактики. Обучая детей и подростков справляться с жизненными трудностями, мы вооружаем их ресурсами для преодоления кризисных ситуаций. Также открытое обсуждение вопросов психического здоровья и суицида в школе, без стигматизации и осуждения, способствует формированию у учащихся понимания того, что обращение за помощью – это признак силы, а не слабости.

Эффективная профилактика невозможна без тесного взаимодействия школы с родителями, законными представителями и внешними специалистами (психологами, психиатрами, социальными службами). Школа может выступать в роли координатора, помогая семьям получить необходимую поддержку.

На основе изученной информации были разработаны следующие рекомендации для образовательных учреждений:

- разработка и внедрение комплексных программ профилактики суицида с включением как образовательных компонентов (тренинги по развитию навыков), так и диагностических мероприятий для выявления групп риска;
- повышение квалификации педагогического состава в вопросах распознавания ранних признаков суицидального поведения и оказания помощи в экстренных ситуациях;
- усиление роли школьной психологической службы (обеспечить достаточное количество вакантных мест для квалифицированных школьных психологов, которые смогут оказывать индивидуальную и групповую помощь учащимся, а также проводить профилактические мероприятия);
- создание системы поддержки и наставничества, что может способствовать формированию позитивных отношений и снижению чувства одиночества;
- организация регулярных встреч и семинаров для родителей;
- формирование в образовательном учреждении культуры открытого диалога.

Для развития данного научного направления можно обозначить следующие перспективы: проведение лонгитюдных исследований для оценки долгосрочного влияния различных профилактических программ, направленных на снижение уровня суицидального поведения; анализ влияния социальных сетей и онлайн-платформ на суицидальное поведение подростков и разработка стратегий по безопасному использованию цифровых технологий в контексте профилактики суицида; разработка и валидация новых, более чувствительных и специфичных инструментов для раннего выявления суицидального риска среди школьников, адаптированных к культурным и возрастным особенностям; анализ успешных международных практик и адаптация их к российской образовательной системе с учетом национальной специфики и культурных особенностей; исследование наиболее эффективных подходов к оказанию психологической помощи учащимся и педагогическому коллективу после попытки суицида в образовательном учреждении, направленных на предотвращение эффекта заражения и минимизацию травматических последствий.

Работа выполнена самостоятельно.

1. Гагарина П.Г., Аристов Е.В. Профилактика суицидов среди несовершеннолетних как фактор обеспечения безопасной образовательной среды. Пермский педагогический журнал. 2023; 14:18–22.
2. Выхопень Е.Я., Ефимова И.В. Программа профилактики суицида среди детей и подростков: «Живи и радуйся». Севастополь: ГАОУ ПО ИРО, 2024. с. 31.
3. Серякина, А.В., Рамзаева, В.Ю. О научной обоснованности программы работы психолога с педагогическими коллективами и педагогами по профилактике суицидальных рисков в образовательной организации «Я выбираю жизнь!». Вестник практической психологии образования. 2023; 20(3): 6–21.

4. Вихристюк О.В. Современные программы профилактики суицидального поведения подростков и молодежи. Социальные науки и детство. 2020; 1 (1): 47–57.
5. Toroka M., et al. Preventing adolescent suicide: A systematic review of the effectiveness and change mechanisms of suicide prevention gatekeeping training programs for teachers and parents. Journal of Adolescence. 2019; 73: 100–112.

Информация об авторе:

Алигаева Нигар Назимовна, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Московский государственный психолого-педагогический университет», Москва, Россия, кандидат психологических наук, ORCID 0000-0002-1239-1892, aligaevann@mgppu.ru

ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЙ ГОРМОНАЛЬНОГО, ИММУННОГО И ПСИХИЧЕСКОГО СТАТУСА ЖЕНЩИН В ПЕРИ- И МЕНОПАУЗАЛЬНЫЙ ПЕРИОДЫ ОНТОГЕНЕЗА

¹В. В. Зубченко, ²Л. И. Губарева

(¹Ставропольский краевой клинический консультативно-диагностический центр, г. Ставрополь;

²Северо-Кавказский федеральный университет, г. Ставрополь)

Источник финансирования: отсутствует.

Ключевые слова: трийодтиронин, тетраиодтиронин, тиреотропный гормон, С-реактивный белок, тревожность, депрессия.

Аннотация. По данным ряда авторов переход к менопаузе приводит к физическим, метаболическим и психологическим изменениям, что диктует необходимость сочетанного изучения изменений в пери- и менопаузальный периоды с учетом региональных особенностей. Согласно полученным нами данным, период менопаузы по сравнению с перименопаузой характеризуется значимым снижением ТЗ, повышением ТТГ, СРБ и уровня депрессии, что указывает на активацию не только тиреоидной, но и иммунной систем.

Введение. «Менопауза, обычно наступающая в возрасте от 45 до 55 лет, является естественным жизненным этапом, характеризующимся гормональными изменениями, которые могут повлиять на тяжесть симптомов, качество жизни и риск хронических заболеваний» [1]. Период, предшествующий менопаузе, определяется как переходный период или перименопауза. В этот период начинаются колебания уровня половых гормонов. Хотя это и не заболевание, переходный период часто требует индивидуального комплексного подхода. В пользу этого свидетельствуют исследования, проведенные среди 1348 женщин в Южной Корее Kim JS et al., в которых было выявлено, что «Умеренный уровень стресса в группе с ранней менопаузой был в два раза выше, чем в общей группе, а высокий уровень стресса был в 2,6 раза выше, чем в общей группе.» [2]. Повышение уровня стресса, как правило, связано с изменением гормонального статуса. Однако исследования в этом направлении в основном касаются половых гормонов. Роль тиреоидных гормонов практически не изучена, что особенно важно для эндемичных по содержанию иода регионах. Важно также отметить, что переход к менопаузе приводит к физическим, метаболическим и психологическим изменениям, что приводит к усилению воспринимаемого стресса [3, 4, 5]. В этом отношении особого внимания заслуживает изучение уровня тревожности и депрессии, поскольку депрессия распространена среди женщин в период менопаузы во всем мире и может приводить к различным функциональным нарушениям.

Цель исследования: изучение динамики изменений гормонального, иммунного и психического статуса у женщин в пери- и менопаузальный периоды онтогенеза.

Задачи исследования:

1. Выявить изменения тиреоидной системы у женщин в пери- и менопаузальный периоды онтогенеза.
2. Выявить динамику С-реактивного белка у женщин в период пери- и менопаузы.
3. Изучить особенности психического статуса у женщин в период менопаузы.

Обследовано 19 женщин в условиях АНМО Ставропольского краевого клинического консультативно-диагностического центра с использованием методов: собеседование, госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS, иммунологические и биохимические методы исследования уровня ТЗ, Т4, ТТГ, СРБ, АСТ, АЛТ.

Результаты исследования.

Анализ полученных нами данных выявил достоверно выраженное снижение трийодтиронина (ТЗ) и кратное повышение тиреотропного гормона (ТТГ) в период менопаузы ($p < 0,05$, табл.).

С-реактивный белок (СРБ) в менопаузе возрастает в 1,6 раз ($p < 0,05$, табл.), что свидетельствует о наличии воспалительных процессов в организме. С другой стороны СРБ участвует в работе иммунной системы, активирует иммунные реакции, помогая организму справляться с угрозами. Он привлекает к очагу воспаления иммунные клетки, ускоряет процесс уничтожения патогенов и помогает организму восстановиться. Но есть и другая сторона этой «медали»: если уровень СРБ повышен долгое время, это уже не просто сигнал о временной угрозе, а признак хронического воспаления. Это может говорить о скрытых проблемах – аутоиммунных заболеваниях, воспалительных процессах в кишечнике, суставах, атеросклерозе. В свою очередь, воспаление является опосредующим фактором как риска возникновения, так и прогрессирования депрессии [6].

Таблица**Психофизиологические показатели у женщин в перименопаузе (41-45 лет) и в менопаузе (46-51 лет) (M±m)**

Показатели	41-45 лет	46-51 лет	P
1. Трийодтиронин (Т3), нмоль/л	1,90 ± 0,12	1,45±0,08	<0,05
2. Тетрайодтиронин (Т4), нмоль/л	96,9 ± 11,0	87,1 ± 4,7	>0,5
3. Тиреотропный гормон (ТТГ), мМЕ/л	0,81 ± 0,16	7,02 ± 2,20	<0,05
4. С-реактивный белок (СРБ), балл	2,0 ± 0,2	3,2 ± 0,3	<0,05
5. Аспартат трансфераза (АСТ), ед/л	18,1 ± 1,0	19,0 ± 0,4	>0,5
6. Аланин трансфераза (АЛТ), ед/л	18,8 ± 3,1	16,5 ± 2,1	>0,5
7. Депрессия, балл	7,2 ± 0,8	9,9 ± 0,9	<0,05
8. Тревожность, балл	12,2 ± 0,4	11,5 ± 0,2	>0,05

Примечание: P – достоверность различий у женщин перименопаузального и менопаузального возраста (различия достоверны при P<0,05).

Результаты настоящего исследования также показали значимое повышение уровня депрессии с $7,2 \pm 0,8$ баллов до $9,9 \pm 0,9$ баллов ($p<0,05$, табл.) в период менопаузы.

Депрессивные расстройства представляют собой одну из наиболее распространённых причин утраты трудоспособности и снижения качества жизни, что обуславливает актуальность исследования. Одним из эффективных решений, которое, как было доказано, улучшает качество жизни женщин среднего возраста, испытывающих симптомы менопаузы, являются программы управления стрессом, включающие когнитивную терапию и методы релаксации. Такие программы показали свою высокую эффективность в значительном улучшении способности женщин справляться со стрессом, снижении вазомоторных симптомов [7], а также в уменьшении стресса и симптомов менопаузы [8].

Выводы

1. Установлено, что переход от перименопаузального периода к менопаузальному характеризуется значимым снижением Т3, повышением ТТГ, СРБ и уровня депрессии, что указывает на активацию не только тиреоидной, но и иммунной систем.
2. В период менопаузы важно обучение женщин, испытывающих симптомы менопаузы, методам управления стрессом и релаксации, что может повысить качество медицинской помощи, дать женщинам возможность управлять своим здоровьем и сохранять его.

Список литературы

1. Anekwe C. V., Cano A., Mulligan J., Ang S. B., Johnson C. N., Panay N., ... Nappi R. E. (2025). The role of lifestyle medicine in menopausal health: a review of non-pharmacologic interventions. *Climacteric*. 28(5); 478-496. <https://doi.org/10.1080/13697137.2025.2548806>
2. Kim JS, Choe JP, Park JH, Yoo E, Lee JM. The Comparison of Physical Activity, Sedentary Behavior, and Mental Health between Early Menopausal Women and Age-Matched General Middle-Aged Women. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Jul 7;18(14):7256. doi: 10.3390/ijerph18147256. PMID: 34299707; PMCID: PMC8306056.
3. Sood R, Kuhle CL, Kapoor E, et al. Association of mindfulness and stress with menopausal symptoms in midlife women. *Climacteric*. 2019;22(4):377–382. doi:10.1080/13697137.2018.1551344.
4. Arnot M, Emmott EH, Mace R. The relationship between social support, stressful events, and menopause symptoms. *PLoS One*. 2021;16(1):e0245444. doi: 10.1371/journal.pone.0245444.
5. Brimienė I, Šiaudinytė M, Burokas A, et al. Exploration of the association between menopausal symptoms, gastrointestinal symptoms, and perceived stress: survey-based analysis. *Menopause*. 2023;30(11):1124-1131.
6. Сарматова А. Б. Связь хронического воспаления и депрессивных расстройств // Вестник науки. 2025. №11 (92). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/svyaz-hronicheskogo-vospaleniya-i-depressivnyh-rasstroystv>.

7. Iioka Y, Komatsu H. Effectiveness of a stress management program to enhance perimenopausal women's ability to cope with stress. *Jpn J Nurs Sci*. 2015;12(1):1-17. doi: 10.1111/jjns.12036.

8. Augoulea A, Palaiologou A, Christidi F, et al. Assessing the efficacy of a structured stress management program in reducing stress and climacteric symptoms in peri- and postmenopausal women. *Arch Womens Ment Health*. 2021;24(5):727–735. doi: 10.1007/s00737-021-01106-7.

Информация об авторах:

¹Зубченко Виктория Викторовна, ¹Ставропольский краевой клинический консультативно-диагностический центр, г. Ставрополь, Россия, кандидат медицинских наук; e-mail: ya@vzubchenko.ru

²Губарева Любовь Ивановна, ²Северо-Кавказский федеральный университет, г. Ставрополь, Россия, доктор биологических наук, профессор, <https://orcid.org/0000-0001-6387-2031>, e-mail: l-gubareva@mail.ru

Работа выполнена самостоятельно.

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА КАК «БОЛЕЗНИ ЦИВИЛИЗАЦИИ»

В.А. Винокур

Кафедра психотерапии, медицинской психологии и сексологии
ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова»,
191015, Санкт-Петербург, ул. Кирочная, 41, тел. +7 (812) 303-50-00
e-mail: vavinokur@mail.ru

Источники финансирования – нет.

Ключевые слова: психосоматические расстройства, психологические и социальные факторы, био-психосоциальное единство человека, болезни цивилизации.

Аннотация. Рассматривается важность био-психосоциального подхода к пониманию психосоматической природы человека и, соответственно, к анализу широкого круга его психосоматических расстройств как отражение «болезней цивилизации» человека, что предполагает усиление внимания к механизмам влияния психологических и социальных факторов развития психосоматических расстройств и заболеваний.

По данным исследований многих авторов, на долю расстройств и заболеваний, рассматриваемых как «психосоматические», приходится 30–70% всех пациентов, обращающихся за медицинской помощью. Распространенность психосоматических расстройств в широкой врачебной практике, включая и психиатрическую, неуклонно возрастает. Врачебная практика постоянно сталкивается с все возрастающим количеством «трудных» в диагностическом и терапевтическом отношении больных. Нераспознанная у них психическая патология, патогенетически нередко связанная с соматическими расстройствами достаточно сложными взаимоотношениями, вызывает существенное повышение обращаемости за медицинской помощью, ростом необоснованных обследований и госпитализаций, диагностических ошибок и осложнений в лечении. В той области медицины, которая достаточно условно называется «психосоматической», поскольку такой отдельной области медицины нет и поэтому попытки выделить группу так называемых психосоматических заболеваний не имеют под собой объективных оснований, пересекаются сферы внимания врачей многих специальностей — психиатров, психотерапевтов, специалистов по внутренним болезням, инфекционистов, хирургов, акушеров-гинекологов, даже стоматологов. В медицинской науке и практике сложилось и во многом сохраняется положение, в рамках которого преимущественное внимание при изучении важнейших механизмов уделяется биологическим (морфологическим, патофизиологическим, биохимическим, генетическим) факторам. Такое внимание к этим факторам безусловно оправдано. Однако при этом в течение многих десятилетий исследователи, изучающие фундаментальные механизмы возникновения, развития, исходов и принципов лечения важнейших патологических процессов и заболеваний человека, ориентируются на создание своеобразной «конституции» медицины, междисциплинарной системы, в которой органично объединились бы знания, полученные в результате не только морфологических и физиологических, но также психологических и социальных исследований.

Представление об общебиологических аспектах патологии, сыгравшее огромную роль в развитии медицины, на протяжении длительного периода неизбежно снижало внимание к собственно «человеческой» специфике этих расстройств. По этой причине доминирующий до настоящего времени интерес к биологическим закономерностям развития болезней человека должен сопровождаться вниманием к психосоматическим механизмам патогенеза многих заболеваний, нередко свойственных только человеку или развивающихся у него на основе активного влияния факторов психологической и социальной природы. Многие врачи до настоящего времени психосоматические заболевания лечат как чисто соматические, нередко недооценивая или вовсе игнорируя психологические факторы возникновения и течения этих расстройств. Можно допустить, что любое соматическое расстройство есть нарушение психосоматическое, так как психические факторы и, прежде всего, эмоциональные реакции влияют на все физиологические процессы в организме. Именно поэтому, как подчеркивает Ю.М. Губачев [1], анализировать заболевания человека можно, лишь учитывая структуру его личности, сферу ее наиболее значимых отношений и конфликтов, механизмов психологической защиты и совидающего поведения и другие психологические характеристики.

В настоящее время большой интерес вызывают различные варианты патологии, связанной с социально-психологическими факторами (например, такими как «гипертония белого халата», «гипертония рабочего

места», психосоматическая «цена» враждебности и агрессии, оптимизма/пессимизма, адекватность механизмов психологической защиты, «личностный профиль» и др.). Внимание врачей многих специальностей привлекают различные варианты психогенного снижения так называемого «психосоматического иммунитета». Согласно многим клиническим рекомендациям, в целостном подходе необходимо оценивать психосоциальный статус пациентов, их образование, социальное положение, различные аспекты социальной поддержки. Это согласуется с идеей, предложенной классиками психосоматики Е. Weiss и О. English [2], что «...психосоматика — это подход, который не столько умаляет значение телесного, сколько уделяет больше внимания душевному в человеке» (и можно добавить – социальному в человеке). Это вполне согласуется и с представлениями Р. Marty, основоположника французской психосоматической школы о том, что человек как субъект - это существо психосоматическое, а не психо - соматическое [3] и что «... психосоматические концепты находятся на очень высоком уровне абстрактного понимания. Все это превращает науку психосоматики в искусство, которое требует от исследователя не только высокого напряжения интеллектуальной работы, креативности и творчества, но и внутренней смелости допустить, что эти процессы существуют внутри каждого из нас». Поэтому можно утверждать, что психосоматическая «философия» медицины трактуется в настоящее время как система исследования и понимания механизмов взаимодействия психических и соматических процессов, неразрывно связывающих человека с окружающей его социальной средой. Сегодня уже можно считать установленным, что психосоматическая «философия» в медицине — это не просто утверждение того, что в человеке «все связано со всем» или идея, выраженная в декларации о биопсихосоциальном единстве человека (теперь уже и в его био-психо-социально-духовном единстве), очень трудно при этом реализуемой на практике, но главным образом того, *каким образом всё в человеке взаимодействует со всем*, включая, естественно, и его социальное окружение. И поэтому искусственное вычленение какого-либо из звеньев этой сложной системы неизбежно ведет к упрощению и искажению сути проблемы.

В течение многих десятилетий исследователи, изучающие фундаментальные механизмы возникновения, развития, исходов и принципов лечения важнейших патологических процессов и заболеваний человека, ориентируются на создание своеобразной «конституции» медицины, междисциплинарной системы, в которой органично объединились бы знания, полученные в результате не только морфологических, физиологических, клинических, но также психологических и социальных исследований.

Это подкрепляется представлением одного из основателей современной эпидемиологии и профилактики неинфекционных заболеваний G. Rose [4]: «Первичные причины распространенных заболеваний человека в основном экономические и социальные, поэтому их лекарства также должны быть экономическими и социальными». Эти варианты патологии все чаще называют «болезнями цивилизации», поскольку они получили наиболее широкое, практически эпидемическое распространение в течение последнего столетия. Именно за последнее столетие стала происходить отчетливая замена доминировавших ранее многих соматических заболеваний, например инфекционных, на относительно новые, ранее гораздо менее распространенные варианты патологии, связанные с экологией человека, его личностными особенностями, образом жизни, положением в социальной среде.

На это обращал внимание И.В. Давыдовский [5], который подчеркивал, что условия и образ жизни человека являются фундаментальными предпосылками для возникновения его болезней, поскольку именно социальные и психологические факторы так специфически «расцветивают» и создают такое разнообразие красок в жизни человека, соответственно, и в его заболеваниях. В основе патологических расстройств и заболеваний «собственно человека» лежат дезадаптивные изменения в психической (прежде всего личностной) сфере и, соответственно, психосоматические соотношения, сформировавшиеся исключительно у человека и отсутствующие у животных. По этой причине данная группа патологических процессов человека характеризуется высокой степенью индивидуальности в проявлениях, вариабельностью механизмов развития и взаимосвязей морфологических и функциональных изменений. Все это, соответственно, обуславливает и высокую вариабельность, и разнообразие клинических проявлений, сложность в использовании нозологических подходов и трудности терапии психосоматических заболеваний стандартными, унифицированными схемами. В патогенезе психосоматических расстройств происходит «размывание» общепринятой ранее в медицине связи «конкретная причина — специфический патогенез — стереотипная клиническая картина — нозологическая форма — стереотипное лечение». В этой группе наблюдается большое разнообразие вариантов патологических расстройств в каждом конкретном случае психосоматического заболевания, что существенно повышает актуальность принципа «лечить не болезнь, а больного», отвечающий необходимости понимания тесной взаимосвязи психических, социальных и соматических факторов. Клиницисты, наблюдая до сих пор все еще

загадочную драму, разыгрывающуюся на фоне отдельных органов и систем, часто забывают, что «режиссер» скрывается за сценой, что он может быть невидимым, во всяком случае, до определенного времени.

В настоящее время получает все большую поддержку представление о том, что на фоне изменения «злокачественности» общеизвестных (традиционных) факторов риска по мере развития и прогрессирования психосоматических заболеваний, в частности, сердечно-сосудистых, отмечаются и относительно новые, недостаточно изученные и ранее недостаточно принимавшиеся во внимание. Четыре направления представляются в этом отношении наиболее перспективными:

- личность и ее влияние на здоровье и заболевание;
- стрессовые жизненные ситуации;
- социальные связи, поддержка и изоляция;
- патогенные социально-психологические факторы в трудовой деятельности человека.

Необходимость целостного, интегративного понимания патологии человека как «болезни цивилизации» вместе с тем ставит психосоматический подход в особое положение по отношению к психогенному фактору. Несмотря на его высокую значимость, в подавляющем большинстве случаев он в изолированном виде, без соответствующей соматической «почвы» (генетической предрасположенности, дефектности соответствующего органа или висцеральной системы, накопленных в ней морфологических изменений и др.) и соответствующих социальных условий не может вызвать психосоматического заболевания. Это в определенной мере объясняет тот установленный многими исследователями факт, что при неврозах, которые рассматриваются как расстройства психогенные, психосоматические заболевания отмечены не только не чаще, но даже реже, чем в среднем в популяции. Ю.М. Губачевым и соавт. [6] убедительно показано, что невроз и невротические расстройства не определяются в преморбиде большей части соматических заболеваний и не являются облигатными участниками их пролога.

Признание активной роли психологических, прежде всего — личностных и поведенческих факторов в развитии психосоматических расстройств и заболеваний обосновывает необходимость и целесообразность применения различных форм психотерапевтической коррекции в комплексной терапии и профилактике этих заболеваний. Их эффективность показана в целом ряде проведенных исследований и нуждается в дальнейшем активном развитии.

Список литературы

1. Губачев Ю.М. Психогенные расстройства кровообращения. СПб., Медицина, 1993. с. 248.
2. Weiss E., English O. Psychosomatic Medicine. The Clinical Application of Psychopathology to General Problems. Saunders, Philadelphia/London 1943. p. 268.
3. Marty P. Les mouvements individuels de vie et de mort. Essai d'economie psychosomatique. Paris, Payot. 1976. p. 296.
4. Rose G. The strategy of preventive medicine. — Oxford, Elsevier. 1992. p. 259.
5. Давыдовский И.В. Проблемы причинности в медицине (этиология). М., Медицина, 1968. с. 120.
6. Губачев Ю.М., Дорничев В.М. Изменения функции сердечно-сосудистой системы при нарушениях центральной регуляции. В кн: Мозговые механизмы психофизиологических состояний. Л.: Наука, 1989. С.70–115.

Информация об авторе

Винокур Владимир Александрович,
кафедра психотерапии, медицинской психологии и сексологии
ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова», Санкт-Петербург, Россия, доктор медицинских наук, профессор ORCID <https://orcid.org/0000-0003-2990-8939> e-mail: vavinokur@mail.ru

Работа выполнена самостоятельно.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ КАТАТОНИЧЕСКОЙ ШИЗОФРЕНИИ ПОД МАСКОЙ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОГО ОБСЕССИВНО-КОМПУЛЬСИВНОГО РАССТРОЙСТВА

Лаптев М.И., Альпин В.С., Гагин В.Г.

ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург
ФГБУН «Институт мозга человека им. Н.П. Бехтеревой» Российской академии наук, г. Санкт-Петербург

Источник финансирования: отсутствует

Ключевые слова: психиатрия, кататония, обсессивно-компульсивная симптоматика.

Аннотация

В данном клиническом случае описывается вариант течения классического кататонического ступора с восковидной гибкостью неуточненной этиологии, манифестирующая обсессивно-компульсивной симптоматикой и, на момент поступления в психиатрическое отделение ИМЧ РАН, сопровождающееся алиментарной недостаточностью и недостаточным ответом на лечение.

Введение

Известно, что обсессивно-компульсивное расстройство является одним из самых распространенных расстройств невротического спектра. Вместе с тем, стоит помнить о коморбидности как обсессивно-компульсивной симптоматики, так и самого расстройства у пациентов с шизофренией [1,2]. Трудности дифференциальной диагностики и патогенеза этих расстройств могут приводить к несвоевременной постановке верного диагноза, что оказывает существенное влияние на дальнейший прогноз.

Описание клинического случая

Пациент М., 17 лет, поступил в отделение психиатрии ИМЧ РАН в сопровождении матери. Продуктивному контакту не доступен в виду постоянных персевераций. Со слов матери, большую часть дня тратится на повторение стереотипных ритуалов мытья рук и других гигиенических процедур. Отмечается энурез.

Из анамнеза заболевания известно, что ухудшение психического состояния отмечается с 14 лет (2021 год), когда после смерти бабушки стал молчаливым, перестал общаться с родственниками, боялся разговаривать с другими людьми, «сидел как мебель». Стал плаксив. Много времени уделял гигиеническим процедурам. Со слов матери, также отмечалась слабость, невозможность выполнять бытовые обязанности (не заправлял кровать, не проводил уборку в комнате, перестал помогать в работе по дому). Обращались к психологу - без значимого эффекта.

В 2022 году перенес новую коронавирусную инфекцию с последующим ухудшением психического состояния. В 2024 году, в частном порядке, обратился к психиатру в Новосибирске, поставлен диагноз «ОКР с преимущественно компульсивным компонентом» и назначен флувоксамин в дозировке 50 мг на ночь. Отмечалось улучшение клинического состояния, пациент стал улыбаться и шутить.

В августе 2024 появился энурез с невозможностью самостоятельно посещать туалетную комнату: «Боюсь задеть что-то». За медицинской помощью обращались, отмечали улучшение, данных о принимаемых лекарственных препаратах за этот период не предоставили.

Зимой 2025 года увеличилось время совершения ритуалов, в связи с чем госпитализирован в психиатрический стационар. Выписан с диагнозом «Преимущественно компульсивное действие на резидуально-органическом фоне F42.1». Получал флувоксамин 100 мг/сут, Рисперидон 3 мг/сут с клиническим улучшением, но после выписки рисперидон отменен в связи с выраженной сонливостью, начал получать кветиапин в дозировке 25 мг.

В мае этого же года появились скандированная речь, персеверации, начал многократно глотать слюну, объяснял это тем, что «боюсь, что она попадет на футболку». Требовал от мамы выполнять действия в определенной последовательности: выполнять гигиенические процедуры, одевать его, просил класть руки в карманы перед выходом на улицу. Если мать или другие близкие выполняли действия в другом порядке, просил выполнить заново. В случае отказа становился агрессивен, повышал голос с требованиями выполнить точно заданную последовательность.

Во дворе дома ходил со склонностью к стереотипностью движений. Со слов мамы «на земле протоптана тропинка в форме восьмерки».

Известно, что пациент М. родился от второй беременности, протекавшей на фоне угрозы прерывания беременности и носительства цитомегаловирусной инфекции. Роды срочные, 38 недель, обвитие пуповины.

По шкале Апгар - 7-8 баллов. Послеродовой период был осложнен внутриутробной инфекцией, гемолитической болезнью новорожденного и церебральной ишемией. После выписки наблюдался с диагнозом перинатальное поражение центральной нервной системы.

Образовательные учреждения посещал, адаптировался согласно возрасту. После 5 класса стал учиться удовлетворительно. Со слов матери, стал сложнее понимать школьный материал. Друзей нет: «Потому что скромный».

15.07.2026 поступает в психиатрическое отделение ИМЧ РАН для коррекции терапии.

В психическом статусе на момент поступления обращает на себя внимание множественные perseverации («к-к-кл-кл-кля-клянусь»; «к-к-кл-кл-кля-клянусь по-по-поп-поправь») с кататоническими включениями (негативизм, отказ от пищи вместе, энурез). Отмечается восковидная гибкость с катаlepsией, отсутствие реакций (в т.ч. зрачков на болевое раздражение). Обсессивно-компульсивный компонент расстройства проявляется большей степенью в контакте с мамой: ритуалоподобное поведение с мытьем рук (3 раза по 10 повторений), а также требования поправить футболку перед приемом пищи, протереть лицо и рот, выйти и зайти.

В контакт с лечащим врачом вступает неохотно. Сознание без признаков помрачения. Аффективный фон ровный (со слов матери, пациент раздражен). Лицо гипомимично, голос без модуляций, с повышением тона и громкости к концу perseverации. Зрительный контакт не поддерживает. Оценить мышление не удастся. Оценить наличие обманов восприятия и галлюцинаций не удастся. Бредовых идей не высказывает. Агрессивные и аутоагрессивные тенденции не выявлены.

В психическом состоянии наблюдается незначительная суточная динамика с улучшением в вечернее и ночное время.

Данных за неврологические нарушения нет. Осмотрен неврологом: двигательные нарушения, вероятно, вторичного характера.

За время лечения были инициированы попытки перевода на более активную антипсихотическую терапию с отменой антидепрессантов: палиперидон с наращиванием дозы до 6 мг/сутки без клинически значимого эффекта.

Терапия диазепамом (10 мг в сутки в инъекционной форме) в сочетании с арипипразолом (5 мг в сутки) также не привела к полной редукции симптоматики, но отмечалась улучшение в состоянии: perseverации в речи уменьшились, стал самостоятельно принимать пищу. В контакт с персоналом отделения стал вступать самостоятельно.

С целью продолжения лечения переведен 25.07.2026 в Городскую Психиатрическую больницу №3 имени И. И. Скворцова-Степанова для дальнейшего лечения. Терапия на момент перевода: диазепам 10 мг/сутки и арипипразол 5 мг/сутки.

Заключение

Ввиду специфики психиатрического отделения ИМЧ РАН невозможно провести всестороннее обследование пациента и его длительное лечение. По данным наших коллег из других психиатрических стационаров Санкт-Петербурга, в лечении Пациента М. отмечается лишь незначительное улучшение состояния, что может наводить на мысль о быстро-прогрессирующем злокачественном процессе, требующего аугментации фармакологических назначений, вплоть до проведения курсов электро-судорожной терапии.

Актуальность данного клинического случая заключается в фабуле обсессивного компонента. Несмотря на типичные для обсессивно-компульсивного расстройства страх загрязнения и компульсивное мытье рук, очевидно, что состояние пациента выходит далеко за рамки невротического спектра и заставляет задуматься о природе кататонии, ее патогенезе и начальных проявлениях. Мы также предполагаем, что отсутствие адекватной антипсихотической терапии на момент первых проявлений кататонии, могли сказаться на возникновении классической картины с восковидной гибкостью, а также на дальнейшем прогнозе Пациента М.

Список литературы

1. Lieuwe H., Bouke S., Luuk W., Don H. L., The 5-Year Course of Obsessive-Compulsive Symptoms and Obsessive-Compulsive Disorder in First-Episode Schizophrenia and Related Disorders, Schizophrenia Bulletin, 2013, Pages 151–160
2. Гиацинтова А.А., Горшкова И.В. Нейропсихологические особенности расстройств шизофренического спектра, протекающих с кататонической и обсессивно-компульсивной симптоматикой. ПСИХИАТРИЯ. 2018;(79):61-68.

Лаптев Матвей Игоревич - Федеральное бюджетное государственное учреждение “Национальный медицинский исследовательский центр имени Владимира Андреевича Алмазова” Министерства здравоохранения Российской Федерации, город Санкт-Петербург. laptev_mi@almazovcentre.ru

Альпин Валерия Сергеевна - Федеральное бюджетное государственное учреждение “Национальный медицинский исследовательский центр имени Владимира Андреевича Алмазова” Министерства здравоохранения Российской Федерации, город Санкт-Петербург. zavpno@ihb.spb.ru

Гагин Вадим Геннадьевич - Федеральное бюджетное государственное учреждение науки “Институт мозга человека имени Натальи Петровны Бехтеревой” Российской академии наук, город Санкт-Петербург. gagin@ihb.spb.ru

Работа выполнена самостоятельно

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ШИЗОТИПИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА У ПОДРОСТКА

Жинжикова З.Г. (1), Хабаров И.Ю. (2), Абриталин Е.Ю. (2), Краснов А.А. (2)

(1 - СПб ГКУЗ «Психиатрическая больница Святого Николая Чудотворца, г. Санкт-Петербург)

(2 - ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург)

Источник финансирования: отсутствует

Ключевые слова: шизотипическое расстройство, подростковый возраст, клинический случай, расстройство шизофренического спектра, дифференциальная диагностика

Аннотация. Представлен клинический случай шизотипического расстройства у подростка 13-ти лет с обсессивно-компульсивной и дисморфофобической симптоматикой, эпизодами дезорганизованного поведения. Проанализированы клиническая динамика, особенности мышления и результаты комплексной фармако- и психотерапии.

Введение. Проблема ранней диагностики расстройств шизофренического спектра в подростковом возрасте остается одной из наиболее сложных в детской и подростковой психиатрии. Клиническая картина на начальных этапах нередко маскируется под поведенческие нарушения, обсессивно-компульсивное расстройство или аффективные расстройства. Особые трудности вызывает разграничение шизотипического расстройства и обсессивно-компульсивных расстройств при отсутствии четко выраженной продуктивной симптоматики и сохранении критичности [1, 2].

Современные подходы подчеркивают необходимость синдромального анализа психопатологических проявлений и особенностей их динамики у таких пациентов. Представленный клинический случай иллюстрирует постепенную трансформацию поведенческих нарушений в сложный обсессивно-дисморфофобический и шизотипический симптомокомплекс, что определяет его научно-практическую значимость [3].

Актуальность. Актуальность работы определяется необходимостью ранней диагностики шизотипического расстройства (ШР) у детей и подростков. Полиморфизм симптоматики, частичная критичность и отсутствие развернутого психоза нередко приводят к диагностическим трудностям и, как следствие, отсроченному назначению патогенетически обоснованной терапии. Представленный клинический случай демонстрирует постепенную трансформацию симптомов в шизотипический симптомокомплекс с обсессивно-компульсивными и дисморфофобическими проявлениями.

Цель исследования: проанализировать клиническую динамику, проводимую дифференциальную диагностику и диагностические особенности ШР у подростка с первоначально установленным диагнозом расстройства поведения, а также оценить эффективности проводимой комплексной терапии.

Материал и методы. Материалом для анализа послужила медицинская документация пациента, включающая истории болезни, заключения психиатров и клинических психологов, результаты патопсихологического исследования и динамические наблюдения за состоянием пациента в стационаре и амбулаторно (2023–2025 гг.). Исследование носит ретроспективный характер.

Результаты. Пациент Н., 13 лет, впервые обратился в психоневрологический диспансер СПб ГКУЗ «Центр восстановительного лечения им. С. С. Мнухина» в ноябре 2023 года с жалобами на нарушения поведения, конфликтность, приступы психомоторного возбуждения с агрессией к окружающим.

С лета 2023 г. отмечается проявление «ритуалов» - в течение часа молился перед сном. На начальном этапе (с октября 2023 г.) в клинической картине преобладали эпизоды аффективно окрашенного психомоторного возбуждения: нелепый смех, плач, импульсивные разрушительные действия, агрессия с использованием предметов. Память на события сохранялась, амнезии событий после возбуждения не отмечалось. Подобные состояния длились до одного часа и купировались седативными средствами (этилбромизовалерианат + фенобарбитал + мяты перечной листьев масло). На этом этапе состояние трактовалось как «Расстройство поведения» (F91.8). Однако уже тогда присутствовали элементы паралогичного мышления, эмоциональных нарушений. Проводилась терапия алимемазином 2,5 мг утром, 5 мг вечером. В связи с ухудшением засыпания, повторными нарушениями поведения к терапии в феврале 2024 г. был добавлен хлорпротиксен 25 мг на ночь.

С мая 2024 г. пациент стал ограничивать себя в еде, опасаясь «вредной» пищи. С июня 2024 г. стал отказываться выходить из дома. Объяснял изменившееся поведение полученным от лечащего врача запретом. Боялся взглядов других людей, чувствовал необходимость «спрятаться», если кто-то, кроме родственников,

его увидит. В качестве объяснения своих поступков придумал «легенду о шпионах». В это же время присоединились ночные кошмары.

В сентябре 2024 г. был госпитализирован в общее психиатрическое отделение. К режиму адаптировался медленно, держался отстраненно, сидел один за отдельным столом, читал справочник грибника, не стремился к общению с другими пациентами, закрывал лицо от всех и отказывался от сладкой пищи из-за опасений в измененности своей внешности: «У меня с лицом что-то не так, поэтому не надо на него смотреть», «Я очень толстый, я вешу очень много, в форму себя не привел пока» (29.09.24 весил 36,4 кг, при росте 163 см). «У меня какая-то фигура не очень». Также садился спиной к экрану телевизора, объясняя следующим образом: «Думаю, что может случиться все, что угодно, если я посмотрю в экран, например, я могу впасть в такое состояние, когда не смогу себя контролировать, физически на меня это никак не влияет, но может повлиять психологически. Изображение на экране состоит из пикселей, влияет сам пиксель, т.к. он потребляет энергию, эта энергия искусственная и оказывает влияние только через глаза, когда я не смотрю на экран, ничего не происходит». Было рекомендовано назначение рисперидона (до 3 мг/сут.). В связи с сохранением дисморфофобической симптоматики также был назначен флувоксамин (до 200 мг/сут.). В период пребывания в стационаре также отмечались кратковременные состояния с застыванием, стереотипными позами, неадекватной мимикой, подражательным поведением. Впоследствии пациент частично признавал демонстративный компонент этих реакций, однако их возникновение происходило на фоне выраженной тревоги. С целью купирования остаточных проявлений тревоги, напряженности к терапии так же был добавлен гидроксизин (до 75 мг/сут.). Дополнительно проводились психотерапевтические и психореабилитационные мероприятия.

По результатам экспериментально-психологического исследования (ЭПИ) отмечалось ускорение протекания мыслительных процессов, неустойчивость аттентивных процессов, нарушение мотивационного компонента мышления в легкой степени выраженности, представлено искажение процессов обобщения, была характерна разноплановость ответов, представлен выбор латентных признаков. Интеллект соответствует возрастной норме, преобладает развитие вербальной сферы.

Дифференциальная диагностика проводилась между шизофренией (F20), обсессивно-компульсивным расстройством (ОКР) (F42), социальным тревожным расстройством (F40.1), расстройствами аутистического спектра (РАС) (F84), а также последствиями органического поражения центральной нервной системы (ЦНС) (F06). Результаты представлены в таблице 1.

Таблица 1
Дифференциальная диагностика

Нозология	Критерии сходства	Критерии различия	Подтверждение/ исключение диагноза
Шизофрения (F20)	-Бредовые идеи (дисморфо- фобия) -эпизоды дезорганизованно- го поведения	-отсутствие формальных расстройств мышления -сохранение частичной критики -отсутствие галлюцинаций	Исключен: позитивный ответ на терапию низкими дозами антипсихотиков, отсутствие прогредиентности
ОКР (F42)	- Ритуалы (молитвы) - Навязчивые мысли	-ритуалы вторичны (обслу- живают бред) -отсутствие типичных ком- пульсий -паралогии («пиксельная энергия»)	Исключен: отсутствие ядра обсессивно-компульсивного синдрома
Социальное тревожное расстройство (F40.1)	- избегание социальных контактов -страх оценки	-бредовая интерпрета- ция страха («все смотрят на меня из-за дефектов») -продуктивная симптома- тика	Исключен: наличие бреда и псевдогаллюцинаций

РАС (F84)	- Социальная изоляция - Ригидность поведения	-дебют в подростковом возрасте -факт эмоциональной связи с близкими, социальные контакты -динамическое течение	Исключен: отсутствие стереотипий и задержки развития
Органическое поражение ЦНС (F06)	-эпизоды тремора -дезорганизованное поведе- ние	-отсутствие очаговой невро- логической симптоматики -эффективность терапии антипсихотиками	Исключен: данные МРТ/ ЭЭГ не приведены, но косвенно опровергнуто клинической симптоматикой

Проведенный клинический анализ позволил выделить характерную триаду симптомов: когнитивно-перцептивные нарушения (паралогическое мышление, бреподобные идеи), эксцентричное поведение с выраженными ритуализированными действиями и социально-коммуникативные дефициты при частичном сохранении избирательной привязанности к членам семьи. На основании этого был установлен диагноз «Шизотипическое расстройство» (F21).

Обсуждение. Представленный случай демонстрирует постепенное усложнение клинической картины от поведенческих нарушений к формированию шизотипического симптомокомплекса. Ключевыми диагностическими маркерами стали когнитивно-перцептивные нарушения с преобладанием паралогического мышления, эксцентричное, иногда демонстративное, поведение и социально-коммуникативную дезадаптацию при сохранении привязанности к родственникам.

Ритуализированные действия в рамках шизотипического расстройства имеет качественно иные характеристики по сравнению с классическим ОКР - они были насыщены причудливыми интерпретациями и тесно связаны с особенностями личности пациента.

Положительная динамика на фоне антипсихотической и серотонинергической терапии подтверждает обоснованность выбранной тактики лечения.

Заключение. Представленный клинический случай подчеркивает необходимость тщательного динамического наблюдения подростков, находящихся на стационарном лечении в психиатрических больницах. В курации детей и подростков с описанным симптомокомплексом особое значение следует уделять дифференциальной диагностике между ШР, шизофренией, другими заболеваниями шизофренического спектра, ОКР, РАС. Комплексная фармакотерапия в сочетании с психокоррекцией способствует значительной редукции симптоматики и восстановлению социальной адаптации. Ранняя диагностика шизотипического расстройства является важным условием благоприятного прогноза.

Список литературы.

1. Зверева Н. В., Горюнов А. В., Зверева М. В. Клинико-психологическая оценка вариативности шизотипического расстройства у детей и подростков. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2022; 122(7):88–93. <https://doi.org/10.17116/jnevro202212207188>.
2. Rasmussen A. R., Nordgaard J., Parnas J. Schizophrenia-spectrum psychopathology in obsessive-compulsive disorder: an empirical study. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience. 2020; 270(8):993–1002. <https://doi.org/10.1007/s00406-019-01022-z>.
3. Горюнов А. В. Шизотипическое расстройство в детском и подростковом возрасте (психопатологические, катанестические, патогенетические аспекты): автореферат дис. ... доктора медицинских наук. М., 2023. С. 48.

Информация об авторах, руководителе:

Жинжикова Зоя Геннадиевна, СПб ГКУЗ «Психиатрическая больница Святого Николая Чудотворца, г. Санкт-Петербург, Россия, ORCID 0009-00090499-8394, zhinzhikova.zoe@gmail.com.

Хабаров Иван Юрьевич, ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург, Россия, ORCID 0000-0003-4941-0855, dr.khabaroff@mail.ru.

Абриталин Евгений Юрьевич, ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург, Россия, ORCID 0000-0001-9239-2221, abritalin@mail.ru.

Краснов Алексей Александрович, ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург, Россия, ORCID 0000-0002-8732-6390, dr.krasnov_28@mail.ru.

Работа выполнена самостоятельно.

ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ ПРИНУДИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ В УСЛОВИЯХ ОТДЕЛЕНИЙ ОБЩЕГО ТИПА ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

А.Г. Софронов, А.Н. Гвоздецкий, А.Е. Добровольская, В.А. Некрасов, Г.О. Кулагин,

СПб ГКУЗ «Городская психиатрическая больница № 3 им. И.И. Скворцова-Степанова», ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, Санкт-Петербург

Источник финансирования: исследование не имело дополнительных источников финансирования

Ключевые слова: принудительное лечение; принудительные меры медицинского характера; общественно опасные действия; психические расстройства

Аннотация. В данной работе представлен анализ организации принудительного лечения в психиатрическом стационаре общего типа. Определены клинические, социально-демографические и криминологические особенности данного контингента. Обоснована необходимость совершенствования программ психосоциальной реабилитации для повышения эффективности лечебного процесса и профилактики повторных общественно опасных деяний.

Введение. Реализация принудительных мер медицинского характера (ПММХ) — важное направление современной психиатрии. Развитие методов терапии и реорганизация психиатрической службы требуют совершенствования подходов к принудительному лечению (ПЛ), что невозможно без анализа накопленного опыта. СПб ГКУЗ «Городская психиатрическая больница № 3 им. И.И. Скворцова-Степанова» (ГПБ №3) — крупнейший стационар Санкт-Петербурга, где проходят лечение пациенты, направленные на ПЛ в отделения общего типа. В настоящее время в структуре больницы функционируют три мужских отделения на 220 коек и одно женское общепсихиатрическое отделение, в котором выделено 20 коек для исполнения ПММХ. (1550 коек из них 220 обще психиатрических коек)[1-3]. Деятельность отделений организована в соответствии с действующим Порядком оказания медицинской помощи.

Цель работы. Проанализировать организацию и практику применения принудительных мер медицинского характера в отделениях общего типа ГПБ №3 им. И.И. Скворцова-Степанова за период 2006–2024 гг.

Материалы и методы. Проведен комплексный анализ клинических, социально-демографических и криминологических характеристик пациентов отделений ПЛ. Изучены следующие показатели: среднегодовое количество коек, удельный вес и структура пациентов на ПЛ, их нозологическая и половозрастная характеристика, виды и тяжесть совершенных правонарушений в разрезе нозологии, а также особенности психофармакотерапии и применяемые формы психосоциальной реабилитации.

Результаты. В период с 2006 по 2023 год коечная мощность ГПБ №3 сократилась на 28% (590 коек). Одновременно число пациентов, находящихся на ПЛ, выросло на 36% (78 человек). Как следствие, удельный вес пациентов на ПЛ увеличился более чем вдвое — с 5,7% в 2006 г. до 13,03% в 2023 г. При этом их доля в общем потоке пролеченных больных оставалась стабильной.

В нозологической структуре преобладают пациенты с шизофренией и расстройствами шизофренического спектра (F20-F29): их доля выросла с 54,5% в 2016 г. до 65,0% в 2023 г. Пациенты с другими психотическими расстройствами и слабоумием (F00-F09 и др.) составили 17,0% в 2023 г. Остальные пациенты имели расстройства непсихотического характера или умственную отсталость.

Анализ лекарственной терапии выявил преобладание двух антипсихотиков: зуклопентиксола (30,11% назначений) и клозапина (27,74%). Доля галоперидола составила около 10%, остальные препараты назначались реже.

На 01.08.2024 в отделениях ПЛ проходили лечение 229 человек. Подавляющее большинство — мужчины (212; 93,4% из них трудоспособного возраста). Среди 17 женщин к трудоспособному возрасту относились 70,6%. Пациенты с шизофренией (F20.x) доминируют во всех категориях правонарушений — против жизни и здоровья, половой неприкосновенности и собственности. Вторую группу по частоте совершения преступлений против личности и собственности составили пациенты с органическими расстройствами (F06).

Обсуждение. Исследование показало значительный рост доли принудительного лечения в стационаре за последние 17 лет. Это может быть связано как с изменениями законодательства, так и с общим для России трендом на сокращение коечного фонда. В результате пациенты на ПЛ занимают все большую долю в структуре стационарной психиатрической помощи[3-5].

Большинство пациентов находятся в трудоспособном возрасте, что создает социальную проблему: будучи изолированными от общества, они лишены возможности трудовой деятельности. В отличие от осужденных по Уголовно-исполнительному кодексу, их право на труд нормативно не урегулировано. Включение элементов возмездного труда в программы психосоциальной реабилитации могло бы повысить их эффективность, но требует дополнительной правовой базы.

Ключевая задача ПММХ — реабилитация, направленная на ресоциализацию пациентов и предотвращение новых общественно опасных деяний. Преобладание в выборке пациентов с шизофренией отражает общую структуру контингента психиатрической службы, а не специфическую опасность этого заболевания. Лидирующие позиции шизофреников в структуре особо тяжких преступлений обусловлены их высокой долей среди всех пациентов.

Анализ фармакотерапии указывает на предпочтение препаратов, обеспечивающих высокую комплаентность и эффективность при резистентных состояниях. Высокая частота назначения зуклопентиксола, вероятно, связана с наличием пролонгированных форм, необходимых для пациентов с низкой приверженностью лечению. Значительная доля клозапина свидетельствует о частом использовании терапии «второй линии» при резистентности к другим антипсихотикам. Сохраняющаяся, но снижающаяся роль галоперидола соответствует общемировым тенденциям смещения фокуса в сторону атипичных антипсихотиков.

Заключение. Выявлена устойчивая тенденция к увеличению доли пациентов, проходящих принудительное лечение в психиатрическом стационаре общего типа, среди которых преобладают лица с эндогенными расстройствами. Полученные данные актуализируют необходимость совершенствования лечебно-реабилитационных подходов с учетом нозологической структуры и криминологических характеристик пациентов для улучшения их социальной адаптации и снижения риска рецидивов.

Список литературы:

1. Софронов А. Г., Добровольская А. Е., Гвоздецкий А. Н. и др. Опыт реализации принудительных мер медицинского характера в условиях отделений для принудительного лечения общего типа в психиатрическом стационаре Санкт-Петербурга. *Российский психиатрический журнал*. 2025; 5:4–11.
2. Добровольская А. Е., Баранник И. А., Гвоздецкий А. Н. и др. Клинические и организационные аспекты применения принудительных мер медицинского характера. *Психическое здоровье: от разнообразия феноменологии к концептуальному единству*. 2025:285–286.
3. Софронов А. Г., Добровольская А. Е., Гвоздецкий А. Н. и др. Реализация принудительных мер медицинского характера в Санкт-Петербурге: основные тренды 2006–2023 гг. *Российский психиатрический журнал*. 2025; 4:4–12.
4. Савошикова Е. В., Бгатова Д. А. Принудительное лечение: вопросы статуса человека. *Всероссийская студенческая конференция*. 2026:190–193.
5. Васеловская А. В. Принудительное лечение в психиатрическом стационаре по Уголовному кодексу Российской Федерации. Москва: Юрлитинформ; 2023:184.

Информация об авторах, руководителе:

Александр Генрихович Софронов, СПб ГКУЗ «Городская психиатрическая больница № 3 им. И.И. Скворцова-Степанова», ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент РАН, Санкт-Петербург, ORCID: 0000-0001-6339-0198, E-mail: alex-sofronov@yandex.ru

Антон Николаевич Гвоздецкий, СПб ГКУЗ «Городская психиатрическая больница № 3 им. И.И. Скворцова-Степанова», ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, кандидат медицинских наук, доцент, Санкт-Петербург, ORCID: 0000-0001-8045-1220 E-mail: comisora@yandex.ru

Алла Евгеньевна Добровольская, СПб ГКУЗ «Городская психиатрическая больница № 3 им. И.И. Скворцова-Степанова», ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, кандидат медицинских наук, доцент, Санкт-Петербург, ORCID: 0000-0002-3582-6078, E-mail: maxmmm@yandex.ru

Василий Анатольевич Некрасов, ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, Санкт-Петербург, ORCID: 0009-0009-4749-083X, E-mail: vasilin@yandex.ru

Георгий Олегович Кулагин ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, Санкт-Петербург, ORCID: 0009-0008-1466-3725, E-mail: kulagintm@mail.ru

Работа выполнена самостоятельно.

ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ФИТОПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ПОДДЕРЖАНИЯ МЕНТАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ

Е.С. Юн, Е. В Коноплева*

ЧОУВО «САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ИНСТИТУТ», Санкт-Петербург

Источник финансирования: финансирование из бюджета ЧОУВО «САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ИНСТИТУТ»

Ключевые слова: фитотерапия, лекарственные растения, когнитивные функции, седативные средства

***Аннотация** Фитотерапия — метод лечения заболеваний с помощью лекарственных средств растительного происхождения. Действующие вещества лекарственных растений обладают нейропротективными свойствами, улучшают когнитивные функции. Показаны гинкго двулопастного листьев экстракт, валерианы настойка, препараты пустырника, корни и корневища пионов, экстракт пассифлоры. Лекарственные растения обладают мягким действием, не накапливаются в организме, не вызывают токсических эффектов и лекарственной зависимости.*

Введение. Фитотерапия — метод лечения заболеваний с помощью лекарственных средств растительного происхождения, содержащих комплексы биологически активных веществ, максимально полно извлеченных из целого растения или отдельных его частей. Современная фитотерапия должна основываться исключительно на научно признанных фактах и оперировать стандартизованными лекарственными средствами [1].

Актуальность Современные исследования доказали высокую эффективность комплексов биологически активных веществ растений при лечении различных заболеваний, в том числе трудно поддающихся лечению фармакотерапевтическими средствами. Установлено, что так называемые сопутствующие и балластные вещества обладают рядом ценных свойств и не могут считаться просто балластом. Им присущи весьма важные лечебно-профилактические эффекты, открывающие новые возможности использования лекарственного растительного сырья. Так, они оказались эффективными метаболическими корректорами, антиоксидантами, антигипоксантами, стресспротекторами, оказывающими при низкой токсичности мягкие регулирующие влияния на различные системы организма [2]. Действующие вещества лекарственных растений обладают нейропротективными свойствами, улучшают когнитивные функции.

Задачи. Определение клинических аспектов фитотерапии и дальнейших перспектив ее использования для поддержания ментального здоровья.

Материалы и методы. Для проведения обзора был выполнен поиск в нескольких научных базах данных, включая PubMed, Elsevier, ResearchGate, Scopus и Google Scholar. Поиск охватывал публикации с 2000 по 2026 год.

Результаты. Для коррекции когнитивных функций и кровообращения головного мозга показаны таблетки, покрытые пленочной оболочкой, раствор для приема внутрь, капсулы гинкго двулопастного (*Ginkgo biloba*) листьев экстракт. Экстракт листьев гинкго билоба используется для лечения легких и умеренных когнитивных нарушений и деменции за счет улучшения кровообращения, антиоксидантного действия и нейропротекции. Хотя некоторые исследования показывают улучшение когнитивных функций и повседневной активности, клинические данные о его эффективности остаются противоречивыми, при этом некоторые исследования не выявили существенного преимущества по сравнению с плацебо. Гинкго улучшает мозговой кровоток, снижает вязкость крови. Оптимальная доза до 240 мг, при превышении дозы наиболее распространенные побочные эффекты незначительны, но включают расстройства желудочно-кишечного тракта, головокружение и потенциальное, хотя и редкое, повышение риска кровотечения. Для улучшения ментального здоровья, может потребоваться от 4 до 6

* Научный руководитель: Коноплева Е.В., канд. мед. наук, доцент, доцент кафедры внутренних болезней им. проф. Б.И.Шулутко Частное образовательное учреждение высшего образования «Санкт-Петербургский медико-социальный институт» (ЧОУВО «СПБМСИ») г. Санкт-Петербург, Россия, доцент института международных образовательных практик (ИМОП) «Санкт-Петербургский государственный химико-фармацевтический университет» (ФГБОУ ВО СПбХФУ Минздрава России) ORCID ID 0009-0002-9565-7824 e-mail: evit_konopleva@mail.ru

недель, при этом необходимо ежедневное применение. Не следует рассматривать это как замену одобренным клиническими рекомендациями методам лечения болезни Альцгеймера. Важно проконсультироваться с врачом, особенно если назначены препараты, разжижающие кровь, из-за потенциального риска кровотечения.

Валерианы корневища с корнями, валерианы настойка используются в основном при тревожности, стрессе и нарушениях сна, часто рассматриваются как натуральная альтернатива бензодиазепинам. Валериана (*Valeriana officinalis*) повышает уровень ГАМК в головном мозге, способствуя расслаблению. Хотя, в целом, валериана безопасна, данные о её эффективности противоречивы, и для подтверждения эффективности при хронической бессоннице или тревожности могут потребоваться недели.

Экстракт корня валерианы широко используется для лечения нервного напряжения и тревоги, исследования показывают значительное снижение тревожного поведения. Некоторые данные свидетельствуют о том, что он может оказывать аналогичное действие на тревогу, как диазепам, но без такого же риска привыкания. Широко используется экстракт корня валерианы при бессоннице и для улучшения качества сна, особенно для улучшения сна у пациентов с хроническими заболеваниями, такими как рассеянный склероз. Исследования показали, что он может помочь при поведении, связанном с ОКР, и уменьшить симптомы депрессии у женщин в менопаузе. Также изучалось его применение в сочетании с мелиссой для снижения гиперактивности и улучшения концентрации внимания у детей. Обычно назначают от 300 до 600 мг экстракта или от 800 до 1600 мг корня, как правило, за 30–60 минут до сна. Хотя препарата валерианы обычно хорошо переносится, побочные эффекты могут включать головную боль, головокружение и проблемы с желудочно-кишечным трактом. Важно избегать одновременного применения валерианы с другими седативными средствами, алкоголем, а также во время беременности/кормления грудью. Препараты валерианы не следует применять при тяжелых заболеваниях печени.

Препараты пустырника сердечного (*Leonurus cardiaca*) помимо седативного действия проявляют гипотензивную активность. Настойка является наиболее распространенной формой, часто используемой в дозировке 2–4 мл три раза в день. Чай/настой изготавливается из высушенных верхушек, часто смешивается с другими травами, такими как мелисса или ромашка, чтобы замаскировать горечь. Капсулы/таблетки доступны в сочетании с другими растениями или аминокислотами, что может повысить эффективность снижения тревожности. Препараты пустырника традиционно используются для облегчения как нервного напряжения, тревоги, бессонницы, так и учащенного сердцебиения, позволяют снизить возбудимость и облегчить вызванные стрессом заболевания сердца. За счет добавления к пустырнику душицы и тысячелистника расширяются показания: не только при неврозах, но и при нарушениях оттока желчи. Дополнение травы пустырника плодами боярышника и шиповника, травой мелиссы и эхинацеи пурпурной дает дополнительно к седативному и анксиолитическому действию, улучшение мозгового кровообращения, оказывает активирующее влияние на детоксицирующую функцию печени, повышает устойчивость организма к физическим нагрузкам. Сочетание настойки травы пустырника, настойки плодов боярышника, корневищ с корнями валерианы, листьев мяты перечной и дифенгидрамина применяется у взрослых при неврозах с повышением артериального давления. Основные преимущества препаратов пустырника для психического здоровья: действует как седативное средство, усиливая торможение или снижая возбуждение в центральной нервной системе, используются для улучшения сна, особенно если бессонница вызвана тревогой или беспокойством, помогают при раздражительности, учащенном сердцебиении, особенно во время менопаузы. При приеме препаратов пустырника, важно проконсультироваться с врачом: следует применять с осторожностью при приеме седативных препаратов, так как это может вызвать чрезмерную сонливость или проблемы с дыханием, не рекомендуется во время беременности или кормления грудью, а также, как правило, не рекомендуется детям младше 12 лет. Если симптомы сохраняются более 4 недель или ухудшаются, важно обратиться за медицинской помощью.

Корни и корневища пионов, особенно *Paeonia lactiflora* (белый пион) и *Paeonia officinalis* (пион лекарственный), используются в традиционной медицине для улучшения психического здоровья, оказывая успокаивающее действие на нервную систему, снимая тревогу, снижая стресс и улучшая настроение. Они содержат такие соединения, как пионилорин, которые поддерживают когнитивные функции, защищают нейроны и потенциально облегчают симптомы депрессии. Умеренным седативным действием обладают препараты травы, корневищ и корней пиона уклоняющегося (*Paeonia anomala*). Экстракт и настойка пиона из корня используются для лечения эмоциональных расстройств, снижая стресс и уменьшая раздражительность. Было показано, что экстракт корня пиона улучшает память и когнитивные функции, содержит соединения, которые могут защищать от нарушений памяти, вызванных скополамином. Исследования показывают, что эфирное масло из корней пиона может оказывать значительное антидепрессантное действие, снижая уровень кортизола и улучшая

жизнеспособность нейронов гиппокампа. Корни обладают нейропротекторным действием, помогая при состояниях нервной слабости, истерии и когнитивных расстройствах. Растение известно своей способностью снимать психическое возбуждение и способствовать расслаблению. Пaeонифлорин (основное биоактивное соединение в корне пиона) обуславливает противовоспалительные, обезболивающие и нейропротекторные свойства. Корни и корневища используются в отварах, настоях и экстрактах для лечения психических расстройств. В традиционной китайской медицине (ТКМ) корни и корневища пиона часто используют в формулах для лечения психического возбуждения и состояний, связанных с «дефицитом крови», которые могут проявляться в виде тревоги или бессонницы.

Экстракт травы страстоцвета мясо-красного (*Passiflora incarnata*) — популярное растительное лекарственное средство, эффективность которого в лечении легкой и умеренной тревожности, бессонницы и нервного напряжения подтверждается повышением уровня гамма-аминомасляной кислоты (ГАМК) в головном мозге — нейромедиатора, способствующего расслаблению. В целом, экстракт пассифлоры считается безопасным и имеет мало побочных эффектов, действуя как мягкое успокоительное средство при стрессе, а иногда и как вспомогательное средство при синдроме дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) или симптомах абстиненции. Основные преимущества для психического здоровья: снижение тревожности, улучшение сна. Исследования показывают, что экстракт пассифлоры может значительно уменьшить симптомы генерализованного тревожного расстройства (ГТР). Он также эффективен для снижения предоперационной тревожности. Известный своими седативными свойствами, экстракт пассифлоры часто используется для улучшения сна при бессоннице, помогая увеличить общее время сна. Экстракт пассифлоры используется при состояниях, связанных со стрессом. Некоторые исследования показывают, что он может помочь при симптомах СДВГ и, при использовании в сочетании с другими методами лечения, может помочь при симптомах синдрома отмены наркотиков.

Обсуждение. Не меньшее значение имеют препараты растений с мягким седативным действием: плоды боярышника, цветки боярышника, экстракт листьев и цветков боярышника, цветки липы, трава душицы обыкновенной, трава мелиссы лекарственной [3].

Извлечения боярышника помимо седативного проявляют гипотензивное, антиангинальное, антиаритмическое, кардиотоническое действие.

Сочетание седативного и отхаркивающего действия используется при назначении препаратов душицы обыкновенной

Препараты мелиссы лекарственной используются при неврозах и повышенной нервной возбудимости.

Заключение. Лекарственные растения обладают мягким действием, не накапливаются в организме, не вызывают токсических эффектов и лекарственной зависимости.

Список литературы

1. Коноплева, Е. В. Клиническая фармакология : учебник и практикум для вузов. М. : Издательство Юрайт, 2026. с. 692.
2. Коноплева, Е. В. Клиническая фармакология : учебник и практикум для среднего профессионального образования. М.: Издательство Юрайт, 2026. с. 692.
3. Коноплева, Е. В. Фармакология : учебник для вузов — 4-е изд., испр. и доп. М. : Издательство Юрайт, 2026. с. 434

Информация об авторах, руководителе:

Юн Екатерина Станиславовна – студентка 6 курса. 602 гр, лечебный факультет Частное образовательное учреждение высшего образования «Санкт-Петербургский медико-социальный институт» (ЧОУВО «СПбМСИ») г. Санкт-Петербург, Россия e-mail: yunkates@gmail.com

КОМОРБИДНОСТЬ ПСИХИЧЕСКИХ И НАРКОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ ПРОХОДЯЩИХ ПРИНУДИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ В ПСИХИАТРИЧЕСКИХ СТАЦИОНАРАХ ОБЩЕГО И СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ТИПА В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ

Г.О. Кулагин, А.Г. Софронов, В.А. Некрасов, Добровольская А.Е., А.Н. Гвоздецкий

СПб ГКУЗ «Городская психиатрическая больница № 3 им. И.И. Скворцова-Степанова»,
ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова»
Минздрава России, Санкт-Петербург

Источник финансирования: исследование не имело дополнительных источников финансирования

Ключевые слова: принудительное лечение; принудительные меры медицинского характера; общественно опасные действия; алкоголизм, наркомания

Аннотация В работе проведен анализ клинико-социальных характеристик 562 пациентов с психическими расстройствами, проходящих принудительное лечение в психиатрических стационарах Санкт-Петербурга. Установлено, что злоупотребление психоактивными веществами (ПАВ) значимо чаще встречается у пациентов в отделениях специализированного типа, чем общего типа. Зависимость от ПАВ является ключевым фактором социально опасного поведения, требующим включения специализированных реабилитационных мероприятий в систему принудительного лечения.

Введение. Повышение количества больных, находящихся на принудительном лечении в стационарных и амбулаторных учреждениях психометрической сети, требует тщательного анализа причин и разработки новых программ лечения и психосоциальной реабилитации [1]. Одним из факторов этой тенденции выступает коморбидность с наркологическими заболеваниями [2-3]. Употребление психоактивных веществ провоцирует быстрое обострение психопатологической симптоматики, повышая социальную опасность пациентов. В состояниях интоксикации снижается критическое отношение, а импульсивные разрушительные действия учащаются [4]. Современные исследования рассматривают психические расстройства, употребление ПАВ в совокупности с маргинальностью. Эти три фактора образуют триаду – сложную систему взаимосвязанных и взаимно усиливающих друг друга явлений, среди которых социальная изоляция или низкий уровень социального функционирования является ключевым фактором, влияющим на формирование рискованного поведения

Цель. Изучить клинические и социально-демографические характеристики пациентов с психическими расстройствами, осложненными злоупотреблением психоактивными веществами, находящихся на принудительном лечении в психиатрическом стационаре по постановлению суда.

Материал и методы исследования. Сплошным методом изучены медицинских карты 292 пациентов, находящихся на лечении по состоянию на 01 сентября 2025 г. в отделениях для принудительного лечения общего типа СПбГКУЗ «Городская психиатрическая больница №3 им. И.И. Скворцова-Степанова», и 270 пациентов в отделениях для принудительного лечения специализированного типа СПбГКУЗ «Психиатрическая больница св. Николая Чудотворца» (всего: 562 пациента). Анамнестические данные при необходимости уточнялись у пациентов с помощью полуструктурированного интервью.

Результаты и Обсуждение. Доля пациентов, проходящих принудительное лечение с признаками злоупотребления ПАВ на отделениях специализированного типа оказалась значительно выше, чем на отделениях общего типа (65,19% и 45,55% соответственно) (см. таблицу 1). Большинство пациентов имели основной диагноз шизофренических или органических психических расстройств (см. таблицу 2). При этом у пациентов, которые обнаруживали признаки зависимости от ПАВ (в соответствии с критериями МКБ-10) сопутствующий наркологический диагноз на судебной-психиатрической экспертизе был установлен лишь в 46,3% случаев (причем были случаи, когда наличие зависимости описывалось в наркологическом анамнезе, но не выносилось в диагноз) (см. таблицу 3). Так же нередко сопутствующий диагноз установленный на судебной-психиатрической экспертизе игнорировался при ведении текущей истории болезни, в которой указывался лишь основной диагноз. Важным представляется роль ПАВ в течение основного заболевания пациентов, которое мы можем косвенно предположить через частоту ассоциированных с употреблением ПАВ психозов 61,2%, причем из них 12,9% пациентов переносили психозы связанные только с употреблением ПАВ.

Таблица 1.

Доля пациентов с признаками злоупотребления ПАВ среди всех пациентов, находящихся на принудительном лечении в психиатрических стационарах Санкт-Петербурга

Категории пациентов/тип отделения		Общий тип	Специализированный тип	Всего
Со злоупотреблением ПАВ	Абс. количество	133	176	143
	Отн. количество	45,55%	65,19%	46,3%
Без злоупотребления ПАВ	Абс. количество	159	92	166
	Отн. количество	54,45%	34,81%	53,7%
Всего	Абс. количество	292	270	562
	Отн. количество	100,0%	100,0%	100,0%

Таблица 2.

Основные диагнозы пациентов с признаками злоупотребления ПАВ.

Диагнозы/тип отделения		Общий тип	Специализированный тип	Всего
F0 (Органические психические расстройства)	Абс. кол-во	46	45	91
	Отн. кол-во	34,3%	25,7%	29,4%
F1 (F10.6 и F10.51)	Абс. кол-во	1	1	2
	Отн. кол-во	0,7%	0,6%	0,6%
F2 (Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства)	Абс. кол-во	75	117	192
	Отн. кол-во	56,0%	66,9%	62,1%
F3 (F30.2 Мания с психотическими симптомами)	Абс. кол-во	1	0	1
	Отн. кол-во	0,7%	0,0%	0,3%
F60 (Расстройства личности)	Абс. кол-во	0	2	2
	Отн. кол-во	0,0%	1,1%	0,6%
F70 (умственная отсталость)	Абс. кол-во	11	10	21
	Отн. кол-во	8,2%	5,7%	6,8%
Всего	Абс. кол-во	134	175	309
	Отн. кол-во	100,0%	100,0%	100,0%

Таблица 3.

Доля пациентов, с признаками злоупотребления ПАВ, которым диагноз сопутствующего наркологического заболевания был установлен на судебно-психиатрической экспертизе

Диагноз F1/ тип отделения		Общий тип	Специализированный тип	Всего
Установлен	Абс. кол-во.	66	77	143
	Отн. кол-во.	49,3%	44,0%	46,3%
Не установлен	Абс. кол-во.	68	98	166
	Отн. кол-во.	50,7%	56,0%	53,7%
Всего	Абс. кол-во.	134	175	309
	Отн. кол-во.	100,0%	100,0%	100,0%

Таблица 4.

Доля пациентов с признаками злоупотребления ПАВ, перенесших в течение жизни психотические эпизоды

Категории пациентов/тип отделения		Общий тип	Специализированный тип	Всего
Переносили психозы без связи с употреблением ПАВ	Абс. кол-во.	11	29	40
	Отн. кол-во.	8,2%	16,6%	12,9%
Переносили психозы в связи с употреблением ПАВ	Абс. кол-во.	21	28	49
	Отн. кол-во.	15,7%	16,0%	15,9%
Переносили психозы, как связанные, так и не связанные с употреблением ПАВ.	Абс. кол-во.	78	62	140
	Отн. кол-во.	58,2%	35,4%	45,3%
Не переносили психоз	Абс. кол-во.	24	56	80
	Отн. кол-во.	17,9%	32,0%	25,9%
Всего	Абс. кол-во.	134	175	309
	Отн. кол-во.	100,0%	100,0%	100,0%

Заключение. Значительная доля пациентов с признаками злоупотребления ПАВ среди лиц, проходящих принудительное лечение в отделениях специализированного и общего типа психиатрических стационаров, позволяет рассматривать злоупотребление ПАВ как один из ведущих факторов социально опасного поведения психически больных. При этом наличие зависимости от ПАВ зачастую учитывается лишь как один из анамнестических факторов как на этапе судебно-психиатрической экспертизы, так и впоследствии, при лечении основного заболевания, что во многом связано с сугубо психиатрическим профилем данных лечебных учреждений и отсутствием в штате психиатров-наркологов. Зависимость от ПАВ и злоупотребление ими должны стать одной из основных целей психосоциальной реабилитации психически больных, проходящих принудительное лечение, для предупреждения повторного социально опасного поведения и совершения общественно опасных деяний.

Список литературы:

1. Софронов А. Г., Добровольская А. Е., Гвоздецкий А. Н. и др. Опыт реализации принудительных мер медицинского характера в условиях отделений для принудительного лечения общего типа в психиатрическом стационаре Санкт-Петербурга. Российский психиатрический журнал. 2025; 5:4–11.
2. Добровольская А. Е., Баранник И. А., Гвоздецкий А. Н. и др. Клинические и организационные аспекты применения принудительных мер медицинского характера. Психическое здоровье: от разнообразия феноменологии к концептуальному единству. 2025:285–286.
3. Софронов А. Г., Добровольская А. Е., Гвоздецкий А. Н. и др. Реализация принудительных мер медицинского характера в Санкт-Петербурге: основные тренды 2006–2023 гг. Российский психиатрический журнал. 2025; 4:4
4. Кашинский М. Ю. Криминологическая характеристика личности осужденных женщин, страдающих наркоманией, к которым применены принудительные меры безопасности и лечения. Вестник Академии Следственного комитета Российской Федерации. 2024; 1(39):74–84.
5. Кашинский М. Ю. Криминологическая характеристика личности осужденных мужчин, к которым применены принудительные меры безопасности и лечения в связи с наркоманией. Предварительное исследование. 2023; 1(13):27–33.

Информация об авторах, руководителе:

Георгий Олегович Кулагин ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, Санкт-Петербург, ORCID: 0009-0008-1466-3725, E-mail: kulagin-tm@mail.ru

Александр Генрихович Софронов, СПб ГКУЗ «Городская психиатрическая больница № 3 им. И.И. Скворцова-Степанова», ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент РАН, Санкт-Петербург, ORCID: 0000-0001-6339-0198, E-mail: alex-sofronov@yandex.ru

Василий Анатольевич Некрасов, ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, Санкт-Петербург, ORCID: 0009-0009-4749-083X, E-mail: vasilin@yandex.ru

Алла Евгеньевна Добровольская, СПб ГКУЗ «Городская психиатрическая больница № 3 им. И.И. Скворцова-Степанова», ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, кандидат медицинских наук, доцент, Санкт-Петербург, ORCID: 0000-0002-3582-6078, E-mail: maxmmm@yandex.ru

Антон Николаевич Гвоздецкий, СПб ГКУЗ «Городская психиатрическая больница № 3 им. И.И. Скворцова-Степанова», ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, кандидат медицинских наук, доцент, Санкт-Петербург, ORCID: 0000-0001-8045-1220 E-mail: comisora@yandex.ru

Работа выполнена самостоятельно

ПАТОМОРФОЗ ЭКСТЕРНАЛИЗИРУЮЩИХ РАССТРОЙСТВ: КУЛЬТУРАЛЬНАЯ ДИНАМИКА И ЭВОЛЮЦИОННАЯ СТАБИЛЬНОСТЬ

Л.Р. Кадис

(БФ «Центр святителя Василия Великого», Санкт-Петербург)

Источник финансирования: отсутствует.

Ключевые слова: экстернализирующие расстройства, патоморфоз, лимбическая система, биологические факторы, культуральные факторы.

Аннотация. Рассматривается концепция экстернализирующих расстройств и исторически предшествующие ей модели поведенческих нарушений. Констатируется противоречие между вариабельностью культуральных условий и неизменностью клинической картины данных состояний. Эволюционная стабильность экстернализирующего поведения может быть объяснена вовлечённостью так называемых «палеомаммальных» структур головного мозга.

Концепт экстернализации был впервые предложен в 1978 году Т. Ахенбахом для описания поведенческих нарушений в детском возрасте, охватывающих гиперактивность, агрессию и делинквентность [1]. В настоящее время понятие «экстернализирующие расстройства» используется в качестве обобщённой дескриптивной характеристики состояний, проявляющихся «вовне» — в негативных паттернах по отношению к внешней среде (от англ. external — внешний).

Импульсивность, склонность к насилию, ранняя включённость в противоправную активность, присущие пациентам, позволяют рассматривать экстернализирующие расстройства в детско-подростковом возрасте как прекурсоры расстройств зрелой личности. При этом следует отметить, что речь должна идти не о расстройствах личности в целом, а об очерченной их группе — кластере В по DSM-5-TR: антисоциальном (диссоциальном по МКБ-10), гистрионическом (истерическом), пограничном (эмоционально-неустойчивом пограничного типа) и нарциссическом (в МКБ-10 диагностические критерии не приведены).

Причины развития экстернализирующих расстройств однозначно не идентифицированы. На текущем этапе предпочтительной считается биопсихосоциальная (в некоторых источниках — биосоциальная) этиопатогенетическая модель, в рамках которой анализируется взаимодействие биологических факторов риска и ранних психосоциальных вредностей, опосредуемое «медирующими» и «модерирующими» факторами (IQ, полом и др.) [2].

Несмотря на относительно короткую историю концепта экстернализации, идентичные описания расстройств поведения в детско-подростковом возрасте приводились клиницистами задолго до Ахенбаха.

Более 130 лет назад отечественный психиатр Я.А. Боткин дал следующую характеристику нозоформы, именовавшейся в то время «нравственным помешательством»: «Психическая деятельность этих людей представляется странной и своеобразной — иногда с самого раннего детства. Это большею частью дети капризные, своенравные, упрямые, злые, находящие удовольствие бить других детей, мучить животных, портить и разрушать вещи, несмотря на запрещение. Это — дети лживые, раздражительные, не питающие ни к кому ни привязанности, ни расположения. Рано они выучиваются притворяться, красть и совершать жестокости. Ни уговоры, ни наказания, ни педагогические эксперименты не оказывают на таких детей большого влияния» [3, с. 18].

Феноменологические описания клинической картины «нравственного помешательства», затем — «моральной дефективности», «трудновоспитуемости», и наконец — «экстернализации» оставались и остаются практически неизменными, несмотря на смену представлений относительно этиологии указанных состояний [4].

Динамика распространенности некоторых экстернализирующих расстройств (например, уходов из дома и бродяжничества) нередко связывается с «изменениями общей обстановки» [5, с. 369]. Вместе с тем крайняя подвижность культуральных условий (смены политических и экономических формаций, вооружённые конфликты, революции, социальные кризисы и т. д.) находится в очевидном противоречии с пространственной и временной гомогенностью описываемых поведенческих нарушений. Рядом авторов констатируется неизменность паттернов антисоциального поведения даже в палеопсихопатологическом разрезе — у предков современного человека [6, р. 212—216].

Это заставляет обратить внимание на биологический компонент биопсихосоциальной модели экстернализирующих расстройств в поисках ответа на вопрос: является ли познание нейрогенетических, морфологических и нейротоологических аспектов их формирования ключом к пониманию эволюционной стабильности клинических проявлений?

В последние несколько десятилетий интерес исследователей сосредоточивается на изучении роли лимбической системы в патогенезе различных форм аномального поведения. Так, посредством структурной МРТ была обнаружена отрицательная корреляция между показателем отсутствия страха и объёмом серого вещества миндалевидного тела, а также отрицательная корреляция между показателем поведенческой дезингибиции и объёмом серого вещества гиппокампа у осуждённых к лишению свободы подростков-правонарушителей [7]. В другой публикации, основанной на лонгитюдном МРТ-исследовании, продемонстрирована отрицательная корреляция показателя агрессии детей и подростков, фиксируемой родителями, и объёма правого гиппокампа [8].

Эти и подобные им находки позволяют с осторожностью отмечать, что экстернализирующее поведение «задействует» структуры, традиционно относимые к «палеомаммальным» [9]. Можно ли констатировать, что экстернализация обусловлена структурными и функциональными аномалиями «архаичных» областей головного мозга, в наименьшей степени подвергшихся изменениям на протяжении эволюции человеческого вида? Несмотря на провозглашение особой «криминологии амигдалы» [10], на текущем этапе такой вывод, вероятно, преждевременен.

Тем не менее не исключено, что вариабельные культуральные и социально-средовые факторы выступают в качестве провоцирующих и патопластических элементов в механизмах экстернализирующих расстройств при наличии универсального церебрального патогенетического звена, объясняющего устойчивость клинической картины на протяжении меняющихся исторических эпох.

Список литературы:

1. Achenbach TM. The Child Behavior Profile: I. Boys Aged 6—11. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1978; 46(3):478—488.
2. Liu J. Childhood Externalizing Behavior: Theory and Implications. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*. 2004; 17(3):93—103.
3. Боткин Я.А. Нравственное помешательство в судебно-медицинском отношении (Из лекций, читанных студентам Демидовского юридического лица и студентам юридического и медицинского факультетов Императорского Московского университета). Казань: Издание книжного магазина А.А. Дубровина, 1893.
4. Кадис Л.Р. Диссоциальное расстройство личности, гомициды и некоторые проблемы культуральной психопатологии. Практика судебно-психиатрической экспертизы. Сб. № 59 / Под ред. Г.А. Фастовцова. М.: ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, 2021. С. 194—209.
5. Сухарева Г.Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. Т. II. М.: Государственное издательство медицинской литературы, 1959.
6. Coolidge FL. *Evolutionary Neuropsychology: An Introduction to the Evolution of the Structures and Functions of the Human Brain*. New York: Oxford University Press, 2020.
7. Walters GD., Kiehl KA. Limbic Correlates of Fearlessness and Disinhibition in Incarcerated Youth: Exploring the Brain-Behavior Relationship with the Psychopathy Checklist: Youth Version. *Psychiatry Research*. 2015; 230(2):205—210.
8. Bos MGN, Wierenga LM, Blankenstein NE, Schreuders E, Tamnes CK, Crone EA. Longitudinal Structural Brain Development and Externalizing Behavior in Adolescence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2018; 59(10):1061—1072.
9. MacLean PD. The Triune Brain in Conflict. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 1977; 28(1—4):207—220.
10. DeLisi M, Umphress ZR, Vaughn MG. The Criminology of the Amygdala. *Criminal Justice and Behavior*. 2009; 36(11):1241—1252.

Информация об авторе: Кадис Леонид Рувимович, БФ «Центр святителя Василия Великого», Санкт-Петербург, Россия, <https://orcid.org/0000-0002-2814-8344>, K_Leon@list.ru.

Работа выполнена самостоятельно.

РАЗЛИЧИЯ В СТРУКТУРЕ КОГНИТИВНОГО ДЕФИЦИТА У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН С ФАРМАКОРЕЗИСТЕНТНОЙ ЭПИЛЕПСИЕЙ

Сидорова А.А.*, Деньгина Н.О., Одинцова Г.В.

ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава России, Санкт-Петербург

Источник финансирования: выполнено в рамках госзадания 126020916808-7.

Ключевые слова: эпилепсия, фармакорезистентность, когнитивные нарушения, МоСА.

Введение. Фармакорезистентная эпилепсия (ФРЭ) встречается примерно у 30% пациентов с эпилепсией и ассоциирована с высоким уровнем коморбидной патологии [1,2]. Когнитивные нарушения выявляются у большинства пациентов с ФРЭ, именно они оказывают выраженное негативное влияние на качество жизни, социальную адаптацию и профессиональную реализацию пациентов, нередко становясь более значимой проблемой, чем сами приступы [3]. При этом структура и выраженность когнитивного дефицита вариабельна, и факторы, определяющие эту вариабельность, изучены недостаточно [4]. Пол пациента относится к числу факторов, потенциально влияющих на когнитивный профиль [5].

Цель. Исследовать различия в структуре когнитивных нарушений у мужчин и женщин с ФРЭ с использованием шкалы МоСА.

Материалы и методы. Настоящее исследование является ретроспективным наблюдательным неконтролируемым сравнительным одноцентровым. Проведено на базе РНХИ им. проф. А.Л. Поленова (Санкт-Петербург). Объект исследования — фармакорезистентная эпилепсия. Предмет исследования — домен-специфические особенности когнитивных нарушений. В исследование включено 50 пациентов нейрохирургического стационара с ФРЭ. Все пациенты были разделены на две группы в зависимости от пола: 1 группа – мужчины; 2 группа – женщины. Исследованы данные клинического анамнеза и результаты нейропсихологического тестирования по шкале МоСА с оценкой выполнения заданий по отдельным когнитивным доменам (зрительно-пространственные и исполнительные функции, называние, внимание, речь, абстракция, отсроченное воспроизведение и ориентация). Статистическая обработка результатов проводилась с использованием методов описательной статистики статистической программы SPSS 29.0.10. Критерий достоверности $p=0.05$.

Результаты. В исследование включено 50 пациентов, из них первую группу составили 29 (58%) пациентов, вторую группу – 21 (42%). Средний возраст пациентов обследованной когорты составил $32,82 \pm 12,18$ года (минимум — 19 лет, максимум — 67 лет). В первой группе средний возраст составил $31,55 \pm 12,02$, во второй группе – $34,58 \pm 12,47$. Наблюдаемая разница в среднем возрасте между первой и второй группой ($31,55$ против $34,58$ лет) не является статистически значимой. Эта разница, скорее всего, обусловлена случайностью выборки ($p=0.394$). Средняя длительность эпилепсии составила $18,77 \pm 10,72$ (минимум – 4, максимум – 49 лет). Средняя длительность эпилепсии в группах составила: в 1 группе $17,82 \pm 10,48$, во 2 группе – $20,09 \pm 11,16$. Разница в средней длительности эпилепсии между первой ($17,82$ лет) и второй ($20,09$ лет) группами не является статистически значимой ($p=0.471$).

В обследованной когорте по данным шкалы МоСА наиболее высокие показатели были зафиксированы в доменах «ориентация» – 97,7% и «называние» – 95,3%, также относительно сохранной оказалось внимание – 90,3%. Средние показатели продемонстрированы в доменах «зрительно-конструктивные навыки» – 85,6% и «абстракция» – 79%. Наиболее низкие результаты выявлены в домене «речь» – 54,7% и «отсроченное воспроизведение» – 40,8%.

В 1 группе наилучшее выполнение также отмечено в доменах «ориентация» – 97,7% и «называние» – 97,7%. Высокие показатели зафиксированы в домене «внимание» – 91,3%. Домен «абстракция» составил 83%, «зрительно-конструктивные навыки» – 82,8%. Наиболее низкие результаты у мужчин выявлены в домене «речь» – 54% и «отсроченное воспроизведение» – 39,4%.

* – корреспондирующий автор

Научный руководитель:

Одинцова Галина Вячеславовна — кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник, заведующий НИЛ эпилептологии, ORCID ID 0000-0002-7186-0054.

Во 2 группе наилучшие показатели зафиксированы в доменах «ориентация» – 97,7% и «называние» – 92%. Высокие результаты отмечены в доменах «зрительно-конструктивные навыки» – 89,6% и «внимание» – 88,8%. Домен «абстракция» составил 74%. Наиболее низкие результаты у женщин, как и у мужчин, выявлены в доменах «речь» и «отсроченное воспроизведение», однако эти показатели у женщин были выше, чем у мужчин – 55,7% и 42,8% соответственно.

Во всех рассмотренных случаях (сравнение низких результатов в доменах «речь» и «отсроченное воспроизведение», а также пример сравнения высоких результатов в домене «ориентация») p -value значительно выше 0.05 ($p=0.905$). Это означает, что не обнаружено статистически значимых различий в показателях по данным доменам между группой 1 и группой 2.

Заключение. У пациентов с фармакорезистентной эпилепсией выявлен неравномерный когнитивный профиль: максимально сохранены домены «ориентация», «называние» и «внимание»; наиболее выраженный дефицит зафиксирован в доменах «речь» и «отсроченное воспроизведение», что демонстрирует двухдоменное снижение с преимущественным поражением памяти и речи. Статистически значимых различий между мужчинами и женщинами не выявлено ни в одном из когнитивных доменов. Отсутствие гендерных различий свидетельствует об универсальном характере когнитивных нарушений при фармакорезистентной эпилепсии, что обосновывает применение единых диагностических и реабилитационных подходов независимо от пола пациента.

Список литературы:

- [1] Lagger I, Garino E, Martinez O, et al. Risk factors for drug-resistant epilepsy in adult patients. *Med Clin (Barc)*. 2023; 160(12):547–550.
- [2] Talevi A. Drug-resistant epilepsy: is there an overlooked association between drug resistant epilepsies and neuropsychiatric comorbidities? *Epilepsy Behav*. 2024; 161:110144.
- [3] Lähde N. Attention and executive functions in patients with drug-resistant epilepsy: focus on vagus nerve stimulation [doctoral thesis]. Tampere: Tampere University; 2024.
- [4] Wang Q, Geng Y, Li X, et al. Progress of cognitive dysfunction impairment caused by temporal lobe epilepsy. *J Mol Neurosci*. 2025; 75(3):81.
- [5] Tormos-Pons P, González-Bono E, Cano-López I. Sex and gender differences in memory in epilepsy: a systematic review and meta-analysis. *Biol Sex Differ*. 2025; 17(1):10.

Информация об авторах:

Сидорова Анна Алексеевна — студентка 4 курса Института Медицинского Образования, Лечебный факультет, ФГБУ НМИЦ им. В. А. Алмазова, 197341, Санкт-Петербург, ул. Аккуратова, д. 2, ORCID ID 0009-0006-6472-9919, Sidorova_AA@almazovcentre.ru

Деньгина Нина Олеговна — кандидат пед. наук, доцент, лаборант-исследователь, НИЛ эпилептологии. ФГБУ НМИЦ им. В. А. Алмазова, 197341, Санкт-Петербург, ул. Аккуратова, д. 2. ORCID ID 0000-0003-2667-7717, Dengina_NO@almazovcentre.ru

РАСШИРЕНИЕ СПЕКТРА ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССА У ЛИЦ ГРАЖДАНСКОГО НАСЕЛЕНИЯ В ЗОНЕ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

А. С. Якуба, В.А. Седелкова, А.В. Волков, Ю.Г. Тихонова*

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

Финансирование: Авторы заявляют об отсутствии финансирования при проведении данной работы.

Ключевые слова: Диссоциативное расстройство, Конверсионное расстройство, Травматический стресс, Посттравматическое стрессовое расстройство, Вооружённый конфликт, Гражданское население.

Аннотация: Представлен клинический случай диссоциативного расстройства у пациентки, подвергшейся воздействию стресса в условиях военного конфликта в зоне боевых действий. Уделено внимание особенностям течения патологии, приведены отличия ее симптоматики от посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), подчеркивается необходимость разработки дифференцированных подходов к диагностике и лечению.

Введение. Существует недостаток информации о распространенности психических расстройств среди пережившего боевые действия населения за пределами классических представлений о ПТСР, что влечет за собой гиподиагностику иных психических расстройств и тактические ошибки ведения пациентов [1]. Описание данного клинического случая позволяет повысить осведомленность о разнообразии психопатологий, манифестирующих на фоне травматического стресса.

Клинический случай. Воздействие факторов вооруженного конфликта на гражданское население сопряжено с высоким риском травматического стресса, декомпенсацией адаптационных резервов психики и последующим формированием психических расстройств. Традиционно внимание исследователей фокусируется преимущественно на ПТСР, что исключает из поля зрения случаи манифестации и обострения других стресс-индуцированных патологий. Цель: проанализировать клинический случай манифестации диссоциативного расстройства у пациентки на фоне травматического стресса, полученного в зоне боевых действий. Получено информированное согласие пациентки.

Пациентка Х., 32 года. Наследственность психопатологически не отягощена. Роды у матери без особенностей. Росла, развивалась в соответствии возрасту. Детский сад не посещала. В школу пошла в возрасте 7 лет, с учебой справлялась легко. По характеру была активным, несколько демонстративным ребенком, имела несколько подруг. В возрасте 18 лет вышла замуж, семейные отношения складывались хорошо. В возрасте 21-23 лет родила двоих детей, занималась их воспитанием и домашним хозяйством. Проживала с семьей в г. Донецк. В июне 2024 года (31 год) попала под массированный артиллерийский обстрел на улице. Сразу после произошедшего немотивированно смеялась, шутила. Спустя несколько часов появились тревога, дрожь во всем теле, ощущение «потери контроля» над двигательными реакциями. Состояние длилось несколько минут, разрешилось самостоятельно. Спустя некоторое время на фоне конфликтной ситуации в семье вновь случился приступ, во время которого плакала, ощущала потерю контроля над телом, мычала. Была доставлена в отделение реанимации городской больницы, после исключения соматической патологии была переведена на лечение в психиатрический стационар. Впоследствии происходившее во время приступа больная помнила частично. На фоне проведенного лечения (больная затрудняется назвать лекарственные препараты) состояние с некоторой положительной динамикой в виде стабилизации аффективного фона. В течение года после выписки приступы стали регулярными, возникали на фоне конфликтных ситуаций в семье, длились несколько минут, проходили самостоятельно. Сформировался страх приступов, снизилось настроение, меньше занималась домашними делами. В августе 2024 года во время очередного пароксизма утверждала, что видит «покойных родственников», чем была напугана. Госпитализирована в психиатрическую больницу, принимала Вальпроевую кислоту 600 мг/сут, Рисперидон 2 мг/сут, Хлорпромазин 50 мг/сут без значительного эффекта. На фоне терапии нарушился менструальный цикл, увеличился вес. Отмечала подавленность, слезливость, боли и онемение рта, сохранение регулярных пароксизмов. Перестала справляться с бытовыми обязанностями. По настоянию родственников приехала в Москву, обратилась в психиатрическую больницу, была консультирована и госпитализирована.

По результатам лабораторных и инструментальных методов (ЭЭГ, КТ головного мозга) исследования клинически значимых изменений не выявлено. Получала терапию Сертралином до 0,1 г/сут, Феназепамом до 0,0015 г/сут, Кветиапином до 0,025 г/сут. Проведено 9 сеансов индивидуальной психотерапии. На фоне лечения отмечена редукция пароксизмов, стабилизация аффективного фона.

Обсуждение. Особенностью данного клинического случая является необходимость разграничения диссоциативного (конверсионного) расстройства и ПТСР. Характер пароксизмальных нарушений у пациентки однозначно указывает на конверсионное расстройство. Её «приступы» представляют собой классические диссоциативные эпизоды: внезапно возникающие на фоне стресса двигательные-аффективные феномены (плач, бессвязные звуки, ощущение онемения, истерический мутизм и кататоно-подобный синдром) при последующей частичной воспроизводимости событий в памяти. Клиническая картина расстройства у пациентки Х. характеризуется отсутствием классических признаков ПТСР: отсутствие жалоб на «флэшбеки», на избегающее поведение (снижение социальной активности является следствием возникшего страха приступов и депрессии), на признаки гипервозбудимости [2,3]. Приступы возникают в эмоционально-значимых ситуациях, типичных для истерических приступов, а не являются реакцией на специфические триггеры, связанные с травмой. Положительная динамика на фоне комбинированного лечения (антидепрессанты + психотерапии) достигнута преимущественно за счет снижения общего уровня тревоги и аффективного фона, что также согласуется с диагнозом конверсионного расстройства (для лечения ПТСР также применяются антидепрессанты, однако без проработки специфического травматического опыта динамика при истинном ПТСР обычно ограничена). Таким образом, клинический анализ случая пациентки Х. подтверждает диагноз диссоциативного расстройства, а роль психотравмы заключается лишь в запуске механизма истерической конверсии.

Заключение. Представленное клиническое наблюдение восполняет дефицит данных о непсихотических психических расстройствах у гражданских лиц, переживших боевые действия и подчеркивает важность дифференциальной диагностики стресс-индуцированных состояний, а также разработки дифференцированных подходов терапии данных расстройств.

Список литературы:

1. Лыткин В. М., Нечипоренко В. В. Некоторые дискуссионные вопросы клинической диагностики посттравматических стрессовых расстройств. Российский психиатрический журнал. 2014; 1: 62-67.
2. Васильева А. В., Караваева Т. А., Незнанов Н. Г. и др. Посттравматическое стрессовое расстройство в парадигме доказательной медицины: патогенез, клиника, диагностика и терапия : методические рекомендации. СПб.: НМИЦ ПН им. В. М. Бехтерева, 2022. с. 33.
3. Международная классификация болезней 10-го пересмотра (МКБ-10). <https://mkb-10.com/>.

Информация об авторах:

Якуба Анастасия Станиславовна ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), Российская Федерация, г. Москва, <https://orcid.org/0009-0008-7705-3166>, yakuba_a_s@student.sechenov.ru.

Седелкова Валентина Александровна, ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), Российская Федерация, г. Москва, <https://orcid.org/0000-0003-0569-6898>, sedelkova_v_a@staff.sechenov.ru.

Волков Алексей Владимирович, ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), Российская Федерация, г. Москва, кандидат медицинских наук, <https://orcid.org/0000-0002-1873-0189>, volkov_a_v_3@staff.sechenov.ru.

Тихонова Юлия Гулямовна, ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), Российская Федерация, г. Москва, доктор медицинских наук, <http://orcid.org/0000-0001-6071-2796>, tikhonova_yu_g@staff.sechenov.ru

Работа выполнена самостоятельно.

РАЗВИТИЕ СИСТЕМЫ ПРИНУДИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ В ПЕТРОГРАДЕ-ЛЕНИНГРАДЕ-САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ ПОСЛЕ 1917 ГОДА

В.А. Некрасов, А.Г. Чудиновских, А.Г. Софронов, А.Е. Добровольская, Г.О. Кулагин

СПб ГКУЗ «Городская психиатрическая больница № 3 им. И.И. Скворцова-Степанова», ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, Санкт-Петербург

Источник финансирования: исследование не имело дополнительных источников финансирования

Ключевые слова: принудительное лечение, психиатрическая больница, судебная психиатрия, история медицины

Аннотация В работе представлен исторический анализ формирования системы принудительного лечения в психиатрических стационарах Санкт-Петербурга с 1918 года по настоящее время. Рассмотрены этапы развития судебно-психиатрической экспертизы, эволюция специализированных учреждений и переход от пенитенциарного подхода к медицинскому. Обоснована необходимость интеграции принудительного лечения в общую психиатрическую службу и внедрения единых клинических стандартов.

Введение. Рост числа пациентов, проходящих принудительное лечение в психиатрических стационарах Санкт-Петербурга, стремительный лекарственный и социальный патоморфоз структуры их психической патологии, а также модернизация психиатрической службы – всё это диктует необходимость разработки новых подходов к лечению, психосоциальной реабилитации и реализации принудительных мер медицинского характера. Для решения этих задач требуется тщательное изучение опыта формирования существующей системы организации принудительного лечения [1, 2].

Обсуждение. Непосредственно после революционных событий судебно-психиатрическая экспертиза и лечение признанных невменяемыми психически больных проводились в Психиатрической больнице св. Николая Чудотворца (с 1918 г. — 2-я Психиатрическая больница).

16 октября 1918 года в Петрограде начал работу Диагностический институт Петроградских мест заключения, созданный на базе экспертных отделений сотрудниками 2-й Психиатрической больницы — Л. Г. Оршанским и Г. В. Рейтцем. Учреждение стало первым специализированным центром, сосредоточившим задачи судебно-психиатрической диагностики в системе мест заключения. В 1921 году институт был преобразован в Диагностический институт судебной неврологии и психиатрии имени Ленина, а в октябре 1927 года получил новое наименование — Институт невропсихиатрической экспертизы заключённых имени Ленина, что отражало расширение его научно-экспертных функций. В 1930 году институт был закрыт, и функции научно-методического руководства судебно-психиатрической службой в СССР были переданы Институту судебной психиатрии имени В. П. Сербского в Москве (основанному в 1921 году). Проведение судебно-психиатрической экспертизы в Ленинграде вновь было сосредоточено в Психиатрической больнице № 2, где продолжали лечение лица, признанные невменяемыми [3].

В годы блокады Ленинграда, после разрушения зданий 2-й Психиатрической больницы, пациенты, находившиеся на принудительном лечении, а также экспертные отделения были переведены в 3-ю Психиатрическую больницу имени Скворцова-Степанова (в настоящее время — больница № 3 им. Скворцова-Степанова). В послевоенный период экспертные подразделения вновь вернулись во 2-ю Психиатрическую больницу [4].

В 1950-е годы было организовано отделение амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы и создан самостоятельный архив. В 1972 году отделения судебно-психиатрической экспертизы были переведены сначала в 5-ю Психиатрическую больницу, а затем — в 6-ю Психиатрическую больницу, где располагаются по настоящее время. С 1970-х годов принудительное лечение лиц, признанных невменяемыми, осуществляется в соответствии с ранее внедрённым в Ленинграде принципом районирования — на базе всех психиатрических больниц города. В 1998 году в Психиатрической больнице св. Николая Чудотворца были открыты 3 отделения специализированного типа для принудительного лечения (в настоящее время — уже 6 отделений). С начала 2000-х годов в городских больницах начинают организовывать психиатрические отделения для принудительного лечения общего типа [5].

Параллельно с городской психиатрией в СССР развивалась и сеть учреждений закрытого типа. В 1951 году на Выборгской стороне Ленинграда на базе бывшей женской тюрьмы была создана Ленинградская специальная психиатрическая больница МВД СССР. Она предназначалась для наиболее опасных пациентов, требующих по-

стоянного наблюдения и охраны, сочетая медицинские функции с пенитенциарным режимом. В 1989 году, в русле реформ и подготовки нового законодательства, больница была передана в систему Министерства здравоохранения, получив современное название — «Психиатрическая больница специализированного типа с интенсивным наблюдением». Охрана при этом сохраняется, но приоритетной становится медицинская составляющая.

Качественно новый этап развития всего института наступил с принятием Уголовного кодекса РФ 1996 года и Закона РФ «О психиатрической помощи...» (1992 г.). УК РФ (глава 15) четко определил правовую природу принудительных мер медицинского характера как мер уголовно-правового характера, не являющихся наказанием.

Заключение. Проведённый анализ позволяет сделать следующие выводы:

Для современной организации принудительных мер медицинского характера необходимы единые клинико-экспертные стандарты, доказательные методы терапии и совершенствование подготовки специалистов.

Взаимодействие судебно-психиатрической экспертизы и учреждений, реализующих принудительное лечение, является необходимым условием для полноценного функционирования службы.

Организация принудительного лечения должна быть интегрирована в общую психиатрическую службу региона, что обеспечивает устойчивость, поддержку и единые стандарты качества.

Список литературы:

1. Софронов А. Г., Добровольская А. Е., Гвоздецкий А. Н. и др. Опыт реализации принудительных мер медицинского характера в условиях отделений для принудительного лечения общего типа в психиатрическом стационаре Санкт-Петербурга. Российский психиатрический журнал. 2025; 5:4–11.
2. Добровольская А. Е., Баранник И. А., Гвоздецкий А. Н. и др. Клинические и организационные аспекты применения принудительных мер медицинского характера. Психическое здоровье: от разнообразия феноменологии к концептуальному единству. 2025:285–286.
3. Морозов, Д. Р. Лунц, Н. И. Фелинская. Основные этапы развития отечественной судебной психиатрии. М.: Медицина, 1976. 336 с.
4. Кофман И.С., Некрасов В.А. Исторический очерк больницы св. Николая Чудотворца. Санкт-Петербургская психиатрическая больница св. Николая Чудотворца. К 140-летию. Том I. История. СПб.: «Коста», 2012; 6-69
5. Некрасов В.А. Эволюция концепции психиатрического стационара: из XIX в XXI век. Сборник материалов Межрегиональной научно-практической конференции «Эффективный психиатрический стационар: каким он должен быть?» (Санкт-Петербург, 09 декабря 2016 года). СПб.: Альта Астра, 2016: 77-80

Информация об авторах, руководителе:

Василий Анатольевич Некрасов, ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, Санкт-Петербург, ORCID: 0009-0009-4749-083X, E-mail: vasilin@yandex.ru

Анатолий Геннадьевич Чудиновских, СПб ГКУЗ «Городская психиатрическая больница № 3 им. И.И. Скворцова-Степанова», ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, доктор медицинских наук, доцент, Санкт-Петербург, ORCID: 0009-0007-2654-6190, E-mail: chag@yandex.ru

Александр Генрихович Софронов, СПб ГКУЗ «Городская психиатрическая больница № 3 им. И.И. Скворцова-Степанова», ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент РАН, Санкт-Петербург, ORCID: 0000-0001-6339-0198, E-mail: alex-sofronov@yandex.ru

Алла Евгеньевна Добровольская, СПб ГКУЗ «Городская психиатрическая больница № 3 им. И.И. Скворцова-Степанова», ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, кандидат медицинских наук, доцент, Санкт-Петербург, ORCID: 0000-0002-3582-6078, E-mail: maxmmm@yandex.ru

Георгий Олегович Кулагин ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, Санкт-Петербург, ORCID: 0009-0008-1466-3725, E-mail: kulagin-t@mail.ru

Работа выполнена самостоятельно.

ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Т.Н. Кривошапова, А.А. Логачева

ОГБУЗ «Тамбовская психиатрическая клиническая больница», Тамбов

Источник финансирования: отсутствует

Ключевые слова: тревожно-депрессивные расстройства, неблагоприятные факторы, социальное функционирование

Аннотация. В России отмечается рост заболеваемости непсихотическими расстройствами. Изучение проблем социального функционирования лиц молодого возраста с тревожно-депрессивными расстройствами (ТДР) показало влияние на развитие заболевания сочетания неблагоприятных семейных и социально-психологических факторов. Психокоррекционная работа будет способствовать повышению уровня социальной адаптации молодых лиц с ТДР.

Введение. Распространенность тревожно-депрессивных расстройств (ТДР) и их тяжелые последствия делают особенно актуальной задачу разработки эффективных методов терапии [1]. Молодые люди с ТДР проживают свои продуктивные годы с плохим здоровьем и низким качеством жизни. Из-за высокой тревожности и низкой коммуникации снижается показатель социального функционирования. Это приводит к проблемам в учебе/работе, межличностных отношениях, развитию вредных привычек и зависимостей [2]. Для улучшения результатов лечения необходим глубокий анализ сложившейся ситуации. Целью нашего исследования стало изучение влияния неблагоприятных семейных и социально-психологических факторов на развитие ТДР у лиц молодого возраста. Полученные результаты станут основой для разработки психокоррекционного тренинга для данной категории пациентов. Психосоциальная работа с пациентом и с его семьей способствует повышению уровня социальной компетентности, улучшению эмоционального климата в семье и благоприятно влияет на течение заболевания.

Актуальность. В России отмечается значительный рост показателей заболеваемости расстройствами непсихотического характера. По данным Росстата, с 2020 по 2024 год заболеваемость депрессиями, стрессовыми и тревожными расстройствами выросла на 21,5% [3].

Цель: выявить проблемы социального функционирования у лиц молодого возраста с тревожно-депрессивными расстройствами.

Материал и методы исследования: проанализированы социально-клинические особенности пациентов 18-35 лет, проходивших лечение в дневном стационаре ОГБУЗ «Тамбовская психиатрическая клиническая больница».

Результаты и Обсуждение. В исследовании приняли участие 42 человека, из них 14 мужчин и 28 женщин. У 52% исследуемых первичное обращение к врачу-психиатру зафиксировано менее года назад, однако сами пациенты считали начало заболевания значительно раньше, в среднем от 3-х лет. Отрицательное отношение в семье пациента к факту наличия заболевания и стигматизация приводили к более позднему обращению за квалифицированной помощью, что усугубляло имеющиеся психосоциальные проблемы. Большинство исследуемых не имели долгосрочных личных отношений. В браке/гражданском браке состояло 30,9%, в разводе – 4,8%. Настораживает факт, что только 9,5% имели детей. При этом 71,4% выразили стойкое отрицательное отношение к возможности наличия в будущем собственных детей. Имели постоянный заработок 12 пациентов, но спецификой и условиями работы были удовлетворены всего 5 человек. Остальных работа не устраивала по целому ряду показателей, однако никаких изменений они не планировали. Обучались в высших или средних специальных учреждениях 19 человек, но большинство из них отмечали неудовлетворенность выбранной специализацией в учебном заведении, поскольку выбор за них сделали родители. Остальные 26,2% перебивались случайными заработками или вели иждивенческий образ жизни. Все исследуемые имели внутриллические конфликты, связанные с потребностью в посторонней помощи, необходимостью подчинения, страхом неудач, отсутствием жизненных целей и установок, низкой направленностью на преодоление трудностей. Сложные взаимоотношения в семье и социуме в сочетании с психологическими особенностями личности способствовали развитию тревожности. Низкие навыки социальной коммуникации приводили к восприятию себя недооцененными, не способными нравиться окружающим, что стимулировало развитие депрессивных проявлений.

Выводы. Сочетание неблагоприятных семейных и социально-психологических факторов способствовало развитию тревожно-депрессивных расстройств у лиц молодого возраста. Данная группа пациентов нуждается в психокоррекционной работе. Психологическая поддержка повышает возможности социальной адаптации пациентов с ТДР. Психосоциальная работа должна проводиться не только с самим пациентом, но и с его семьей на основе биопсихосоциального подхода. Улучшение эмоционального климата в семье благоприятно влияет на течение заболевания, повышение социальной компетентности и социального функционирования.

Список литературы

1. Джамантаева М.Ш., Сулейменова А.А., Бойко В.С., Маркаев А.В. и др. Некоторые клинко-психопатологические особенности смешанных тревожно-депрессивных расстройств. Современные подходы к терапии. Психиатрия и неврология. 2017; 3:117-129.
2. Краснова В. В., Холмогорова А. Б. Социальная тревожность и её связь с эмоциональной дезадаптацией, уровнем стресса и качеством интерперсональных отношений у студентов. Вопросы психологии. 2011; 3:49–58.
3. Федеральная служба государственной статистики (Росстат). Здравоохранение в России. 2025. М.; 2025.с.149.

Информация об авторах:

1. Кривошапова Татьяна Николаевна, ОГБУЗ «Тамбовская психиатрическая клиническая больница», Тамбов, Россия, <https://orcid.org/0009-0007-7447-382X>, anisimovatatyana12@mail.ru
2. Логачева Анжелика Александровна, ОГБУЗ «Тамбовская психиатрическая клиническая больница», Тамбов, Россия, <https://orcid.org/0009-0002-8439-7174>, anzhela.log@mail.ru

Работа выполнена самостоятельно

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ГЕНИТАЛИЙ У МУЖЧИН. ВЗГЛЯД ВРАЧА-СЕКСОЛОГА

С.В. Выходцев

(ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова»
Министерства здравоохранения РФ, Санкт-Петербург)

Источник финансирования: нет

Ключевые слова: гениталии, психосексуальное развитие, функциональные расстройства, соматоформные расстройства

Аннотация. Представлен клинико-психологический портрет пациента с функциональными нарушениями чувствительности гениталий. Пациент имеет тревожно-мнительные черты характера, выраженную ситуативную и личностную тревогу, нарушения психосексуального развития, различные сексуальные расстройства, проблемы в семейных отношениях. Выявленные факторы могут быть мишенями для работы врача-сексолога/психотерапевта.

Введение. За последние десятилетия наблюдается рост числа соматических заболеваний, формирующих при активном участии психических факторов [1,2,3]. Не являются исключением и ряд состояний в урологической либо неврологической практике, проявляющихся функциональными нарушениями чувствительности гениталий у мужчин (анестезии, гипостезии, гиперэстезии, парестезии, ощущения боли, зуда либо жжения в уретре, промежности, области ануса). Большинство из них диагностируются как «хронический простатит», «синдром хронической тазовой боли», «миофасциальный болевой синдром», различные варианты нейропатий. Как правило такие состояния сочетаются с минимальными лабораторно-инструментальными изменениями либо при отсутствии таковых. Диагностика таких состояний сложна и чаще сопровождается неудовлетворительными результатами лечения. Терапевтический эффект, даже если к работе был привлечен еще один специалист (например, уролог направляет пациента к неврологу), оказывается временным и присутствует только в периоде лечения, а затем симптомы возобновляются, несмотря на нормализацию результатов объективных методов обследований. Пациенты годами дрейфуют между врачами, объем обследований растет, а проблема не решается [4].

Причиной непродуктивной маршрутизации является локализационистский подход, который заставляет рассматривать проблему только на уровне той системы органов, где она проявилась, и не дает возможность увидеть эту проблему шире. Это связано с недостаточной компетенцией врачей соматического профиля в сфере психосоматической медицины и сексологии. Подобные расстройства успешно поддаются коррекции в ходе работы с врачом-сексологом/психотерапевтом. Это объясняется тем, что отмеченные выше состояния, часто возникают в результате затяжных невротических тревожных и/или депрессивных расстройств, сопровождаются сексуальными нарушениями, и могут формироваться по психосоматическим механизмам [5].

Актуальность. Целью проводимого исследования было выявление патогенетических факторов, принимающих участие в формировании соматоформных расстройств мужской уrogenитальной сферы. Для этого всем пациентам, направленным на консультацию к врачу-сексологу, определяли клинико-психологический портрет.

Материал и методы. Всего было обследовано 34 пациента в возрасте от 18 до 38 лет (средний возраст $29 \pm 5,2$). О своем семейном статусе на момент исследования 38% больных сообщили, что «находятся в отношениях», 31% пациентов были женаты, а еще 31% сообщили, что являются холостыми либо не имеют отношений на данный момент. Среди диагнозов, выставленных пациентам, были: хронический простатит (95%), синдром хронической тазовой боли (67%), миофасциальный болевой синдром (36%), гиперактивный мочевого пузыря (3%). При этом в 71% случаев диагноз был смешанным (сочетание, например, хронического простатита и миофасциального болевого синдрома), а в 29% случаев был выставлен простой диагноз (одна нозология).

Все пациенты были обследованы клинико-психологическими и сексологическими методами. В ходе работы оценивали состояние эмоциональной сферы - уровень ситуативной и личностной тревоги (шкала Спилберга-Ханина), уровень депрессии (шкала Занга), а также элементы совладающего поведения (опросник типов отношения к болезни). В процессе сексологического консультирования и обследования оценивали тип половой конституции, характер сексуальных расстройств, нарушения психосексуального развития и состояние межличностных отношений в семье либо партнерстве. У всех пациентов также оценивали психический статус.

Полученные Результаты. Исследования эмоциональной сферы больных показали, что все пациенты переживали выраженную тревогу. Высокая ситуативная тревога отмечалась более, чем у 70% пациентов, а выраженная личностная тревога – у 65% обследуемых. Оказалось, что все пациенты со смешанным урологическим диагнозом, имеют более, чем в 4 раза выраженный высокий уровень личностной тревоги по сравнению с больными, имеющими одну нозологию. Клинически ни у одного больного депрессия выявлена не была, однако свыше половины (56%) больных в той или иной степени переживали снижение настроения невротического характера (оценка по шкале Занга).

Среди типов отношения к болезни наиболее выражены были тревожный (35%), ипохондрический (24%), обсессивно-фобический и неврастенический (по 12%).

В ходе сексологического консультирования у всех пациентов были выявлены различные сексуальные расстройства. Почти в 60% случаев сексуальные нарушения носили смешанный характер. Мнимые сексуальные расстройства, в том числе по причине семейно-сексуальных дисгармоний, были выявлены у 31% пациентов. Истинные сексуальные нарушения были представлены синдромом тревожного ожидания сексуальной неудачи (53%), эректильной дисфункцией (51%), снижением либо отсутствием сексуального влечения (37%), расстройствами оргазма (18%) и эякуляции (20%). Более, чем у половины пациентов был выявлен средний тип половой конституции. Необходимо отметить, что в большинстве случаев сами пациенты врачу-урологу либо неврологу о сексуальных нарушениях не сообщали. При этом, со слов пациентов, сами врачи тему сексуальной сферы в беседе с больным довольно часто игнорировали. У большинства пациентов (95%) были выявлены нарушения психосексуального развития: неверное либо искаженное понимание психофизиологии сексуальной жизни, проблемные отношения к вопросам телесности (неудовлетворенность в той или иной степени своей внешностью, своим телом либо размерами полового члена при объективно его нормальных размерах), сложности в выстраивании коммуникации с потенциальным или имеющимся партнером, в том числе проблемы в области межличностных отношений (конфликты, отчуждение, семейно-сексуальные дисгармонии).

Обсуждение. Проведенное исследование позволяет представить обобщенный клинико-психологический портрет пациента с функциональными нарушениями чувствительности гениталий. Это пациенты с преобладанием тревожно-мнительных черт характера, им также свойственна выраженная ситуативная и личностная тревога. Среди типов отношения к болезни у них преобладают тревожный, ипохондрический, обсессивно-фобический и неврастенический. Все пациенты страдают сексуальными расстройствами, причем большинство имеют различные нарушения психосексуального развития, а также проблемы в области партнерских/семейных взаимоотношений.

Заключение. Проведенное предварительное исследование подтверждает особые патогенетические механизмы психосоматических (функциональных) или соматоформных расстройств мужской урогенитальной сферы. Значимыми оказались личностные особенности пациентов и особенности их психосексуального развития, характер взаимоотношений с партнерами и качество сексуального функционирования. Все эти аспекты требуют внимательного изучения и коррекции в процессе психотерапии. Для повышения качества оказываемой помощи пациентам с психосоматическими расстройствами урогенитальной сферы врачам необходима подготовка в области психосоматической медицины и медицинской сексологии.

Список литературы.

1. Психиатрия: национальное руководство. Гл. ред. Ю.А. Александровский, Н.Г. Незнанов. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022. с. 1008.
2. Психотерапия. Национальное руководство. Под ред. А.В. Васильевой, Т.А. Караваевой, Н.Г. Незнанова. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2023. с. 992.
3. Тополянский В.Д., Струковская М.В. Психосоматические расстройства: руководство для врачей. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. с. 544.
4. Выходцев С.В., Трегубенко И.А. Хроническая тазовая боль у мужчин. Клинико-психологический портрет пациента с позиции междисциплинарного подхода. Урология. 2020; S5:341-342.
5. Федорова А.И., Выходцев С.В., Трегубенко И.А. Патогенетические особенности психосоматических расстройств урогенитальной сферы мужчин и женщин. Психиатрия. 2022; 20(S3.2):112-113.

Информация об авторе:

Выходцев Сергей Владимирович, ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный
медицинский университет им. И.И. Мечникова» Министерства здравоохранения РФ, Санкт-Петербург,
к.м.н., доцент,
ORCID: 0000-0003-2397-1312, zerge@mail.ru

Работа выполнена самостоятельно.

ПРИМЕНЕНИЕ ОЦЕНКИ ГРАМОТНОСТИ В ВОПРОСАХ ЗДОРОВЬЯ В РАМКАХ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ С НАРКОЛОГИЧЕСКИМИ ПАЦИЕНТАМИ

¹А.А. Ляшенко, ²И.А. Заплаткин, ³Э.А. Мордовский, ³А.Г. Соловьев*, ⁴А.Ю. Вансович, ¹Ю.В. Филиппов

¹Челябинская областная клиническая наркологическая больница, г. Челябинск

²Мурманский областной наркологический диспансер, г. Мурманск

³Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северный государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Архангельск
ГАОУЗ «Городская клиническая больница №1», г. Челябинск

Источник финансирования: отсутствует

Ключевые слова: грамотность в вопросах здоровья, пациент-ориентированная медико-социальная помощь, наркологические больные

Аннотация. В статье представлена возможность использования феномена грамотности в вопросах здоровья для объективизации оценки состояния наркологических пациентов, повышения их критического отношения к наркологической службе и обоснования включения этой технологии в индивидуальные пациент-ориентированные методы лечения и программы медико-социальной реабилитации.

Грамотность в вопросах здоровья (ГВЗ) признана на общемировом уровне одной из фундаментальных составляющих благополучия населения. Согласно определению Европейского консорциума, основу ГВЗ составляют знания, мотивация и умения, позволяющие получать, понимать, оценивать и применять информацию для принятия обоснованных решений в повседневной жизни, касающихся укрепления здоровья и профилактики болезней. Актуальность исследования ГВЗ в наркологической практике обусловлена тем, что пациенты с низким уровнем грамотности сталкиваются с системными трудностями в понимании медицинской информации и не способны адекватно оценить необходимость улучшения своего состояния. Низкая ГВЗ выступает значимым фактором риска, провоцирующим выбор деструктивных форм поведения, включая отсутствие физической нагрузки, нездоровое питание и отягощенный наркологический анамнез. Неумение распознать симптомы заболевания на ранней стадии ведет к позднему обращению за помощью, что критически снижает эффективность терапии, ухудшает клинические исходы и существенно увеличивает государственные затраты на оказание медицинской помощи. Более того, дефицит ГВЗ характеризуется отсутствием интереса к существующим профилактическим программам и неумением пациента вступать в продуктивный диалог с лечащим врачом относительно тактики лечения [1].

Это ведет к невозможности проведения ранней диагностики и скрининговых исследований, а также к снижению удовлетворенности пациента результатами медицинской помощи. Внедрение технологий оценки и коррекции ГВЗ является принципиально новым этапом индивидуализации лечения и повышения эффективности наркологической службы в рамках национального проекта «Здравоохранение» [2].

Цель исследования - оценка уровня медицинской грамотности у пациентов с наркологическими заболеваниями для адаптации технологических решений в рамках индивидуальных программ лечения и медико-социальной реабилитации.

Материал и методы. Проведено социологическое исследование методом анкетирования 1110 пациентов региональных наркологических диспансеров – 413 в г. Челябинске (161 мужчина, 252 женщины) и 697 в г. Мурманске (450 мужчин и 247 женщины). В качестве инструмента количественной оценки уровня ГВЗ и ее измерений использована адаптированная для российской популяции версия европейского вопросника HLS19 (HLS19 – Q22-RU).

Научный руководитель - Соловьев Андрей Горгоньевич – корреспондирующий автор
д.м.н., профессор, заведующий кафедрой психиатрии и клинической психологии, ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» (г. Архангельск) Минздрава России
ORCID: 0000-0002-0350-1359

Ответы респондентов на вопросы анкеты преобразованы в балльные оценки, которые, в свою очередь, стандартизированы в диапазоне от 0 до 50 баллов.

Интерпретация уровня общей ГВЗ выполнена с учетом критериев, предложенных К. Sørensen: «недостаточный» (0–25,0), «проблемный» (25,1–33,0), «достаточный» (33,1–42,0), «отличный» (42,1–50,0 баллов).

Результаты. Средние значения индекса общей ГВЗ среди респондентов г. Челябинска составили 26,3 балла у мужчин и 26,6 - у женщин. В группе пациентов из г. Мурманска соответствующие показатели зафиксированы на уровне 26,7 и 29,5 балла. Согласно международным критериям оценки, данные значения верифицируются как «проблемный» уровень ГВЗ, при этом наиболее выраженный дефицит информационной компетенции и навыков управления собственным здоровьем выявлен у мужского контингента. Сравнительный анализ ГВЗ с учетом клинико-нозологических характеристик позволил выявить статистически значимую вариативность показателей в зависимости от режима терапии и анамнестических данных. Установлено, что пациенты, находящиеся на плановом амбулаторном лечении без психотических эпизодов в анамнезе (I группа), демонстрируют более высокие адаптивные ресурсы ГВЗ. Напротив, в группе пациентов, госпитализированных по экстренным показаниям в связи с развитием психозов или тяжелого абстинентного синдрома (II), наблюдаются минимальные значения индекса.

Обсуждение. Установлено, что применение пациент-центрированного подхода и семейной психотерапии способствует росту ГВЗ и стимулирует активное участие пациента в принятии решений. Это позволяет индивидуализировать программы лечения в рамках национального проекта «Здравоохранение». Полученные данные позволяют рассматривать ГВЗ в наркологической практике как фундаментальную детерминанту не только индивидуального, но и общественного здоровья. Выявлено, что низкие показатели грамотности, преобладающие во II группе, коррелируют с низкой активностью пациентов в лечебно-реабилитационных программах и затрудняют принятие осознанных решений в отношении собственного здоровья, особенно при наличии коморбидной алкоголь-ассоциированной соматической патологии.

Выводы. ГВЗ является одной из ключевых детерминант успеха наркологической помощи. Ее коррекция способствует формированию у пациентов осознанного выбора в пользу долгосрочной реабилитации и повышает общую эффективность медико-социального сопровождения.

Литература.

1. Вязьмин А.М., Санников А.Л., Варакина Ж.Л. и др. Социально-медицинская работа: 2-е издание, Архангельск: Северный государственный медицинский университет, 2019. с. 407
2. Паспорт национального проекта «Здравоохранение». Утвержден Президиумом Совета при Президенте РФ по стратегическому развитию и национальным проектам от 24.12.2018 г.

Информация об авторах:

Ляшенко Артём Александрович – к.м.н., врач психиатр-нарколог, психотерапевт, ГБУЗ ЧОКНБ «Челябинская областная клиническая наркологическая больница», г. Челябинск 89617917943@mail.ru

Заплаткин Игорь Александрович - психиатр-нарколог организационно-методического консультативного отдела ГОБУЗ «Мурманский областной наркологический диспансер» mr.frend@list.ru

Мордовский Эдгар Артурович - д.м.н., доцент, заведующий кафедрой общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» Минздрава России ulimwengumea@gmail.com

Вансович Александра Юрьевна, заведующая Психотерапевтическим отделением поликлиники №1 ГАУЗ «Городская клиническая больница №1», г. Челябинск e-mail: drvansandra@gmail.com

Филиппов Юрий Владимирович, врач психиатр-нарколог ГБУЗ ЧОКНБ «Челябинская областная клиническая наркологическая больница», г. Челябинск. e-mail: andropoff78@mail.ru

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ БЛАГОПОЛУЧИЕ И ДЕПРЕССИЯ У ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ С ДЕМЕНЦИЕЙ

К. А. Борисевич*

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Министерства
здравоохранения Российской Федерации
Санкт-Петербург

Ключевые слова: деменция, субъективное благополучие, депрессия, пожилой возраст.

Аннотация. Деменция как клиничко-социальная проблема требует междисциплинарного подхода и постоянного совершенствования методов помощи. Исследование факторов, влияющих на удовлетворенность жизнью людей в позднем возрасте, обладает высокой практической значимостью. Изменения аффективной сферы, в частности депрессивные расстройства, оказывают влияние на ощущение субъективного благополучия.

Введение. В связи с увеличением продолжительности жизни, следовательно, и сопутствующим ростом численности заболеваний, связанных с возрастом, проблема благополучного старения приобретает все большее значение. В литературе встречаются данные о распространенности поведенческих и психологических симптомов, так у 90% пациентов с деменцией можно наблюдать психоз, агрессию, депрессию, возбуждение, сопровождающиеся снижением когнитивных способностей [1]. Депрессия, как частное аффективной сферы, оказывает влияние на ощущение субъективного благополучия. Взаимосвязь деменции и депрессии опосредована схожестью механизмов развития нейромедиаторных нарушений, что способствует их взаимному усугублению [2]. Однако современные исследования демонстрируют различия в анализе аффективных расстройств при деменции. Так, ряд авторов указывают на преобладание признаков тревоги у лиц с деменцией, при том, что для недементных форма более характерно распространение признаков депрессии [3]. В свою очередь, другие исследования указывают на то, что при деменции вследствие болезни Альцгеймера, частота встречаемости депрессии составляет около 30-40%, аналогичную распространенность имеет и тревога [4]. Неоднозначность получаемых данных подтверждает актуальность изучения проблемы. Вопросы сопровождения и организации необходимых условий у лиц с деменцией остаются малоизученными и требуют дальнейших исследований. Основные направления работы нацелены на поиск эффективной терапии, положительно влияющей на эмоциональную сферу и ощущения благополучия [5]. Все больше внимания уделяется методам нефармакологического вмешательства. Изучается эффективность терапии воспоминаниями, ее влияние на аффективные симптомы, такие как возбуждение и депрессия, вследствие ее воздействия на качество жизни и познавательные процессы [6].

Целью исследования стало изучение уровней субъективного психологического благополучия и депрессии у лиц пожилого возраста с деменцией. В исследовании приняли участие 30 лиц пожилого возраста (53,4% (16) женского и 46,6% (14) мужского пола), проживающих в стационарных учреждениях социального обслуживания населения (дом социального обслуживания) с диагностированной деменцией (рубрика F00-F03). Средний возраст респондентов составил 78,5. Сбор данных осуществлялся в 2024-2025 годах. Был проведен модифицированный вариант методики для анализа субъективного благополучия (шкала субъективного благополучия), предложенной К.М. Мануильской, Д.М. Рогозиной, О.Б. Солодовниковой [7] и Гериатрическая шкала депрессии (GDS-15), состоящая из 15 вопросов с ответами да\нет.

В результате определения уровня субъективного благополучия, у большинства респондентов выявлен средний уровень субъективного благополучия - у 56,7% (17), 30% (9) оценили благополучие высоким уровнем, наименьшее количество респондентов 13,3% (4) оценили благополучие низким показателем. Анализируя различия между женщинами и мужчинами, наблюдается, что первым присуща более оптимистичная картина, положительный взгляд: средний уровень отмечается у 50% (8), высокий уровень – у 43,75% (7), низкий уровень лишь у 6,25% (1). Относительно противоположная картина наблюдается у мужчин: у 21,4% (3)

* Научный руководитель: Горьковая Ирина Алексеевна ORCID: 0000-0002-1488-4746 / доктор психологических наук, профессор

преобладает низкий уровень, средний уровень – 64,3% (9), наименьшее количество участников оценили благополучие высокими баллами – 14,28% (2), что свидетельствует о более неблагоприятном взгляде по сравнению с женщинами. Мужчины чаще сталкиваются с чувством одиночества, физическим дискомфортом негативной оценкой своего физического состояния, в то время как женщинам свойственно давать более положительные ответы, оценивая изменения будущего в лучшую сторону или, по крайней мере, останется прежним.

Результаты по всей выборке изучения показателя депрессии продемонстрировали, что отсутствие депрессии выявлено у 43,3% (13), признаки депрессии – у 56,7% (17). При сравнении показателя депрессии у мужчин наблюдается более негативная картина: «вероятно депрессия» - 64,3% (9), «нет депрессии» - 35,7% (5). Большинство мужчин отмечают неудовлетворенность жизнью, преобладание плохого настроения, ощущение пустоты, скуки, беспомощности.

Оценивая различия в распределении уровней субъективного благополучия у лиц пожилого возраста с депрессией и без нее, можно наблюдать следующую картину: среди группы с признаками депрессии («вероятно депрессия»), большинство 70,6% (12) относятся к группе среднего уровня благополучия, тогда как низкий (11,8%) и высокий (17,6%) уровень отмечен у меньшей части респондентов (2 и 3 человека соответственно). А среди группы без признаков преобладает высокий 46,1% (6) и средний 38,5% (5) уровень субъективного благополучия, низкий уровень определяется у 2 участников (15,4%). Таким образом, мы видим, что наличие депрессии влияет на уровень субъективного благополучия: среди лиц пожилого возраста с признаками депрессии значительно больше среднего уровня благополучия, а среди лиц пожилого возраста с отсутствием признаков депрессии наибольшая доля с высоким уровнем благополучия.

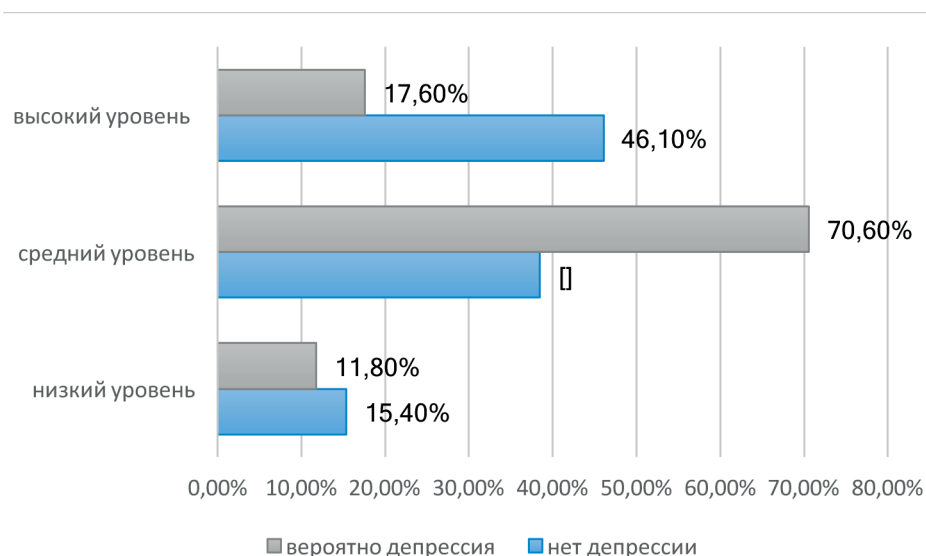


Рисунок 1. Распределение лиц пожилого возраста с деменцией по уровню субъективного благополучия в зависимости от наличия или отсутствия признаков депрессии

В результате анализа различий в распределении уровней благополучия между мужчинами и женщинами, а также между группами с наличием и отсутствием депрессии были получены следующие данные: мужчины с признаками депрессии чаще оценивают благополучие на среднем уровне (41,2%), в отличие от мужчин без признаков депрессии, где преобладает высокий (15,4%) и средний (15,4%) уровень. У женщин с признаками депрессии преобладает средний уровень оценки благополучия (29,4%), тогда как женщины без признаков депрессии распределяются по среднему (23,1%) и высокому уровню (30,7%).

Таким образом, приблизительно половина пожилых лиц, проживающих в домах социального обслуживания с установленными диагнозами из рубрики F00-F03, субъективно оценивают психологическое благополучие на среднем уровне. Женщины пожилого возраста с деменцией склонны оценивать субъективное психологическое благополучие выше, чем мужчины, что согласуется с показателем депрессии, где у мужчин более выраженное депрессивное состояние.

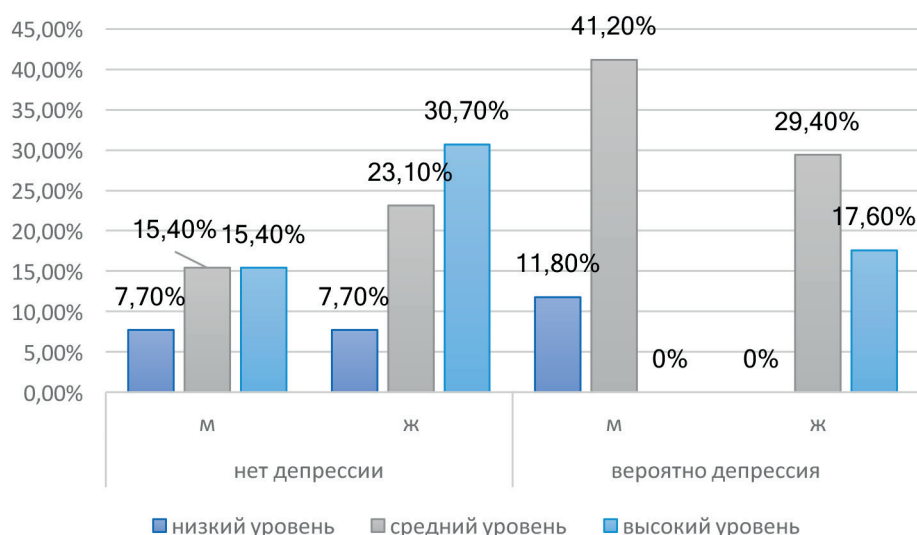


Рисунок 2. Распределение уровня субъективного благополучия в зависимости от пола у лиц пожилого возраста с депрессией и без, проживающих в домах социального обслуживания

Закключение. Среди лиц пожилого возраста с установленным диагнозом деменция, проживающих в стационарных учреждениях социального обслуживания населения, большинство оценивают субъективное благополучие на среднем уровне. Наблюдается связь между наличием или отсутствием признаков депрессии и уровнем субъективного благополучия: лица с признаками депрессии чаще оценивают психологическое благополучие на среднем уровне, тогда как лицам без признаков депрессии присуще оценивать субъективное благополучие более высоким уровнем. Отмечены различия в зависимости от пола: женщины демонстрируют более оптимистичную оценку субъективного благополучия и реже сталкиваются с признаками депрессии по сравнению с мужчинами. Дальнейшая перспектива исследования заключается в увеличении объема выборки для подтверждения полученных результатов, что позволит расширить базу данных по психологическому благополучию лиц пожилого возраста с деменцией.

Список литературы

1. Aarsland D. Epidemiology and Pathophysiology of Dementia-Related Psychosis. J Clin Psychiatry. 2020 Sep 15;81(5):AD19038BR1C.
2. Лобзин В. Ю., Емелин А. Ю. Депрессия и деменция: дифференциация и коморбидность. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2020; 12, 4: 100-106.
3. Смирнов О.Р., Пищикова Л. Е. Маркеры тревоги и депрессии при психических расстройствах позднего возраста. Психическое здоровье. 2022; 17, 9: 13-19.
4. Табеева Г. Р., Кирьянова Е. А. Тревога и депрессия у пациентов с болезнью Альцгеймера. Поведенческая неврология. 2024; 1: 22-28.
5. Briones MÁ, Pardo-García I, Escribano-Sotos F. Effectiveness of a Dog-Assisted Therapy Program to Enhance Quality of Life in Institutionalized Dementia Patients. Clin Nurs Res. 2021 Jan;30(1):89-97.
6. Thomas JM, Sezgin D. Effectiveness of reminiscence therapy in reducing agitation and depression and improving quality of life and cognition in long-term care residents with dementia: A systematic review and meta-analysis. Geriatr Nurs. 2021 Nov-Dec;42(6):1497-1506.
7. Мануильская К.М., Рогозин Д.М., Солодовникова О.Б. Дорожная карта старения, или Как не стать заложником своего дома после выхода на пенсию / К.М. Мануильская, Д.М. Рогозин, О.Б. Солодовникова. М.: Издательский дом «Дело» РАНХиГС, 2022. с. 216.

Информация об авторах:

Борисевич, Кристина Андреевна, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург, Российская Федерация, ORCID: 0009-0004-0470-1549, e-mail: borisevich.ka@yandex.ru

ПСИХОПАТОЛОГИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА И НЕЙРОЭНДОКРИННЫХ НАРУШЕНИЙ

Хабаров И.Ю. (1), Абриталин Е.Ю. (1), Краснов А.А. (1), Жинжикова З.Г. (2)

(1 - ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург)
(2 - СПб ГКУЗ «Психиатрическая больница Святого Николая Чудотворца, г. Санкт-Петербург)

Источник финансирования: отсутствует

Ключевые слова: метаболический синдром, психические расстройства

Аннотация. Психические расстройства и метаболический синдром находятся в тесной взаимной связи. Этиопатогенез психопатологических проявлений метаболического синдрома имеет сложную многофакторную природу, а также может возникать у лиц с психическими расстройствами. Необходим комплексный подход к раннему выявлению лиц с коморбидными психическими расстройствами и метаболическим синдромом, требующий особые медико-психологические мероприятия, направленные на лечение таких пациентов.

Введение. Метаболический синдром (МетС) представляет собой совокупность взаимосвязанных показателей сердечно-сосудистого риска, объединенных общими патогенетическими механизмами. К его основным компонентам относятся центральное ожирение, дислипидемия, артериальная гипертензия, инсулинорезистентность и гипергликемия, а также нарушения системы гемостаза и хроническое субклиническое воспаление, которые усиливают сосудистые и метаболические расстройства и способствуют прогрессированию сердечно-сосудистой патологии [1]. В современной концепции патогенеза МетС рассматривается как проявления процессов напряженной адаптации или дисадаптации в организме [2]. Существенную роль играют механизмы вегетативной регуляции, дисбаланс симпатoadреналовой и парасимпатической систем, а также изменения на уровне мембранно-клеточных структур [3].

Актуальность. Распространенность МетС возрастает во всех возрастных группах. По данным различных исследований, более 20% взрослого населения мира страдают МетС, при этом показатели варьируют от 10% до 25%, а в отдельных популяциях достигают 44,9–50,9%. Среди пациентов с сахарным диабетом 2 типа частота синдрома достигает 85% [4].

МетС существенно повышает риск ишемической болезни сердца (в 3–4 раза), увеличивает смертность от сердечно-сосудистых заболеваний, способствует развитию сахарного диабета 2 типа, неалкогольной жировой болезни печени и нарушений репродуктивной функции [1, 4].

Особую актуальность проблема приобретает в связи с высокой коморбидностью МетС и психических расстройств. Компоненты метаболического синдрома могут обуславливать краткосрочные и долгосрочные когнитивные нарушения [5, 6]. МетС чаще встречается у лиц с депрессией, а депрессия, в свою очередь, повышает риск формирования МетС [7].

Цель исследования: Составить мини-обзор современных литературных данных о патогенетических механизмах взаимосвязи метаболического синдрома, психических расстройств и нейроэндокринных нарушений, а также оценить особенности коморбидности МетС при расстройствах шизофренического и аффективного спектра с учетом влияния психофармакотерапии.

Материал и методы. Работа основана на анализе отечественных и зарубежных научных публикаций, посвященных эпидемиологии, патогенезу, клиническим проявлениям и фармакотерапевтическим аспектам метаболического синдрома. Использованы данные ключевых эпидемиологических, когортных и клинических исследований, а также действующие диагностические критерии.

Результаты. Диагноз «МетС» устанавливается при наличии одного основного и не менее двух дополнительных критериев. В качестве обязательного критерия рассматривается висцеральное ожирение, определяемое по увеличению окружности талии — более 80 см у женщин и более 94 см у мужчин. К дополнительным критериям относятся: повышение артериального давления свыше 130/85 мм рт. ст. [8] или проведение антигипертензивной терапии; гипертриглицеридемия (уровень триглицеридов $\geq 1,7$ ммоль/л); снижение уровня холестерина липопротеинов высокой плотности — менее 1,03 ммоль/л у мужчин и менее 1,29 ммоль/л у женщин; повышение уровня холестерина липопротеинов низкой плотности более 3,0 ммоль/л; а также нарушения углеводного обмена, включающие нарушенную толерантность к глюкозе, повышение гликемии натощак ≥ 100 мг/дл (5,6 ммоль/л) или наличие сахарного диабета 2 типа [9].

Патогенез метаболического синдрома рассматривается с позиций современной концепции патологии, согласно которой заболевания являются проявлением процессов напряженной адаптации или дисадаптации организма [10]. Адаптивные реакции реализуются многоуровневой системой регуляции — от высших вегетативных центров, обеспечивающих вегето-висцеральные основы жизнедеятельности, до конечных эффекторных структур на мембранно-клеточном уровне [3]. У лиц с ожирением отмечаются выраженные вегетативные сдвиги, проявляющиеся повышением активности симпатoadреналовой системы и снижением парасимпатических и нейрогуморальных влияний. Эти изменения отражают напряженность адаптационных механизмов организма: при нейроэндокринных опухолях они могут носить компенсированный характер, тогда как при алиментарно-конституциональном ожирении чаще формируется состояние декомпенсации. Ключевым патогенетическим звеном метаболического синдрома является инсулинорезистентность — нарушение инсулинопосредованной утилизации глюкозы в скелетных мышцах, жировой ткани и печени. Это состояние сопровождается повышением сосудистого тонуса, стимуляцией пролиферации гладкомышечных клеток сосудов и развитием дислипидемии. Среди внешних факторов, снижающих чувствительность тканей к инсулину, наибольшее значение имеют гиподинамия и избыточное потребление жиров [1]. Важную роль играют метаболические факторы, включая гипертрофию адипоцитов, нарушения обмена веществ и изменение секреции адипокинов (лептин, резистин, адипонектин и др.), а также эндокринные расстройства — изменения чувствительности к инсулину и вторичные гормональные нарушения со стороны гипоталамо-гипофизарной системы, щитовидной железы, надпочечников и половых желез [7, 9]. Дополнительными патогенетическими механизмами являются хроническое системное воспаление и генетическая предрасположенность, которые способствуют прогрессированию метаболических и сосудистых нарушений [11]. В современных исследованиях все большее внимание уделяется роли митохондриальной дисфункции, окислительного стресса, нарушений микробиоты кишечника и эпигенетических изменений, которые рассматриваются как дополнительные звенья формирования инсулинорезистентности и системного воспалительного ответа [12, 13].

Коморбидность МетС и психических расстройств носит сложный и неоднородный характер. Риск развития депрессии у пациентов с МетС может варьировать в зависимости от используемых диагностических критериев синдрома, а также таких характеристик обследуемых, как возраст и пол. МетС может быть ассоциирован с впервые возникшими депрессивными симптомами преимущественно у лиц более молодого возраста, тогда как у пациентов старшей возрастной группы подобная связь не выявлена [14]. По данным ряда исследований, МетС выступает фактором риска депрессии преимущественно у женщин [15].

Особое значение имеет коморбидность МетС и расстройств шизофренического спектра. У пациентов с шизофренией по сравнению с общей популяцией чаще диагностируется сахарный диабет, примерно в два раза чаще выявляется избыточная масса тела, а индекс массы тела более 30, соответствующий клиническому ожирению, регистрируется существенно чаще. Распространенность МетС среди больных шизофренией достигает 60%, что почти в четыре раза превышает показатели в общей популяции (15,7% у мужчин и 14,2% у женщин) [16]. В отдельных выборках МетС выявлялся у каждой второй женщины и каждого четвертого мужчины с данным диагнозом [17]. У пациентов с шизофренией, не получавших антипсихотическую терапию, МетС диагностировался в 4–26% случаев, что уже превышает средние популяционные показатели, тогда как на фоне антипсихотической терапии частота варьировала от 11% до 69% [16]. Это позволяет предположить, что высокая коморбидность шизофрении и метаболических нарушений обусловлена не только побочными эффектами терапии, но и особенностями самого заболевания. Существуют предположения о наличии общих генетических факторов, предрасполагающих как к шизофрении, так и к сахарному диабету 2 типа [18]. Наиболее убедительные данные получены в отношении генов меланокортинового рецептора 4 типа (MC4R), рецептора серотонина 2C (5HT2C), лептина (LEP), нейропептида Y (NPY) и каннабиноидного рецептора 1 типа (CNR1), а также гена рецептора 5-HT(2A), мускаринового (M3) и адренергических рецепторов [19]. Большинство этих генов участвуют в регуляции пищевого поведения и связанных с ним нейроэндокринных механизмов, что подчеркивает значение нарушений пищевого поведения как трансоэкологического феномена [20]. Фармакогенетические факторы риска развития метаболических нарушений при применении антипсихотиков второго поколения связаны с генами, регулирующими центральные механизмы пищевого поведения (в том числе гипоталамические структуры и систему «подкрепления»), а также с генами прямых и косвенных мишеней антипсихотиков. Вероятно, модулирующую роль играют также гены, участвующие в регуляции метаболических и эндокринных процессов, а также периферических механизмов контроля пищевого поведения. Существенное значение придается и эпигенетическим факторам, способным изменять экспрессию генов в ответ на воздействие лекарственных средств и факторов среды [21].

Депрессия рассматривается как независимый фактор риска развития МетС, что обуславливает необходимость регулярного мониторинга метаболических и сердечно-сосудистых показателей у пациентов с аффективными расстройствами [22]. Наличие депрессии увеличивает риск МетС на 34% в перекрестных исследованиях и на 52% в когортных исследованиях, у пациентов с МетС риск депрессии выше в 1,27 раза по данным поперечных исследований и в 1,49 раза по данным когортных исследований по сравнению с контрольными группами [7]. Распространенность МетС у лиц с аффективными расстройствами варьирует от 36% до 58% [23]. При рекуррентном депрессивном расстройстве МетС выявляется в 44% случаев, при биполярном аффективном расстройстве — в 46% [24]. Депрессия ассоциирована с отдельными компонентами МетС, в частности с центральным ожирением, повышением уровня триглицеридов и снижением концентрации холестерина липопротеинов высокой плотности [25]. У пожилых пациентов, особенно мужчин, депрессия связана с повышением артериального давления, причем выраженность ассоциации возрастает при тяжелых формах депрессии по сравнению с легкими и умеренными [26]. В целом депрессия рассматривается как фактор риска развития отдельных компонентов МетС, включая увеличение окружности талии, гипертензию, гипергликемию натощак, гипертриглицеридемию и снижение уровня холестерина ЛПВП [27]. Вопрос о направленности причинно-следственной связи остается дискуссионным. По одним данным, МетС не является независимым предиктором депрессии [7], тогда как другие исследования демонстрируют значимую положительную связь [14]. Среди возможных модифицирующих факторов рассматриваются уровень физической активности [28] и характер питания [29]. У пациентов психиатрического профиля физическая активность, как правило, снижена вследствие как самого заболевания, так и проводимой терапии, а ухудшение качества жизни часто сопровождается нарушением питания с преобладанием жиров и простых углеводов при дефиците белков и микронутриентов. Выявлена положительная генетическая корреляция между депрессией и сахарным диабетом 2 типа. Генетически прогнозируемая депрессия ассоциирована с повышенным риском развития МетС, тогда как убедительных данных о причинной роли МетС в развитии депрессии не получено [30]. Установлено, что пациенты с депрессией имеют повышенный риск развития сахарного диабета, а редукция депрессивной симптоматики сопровождается улучшением гликемического контроля независимо от изменений массы тела [31]. Особый интерес представляет связь атипичной депрессии с МетС при отсутствии аналогичной ассоциации с меланхолическим и другими подтипами депрессии [32]. Ожирение, в свою очередь, ассоциировано как с атипичной депрессией [33], так и с МетС [34], что подчеркивает общность патофизиологических механизмов. Существенное значение имеют лекарственные факторы. Антидепрессанты и стабилизаторы настроения способны способствовать формированию отдельных компонентов МетС [35]. Трициклические антидепрессанты и некоторые селективные ингибиторы обратного захвата серотонина ассоциированы с повышением уровня глюкозы, холестерина и увеличением окружности талии [36]. Применение трициклических антидепрессантов повышает риск развития метаболического синдрома и увеличения массы тела, а ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина связаны с более высоким риском артериальной гипертензии [37]. Показано, что применение антидепрессантов связано с повышением в 1,3–1,5 раза риска впервые выявленного сахарного диабета по сравнению с лицами, не получающими такую терапию [36]. Таким образом, депрессия и МетС находятся в сложной двусторонней взаимосвязи, включающей поведенческие, нейроэндокринные, генетические и фармакологические механизмы, что требует комплексного междисциплинарного подхода к диагностике, профилактике и лечению данных состояний.

Антипсихотик-индуцированный МетС (АИМетС) может проявляться в трех формах. Возможный АИМетС характеризуется наличием 1–3 клинических критериев метаболического синдрома (МетС) по международным стандартам (АТР III, АТР III-A, IDF) после ≥ 3 мес. приема антипсихотиков (АП) в моно- или комбинированной терапии, либо 1–3 биомаркерами в крови или моче. Вероятный АИМетС проявляется отсутствием клинических критериев МетС при наличии единичных биомаркеров в крови или моче. Определенный АИМетС включает ≥ 3 клинических критериев МетС и ≥ 3 биомаркеров в крови и моче на фоне ≥ 3 мес. терапии АП. При терапии антипсихотиками психиатрам доступны лишь ограниченные варианты коррекции: снижение дозы, завершение активной терапии или оптимизация образа жизни и диеты пациента. При терапии антидепрессантами важно учитывать риск метаболических нарушений при применении трициклических антидепрессантов, селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС) и селективных ингибиторов обратного захвата серотонина и норадреналина (СИОЗСН). При повышении массы тела, глюкозы или липидов рекомендуется переход на препараты с меньшим риском — флуоксетин, венлафаксин, дулоксетин или ингибиторы моноаминоксидазы(иМАО) [37].

Обсуждение. Взаимосвязь МетС и психических расстройств носит многофакторный характер. Общими патогенетическими механизмами являются генетическая предрасположенность, инсулинорезистентность, хроническое воспаление, нейроэндокринная дисрегуляция и поведенческие факторы, включая особенности питания и снижение физической активности. Психофармакотерапия способна усиливать метаболические нарушения, что требует обязательного скрининга факторов риска до начала лечения и регулярного мониторинга в процессе терапии [47]. Таким образом, проблема коморбидности МетС и психических расстройств требует междисциплинарного подхода с участием психиатров, эндокринологов и врачей общей практики.

Заключение. Психические расстройства, метаболический синдром и нейроэндокринные нарушения имеют сложное многофакторное взаимообуславливающее влияние. При этом влияние метаболического синдрома на возникновение и течение психических расстройств остается недостаточно изученным.

Среди общих значимых патогенетических факторов следует выделить генетическую предрасположенность, метаболические и эндокринные нарушения, изменение образа жизни и пищевого поведения.

Решение проблемы метаболического синдрома в сочетании с психопатологическими нарушениями представляет собой комплексную междисциплинарную проблему, требующую серьезного внимания со стороны медицинского научного сообщества.

Список литературы.

1. Авазова Т. А. Метаболический синдром (обзор литературы). Вестник врача. 2012; 1(3):217–219.
2. Бернштейн Н. А. Современные искания в физиологии нервного процесса / под ред. И. М. Фейгенберга, И. Е. Сироткиной. М.: Смысл, 2003. 330 с.
3. Зотова О. А., Шакирова Е. А. Ожирение и метаболический синдром в практике врача акушера-гинеколога. Фундаментальная и клиническая медицина. 2017; 2(3):70–75. doi:10.23946/2500-0764-2017-2-3-70-75.
4. Шнайдер Н. А., Насырова Р. Ф., Пекарец Н. А., Гречкина В. В., Петрова М. М. Циркулирующие микроРНК — перспективные биомаркеры для оценки риска развития антипсихотик-индуцированного метаболического синдрома (обзор): часть 1. Безопасность и риск фармакотерапии. 2025; 13(3):344–358. doi:10.30895/2312-7821-2025-478.
5. Васенина Е. Е., Ганькина О. А. Метаболический синдром и когнитивные расстройства. Российский медицинский журнал. 2024; 5:12–18.
6. Limon V. M., Lee M., Gonzalez B., Choh A. C., Czerwinski S. A. The impact of metabolic syndrome on mental health-related quality of life and depressive symptoms. Quality of Life Research. 2020; 29(8):2063–2072. doi:10.1007/s11136-020-02479-5. PMID:32215841. PMCID:PMC7513573.
7. Pan A., Keum N., Okereke O. I. et al. Bidirectional association between depression and metabolic syndrome: a systematic review and meta-analysis of epidemiological studies. Diabetes Care. 2012; 35:1171–1180.
8. Шляхто Е. В., Недогода С. В., Бабенко А. Ю. и др. Концепция междисциплинарного согласительного документа по кардио-рено-гепато-метаболическому синдрому. Российский кардиологический журнал. 2025; 30(1S):6533. doi:10.15829/1560-4071-2025-6533.
9. Оганов Р. Г., Симаненков В. И., Бакулин И. Г. и др. Коморбидная патология в клинической практике. Алгоритмы диагностики и лечения. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2019; 18(1):5–66.
10. Ananth V., Priyadarsini R., Subramanian U. Pathogenesis, diagnosis, and management of metabolic syndrome: a comprehensive review. SBV Journal of Basic, Clinical and Applied Health Science. 2021. doi:10.5005/jp-journals-10082-03111.
11. Ding X., Fang T., Pang X. et al. Mitochondrial DNA abnormalities and metabolic syndrome. Frontiers in Cell and Developmental Biology. 2023; 11:1153174. doi:10.3389/fcell.2023.1153174.
12. Masenga S., Kabwe L., Chakulya M., Kirabo A. Mechanisms of oxidative stress in metabolic syndrome. International Journal of Molecular Sciences. 2023; 24:7898. doi:10.3390/ijms24097898.
13. Akbaraly T. N., Ancelin M. L., Jaussent I. et al. Metabolic syndrome and onset of depressive symptoms in the elderly: findings from the Three-City Study. Diabetes Care. 2011; 34:904–909.
14. Vanhala M., Jokelainen J., Keinanen-Kiukkaanniemi S. et al. Depressive symptoms predispose females to metabolic syndrome: a 7-year follow-up study. Acta Psychiatrica Scandinavica. 2009; 119:137–142.
15. Hu G., Qiao Q., Tuomilehto J. et al. Prevalence of metabolic syndrome and its relation to all-cause and cardiovascular mortality in non-diabetic European men and women. Archives of Internal Medicine. 2004; 164:1066–1076.
16. Мартынихин И. А. Метаболический синдром и факторы риска его развития среди госпитализированных больных параноидной формой шизофрении. Социальная и клиническая психиатрия. 2009; 1:24–28.

17. Gough S. C., O'Donovan M. C. Clustering of metabolic comorbidity in schizophrenia: a genetic contribution? *Journal of Psychopharmacology*. 2005; 19(6 Suppl):47–55.
18. Roerig J. L., Steffen K. J., Mitchell J. E. Atypical antipsychotic-induced weight gain: insights into mechanisms of action. *CNS Drugs*. 2011; 25(12):1035–1059. doi:10.2165/11596300-000000000-00000.
19. Бобровский А. В., Мазо Г. Э., Колотильщикова Е. А., Чехлатый Е. И. Является ли приступообразное переедание самостоятельным заболеванием? *Социальная и клиническая психиатрия*. 2015; 3:84–92.
20. Кибитов А. О., Мазо Г. Э. Метаболические побочные эффекты атипичных антипсихотиков: межиндивидуальная вариабельность и генетический риск. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2018; 28(1):90–100.
21. Ghanei Gheshlagh R., Parizad N., Sayehmiri K. The relationship between depression and metabolic syndrome: systematic review and meta-analysis study. *Iranian Red Crescent Medical Journal*. 2016; 18(6):e26523. doi:10.5812/ircmj.26523.
22. Heiskanen T. H., Niskanen L. K., Hintikka J. J. et al. Metabolic syndrome and depression: a cross-sectional analysis. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 2006; 67:1422–1427.
23. Мазо Г. Э., Шманева Т. М. Стандартизация рисков развития фармакогенной прибавки веса у пациентов с депрессивным расстройством. В: *Материалы научно-практической конференции с международным участием «Комплексные подходы к стандартизации диагностики и терапии психических расстройств»*. СПб., 2011:90–91.
24. East C., Willis B. L., Barlow C. E. et al. Depressive symptoms and metabolic syndrome in preventive healthcare: the Cooper Center longitudinal study. *Metabolic Syndrome and Related Disorders*. 2010; 8(6):451–457.
25. Ferriani L. O., Silva D. A., Molina M. D. C. B. et al. Depression is a risk factor for metabolic syndrome: results from the ELSA-Brasil cohort study. *Journal of Psychiatric Research*. 2023; 158:56–62. doi:10.1016/j.jpsychires.2022.12.017.
26. Zhang M., Chen J., Yin Z., Wang L., Peng L. The association between depression and metabolic syndrome and its components: a bidirectional two-sample Mendelian randomization study. *Translational Psychiatry*. 2021; 11:633. doi:10.1038/s41398-021-01759-z.
27. Kinder L. S., Carnethon M. R., Palaniappan L. P. et al. Depression and the metabolic syndrome in young adults: findings from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *Psychosomatic Medicine*. 2004; 66(3):316–322.
28. Faugère M., Maakaron É., Achour V. et al. Vitamin D, B9, and B12 deficiencies as key drivers of clinical severity and metabolic comorbidities in major psychiatric disorders. *Nutrients*. 2025; 17(7):1167. doi:10.3390/nu17071167.
29. Tang B., Yuan S., Xiong Y., He Q., Larsson S. C. Major depressive disorder and cardiometabolic diseases: a bidirectional Mendelian randomisation study. *Diabetologia*. 2020; 63:1305–1311.
30. Roopan S., Larsen E. R. Use of antidepressants in patients with depression and comorbid diabetes mellitus: a systematic review. *Acta Neuropsychiatrica*. 2017; 29(3):127–139.
31. Ferriani L. O., Alves Silva D., Viana M. C. Atypical depression is associated with metabolic syndrome: a systematic review. *Actas Españolas de Psiquiatría*. 2022; 50(6):266–275.
32. Silva D. A., Coutinho E. S. F., Ferriani L. O., Viana M. C. Depression subtypes and obesity in adults: a systematic review and meta-analysis. *Obesity Reviews*. 2019; 21(3):e12966.
33. Hiles S. A., Révész D., Lamers F. et al. Bidirectional prospective associations of metabolic syndrome components with depression, anxiety, and antidepressant use. *Depression and Anxiety*. 2016; 33(8):754–764. doi:10.1002/da.22512.
34. Himmerich H., Minkwitz J., Kirkby K. C. Weight gain and metabolic changes during treatment with antipsychotics and antidepressants. *Endocrine, Metabolic & Immune Disorders – Drug Targets*. 2015; 15(4):252–260.
35. Salvi V., Grua I., Cerveri G. et al. The risk of new-onset diabetes in antidepressant users—A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*. 2017; 12(7):e0182088.
36. Zhong Z., Wang L., Wen X. et al. A meta-analysis of effects of selective serotonin reuptake inhibitors on blood pressure in depression treatment: outcomes from placebo- and serotonin–noradrenaline reuptake inhibitor-controlled trials. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 2017; 13:2781–2796.
37. Петрова Н. Н., Семенова Н. В., Малышко Л. В. Коморбидность депрессии и метаболического синдрома: к вопросу о каузальных или ассоциативных связях. *Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева*. 2024; 58(4-2):39–46. doi:10.31363/2313-7053-2024-1033.

Информация об авторах:

Хабаров Иван Юрьевич, ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург, Россия, ORCID 0000-0003-4941-0855, dr.khabaroff@mail.ru.

Абриталин Евгений Юрьевич, ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург, Россия, ORCID 0000-0001-9239-2221, abritalin@mail.ru.

Краснов Алексей Александрович, ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург, Россия, ORCID 0000-0002-8732-6390, dr.krasnov_28@mail.ru.

Жинжикова Зоя Геннадиевна, СПб ГКУЗ «Психиатрическая больница Святого Николая Чудотворца, г. Санкт-Петербург, Россия, ORCID 0009-00090499-8394, zhinzhikova.zoe@gmail.com.

Работа выполнена самостоятельно.

ВЛИЯНИЕ ДЛИТЕЛЬНОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ И АНТИПСИХОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НА РИСК ПОВТОРНОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ

И.С. Кушнерев*, А.Н. Гвоздецкий, А.Е. Добровольская, О.В. Задорожная

СПб ГКУЗ «Городская психиатрическая больница № 3 им. И.И. Скворцова-Степанова», ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, Санкт-Петербург

Источник финансирования: исследование не имело дополнительных источников финансирования

Ключевые слова: шизофрения, антипсихотическая терапия, повторные госпитализации

Аннотация: в результате анализа клинико-динамических показателей с учетом базовой антипсихотической терапии когорты из 163 больных шизофренией установлены предикторы повторной госпитализации после выписки. Выявлен более высокий риск регоспитализации у хронизированных больных, терапия атипичными антипсихотиками в стандартных дозах снижала риск у впервые госпитализированных пациентов.

Введение. Повторная госпитализация в психиатрический стационар рассматривается как наиболее надежный маркер рецидива при шизофрении и отражает существенную клиническую, социальную и организационную нагрузку на психиатрическую службу [1]. В литературе описано значительное число факторов, ассоциированных с регоспитализацией, однако поиск клинически применимых способов снижения риска остается актуальной задачей [2]. Центральное место в противорецидивном лечении занимает поддерживающая антипсихотическая терапия; при этом ее прогностическая значимость после выписки, а также связь характеристик терапии с длительностью заболевания и опытом стационарного лечения в настоящее время изучены недостаточно [3].

Цель. Выявить факторы риска повторных госпитализаций у больных параноидной шизофренией с учетом длительности заболевания и базовой антипсихотической терапии, назначенной на момент выписки из психиатрического стационара.

Материалы и методы. Исследование выполнено в СПб ГКУЗ «Городская психиатрическая больница №3 им. И.И. Скворцова-Степанова» (Санкт-Петербург). В когорту методом сплошной выборки включены 163 пациента 18-50 лет с достоверно верифицированным диагнозом F20.0 по МКБ-10, выписанные после стационарного лечения в 2018–2024 гг. Средний возраст составил $30,26 \pm 7,05$ года. Критериями включения были возраст, диагноз и письменное информированное согласие; критерием исключения - назначение клозапина на любом этапе наблюдения, так в отличие от других антипсихотиков его возможно использовать только при установленной фармакорезистентности, что искажает результаты статистической оценки. Для учета влияния хронизации выделялись клинические группы: «первый психотический эпизод» (длительность заболевания ≤ 5 лет и ≤ 3 госпитализаций в анамнезе) и «хронизированные» пациенты (длительность > 5 лет и/или > 3 госпитализаций). Все пациенты выписывались в состоянии ремиссии. По медицинским картам фиксировалась базовая антипсихотическая терапия при выписке: поколение препарата (первое/второе), лекарственная форма (пероральная или депо-форма) и суточная доза. Дозировки переводили в стандартные суточные дозы [4], эквивалентные 5 мг рисперидона с учетом лекарственной формы по методике DDD (Defined Daily Dose, ВОЗ) [5]. Зависимой переменной было время от даты выписки до даты повторного поступления; при отсутствии регоспитализации применяли правостороннее цензурирование. Риск повторной госпитализации оценивали регрессией Кокса со смешанными эффектами: случайный эффект - обезличенный номер пациента; выполнена стратификация по числу госпитализаций с момента включения. В модель включали основные эффекты и взаимодействия; выбор итоговой модели выполняли по минимальному значению критерия Акаике. Уровень значимости задавали $p < 0,005$ и 99,5% доверительные интервалы; применялась коррекция множественных сравнений по Беньямини–Хохбергу.

Результаты. Медиана наблюдения составила 3,87 [2,87; 4,08] года; медианная длительность госпитализации – 40 [32; 64] дней, медианная длительность периодов вне стационара – 1 009 [603,5; 1 414] дней.

* – корреспондирующий автор

Научный руководитель: Александр Генрихович Софронов, доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент РАН, главный врач, СПб ГКУЗ «Городская психиатрическая больница № 3 им. И.И. Скворцова-Степанова», заведующий кафедрой, кафедра психиатрии и наркологии, ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России, Санкт Петербург, Россия <https://orcid.org/0000-0001-6339-0198>

За период наблюдения 94 пациента (57,7%) госпитализировались однократно, 40 (24,0%) – дважды, 11 (6,7%) – трижды, 18 (11,0%) – четыре и более раз. Медианная доза антипсихотика при выписке составила 1,20 [0,99; 1,67] стандартных суточных доз. В структуре назначений антипсихотики второго поколения составили 76,2%, доля пролонгированных форм обоих поколений – 18,1%. Значимыми предикторами выступали клиническая группа ($\chi^2=15,29$; $p<0,001$), поколение антипсихотика ($\chi^2=8,86$; $p=0,003$) и дозировка ($\chi^2=5,28$; $p=0,022$); лекарственная форма независимого эффекта не демонстрировала ($\chi^2=0,16$; $p=0,685$), при этом стратификация по числу госпитализаций оставалась высоко значимой ($\chi^2=116,77$; $p<0,001$). Ключевой характеристикой модели было трехфакторное взаимодействие «доза – поколение – число госпитализаций» ($\chi^2=15,68$; $p<0,001$). Вне зависимости от параметров терапии у хронизированных пациентов риск регоспитализации был выше в 2,04 (1,22; 3,40) раза по сравнению с группой первого эпизода ($aHR=0,49$ (0,29; 0,82), $p<0,001$). Единственный статистически значимый тренд в анализе трехфакторного взаимодействия выявлен для ситуации после одной госпитализации при терапии антипсихотиками второго поколения: увеличение DDD сопровождалось снижением риска повторной госпитализации ($aHR=0,24$ (0,07; 0,83), $p=0,005$), что соответствует уменьшению риска в 4,17 (1,20; 14,29) раза. Для остальных комбинаций факторов направления трендов были неоднозначны и статистически не подтверждены.

Заключение. Клиническая стадия заболевания является надежным предиктором повторной госпитализации: при первом психотическом эпизоде риск регоспитализации снижен более чем вдвое по сравнению с хронизированными больными. Параметры базовой антипсихотической терапии при выписке ассоциированы с риском регоспитализации: у пациентов, получающих антипсихотики второго поколения (кроме клозапина), повышение стандартной суточной дозы связано со статистически значимым снижением риска повторной госпитализации после первой госпитализации. Дальнейший поиск применимых в клинической практике предикторов повторных госпитализаций позволит повысить эффективнее расходовать ресурсы здравоохранения и повысить эффективность оказания помощи данной категории больных.

Список литературы

1. Макушкина О. А., Яздовская А. В. Психиатрическая служба Российской Федерации: вопросы организации и мониторинг показателей (2011-2021 гг.). Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2022;(4(117)):72-82
2. Rivelli A, Fitzpatrick V, Nelson M, Laubmeier K, Zeni C, Mylavaram S. Real-world predictors of relapse in patients with schizophrenia and schizoaffective disorder in a large health system. Schizophrenia (Heidelberg). 2024;10(1):1-11
3. Chen W, Wu CS, Liu CC, Kuo PH, Chan HY, Lin YH, Chung YE, Chen WJ. In-Hospital Use of Long-Acting Injectable Antipsychotics and Readmission Risk in Patients With First-Admission Schizophrenia in Taiwan. JAMA Netw Open. 2024 Jun 3;7(6):e2417006
4. Leucht S, Crippa A, Sifakis S, Patel MX, Orsini N, Davis JM. Dose-Response Meta-Analysis of Antipsychotic Drugs for Acute Schizophrenia. AJP. 2020;177(4):342-353
5. Leucht S, Samara M, Heres S, Davis JM. Dose Equivalents for Antipsychotic Drugs: The DDD Method. Schizophr Bull. 2016;42(suppl_1):S90-S94

Информация об авторах:

Иван Сергеевич Кушнерев, врач-психиатр, СПб ГКУЗ «Городская психиатрическая больница № 3 им. И.И. Скворцова-Степанова», ассистент, кафедра психиатрии и наркологии, ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт Петербург, Россия <https://orcid.org/0009-0006-9477-3566>, splitter887@gmail.com

Антон Николаевич Гвоздецкий, кандидат медицинских наук, заместитель главного врача по организационно-методической работе, СПб ГКУЗ «Городская психиатрическая больница № 3 им. И.И. Скворцова-Степанова», доцент, кафедра психиатрии и наркологии, ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт Петербург, Россия. <https://orcid.org/0000-0001-8045-1220>, comisora@yandex.ru

Алла Евгеньевна Добровольская, кандидат медицинских наук, заместитель главного врача по медицинской части, СПб ГКУЗ «Городская психиатрическая больница № 3 им. И.И. Скворцова-Степанова», доцент, кафедра психиатрии и наркологии, ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова. Санкт Петербург, Россия. <https://orcid.org/0000-0002-3582-6078>, maxmmm@yandex.ru

Ольга Валерьевна Задорожная, кандидат медицинских наук, доцент, кафедра психиатрии и наркологии, ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова. Санкт Петербург, Россия. <https://orcid.org/0009-0002-3999-181X>, ov_zador@mail.ru

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ СТРЕССОВЫХ РАССТРОЙСТВ У СПОРТСМЕНОВ, ПОЛУЧИВШИХ СПОРТИВНЫЕ ТРАВМЫ

А.Б. Хорошавина

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Российский государственный университет им. А.Н. Косыгина (Технологии. Дизайн. Искусство)», г. Москва, Малая Калужская ул., 1, стр. 3, 89583931914 anna.khoroshavina.02@mail.ru

Ключевые слова: спорт, травма, посттравматическое стрессовое расстройство, реабилитация, лечение

Аннотация: В данной работе изучается посттравматическое стрессовое расстройство у спортсменов, получивших спортивную травму. На реальном примере выделены проблемы с адаптацией в игровое пространство после травмы, а также направления психологического лечения спортсменов.

В течение спортивной карьеры большинство спортсменов сталкиваются с переломным моментом – получение травмы. Существуют различные квалификации травм, конкретно в данных тезисах будет раскрываться ПТСР при возвращении в спорт после реабилитации, в особенности психологическое лечение спортсмена. Для спортсменов данная тема является малоизученной, в особенности у тех, кто не является профессионалом в своём виде спорта (ученики спортивных школ, игроки студенческих сборных и спортсмены в любительских лигах) [1].

Цель исследования: раскрыть понятие посттравматическое стрессовое расстройство, его признаки у спортсменов, направления лечения и способы информирования спортсменов, которые не являются профессионалами.

Задачи исследования:

- проанализировать существующие определения и концептуальные подходы к понятию посттравматического стрессового расстройства
- выявить характерные признаки и симптомы ПТСР у спортсменов, перенесших травматические ситуации
- исследовать современные направления и методы лечения ПТСР, применяемых в спортивной психологии и медицине
- разработать рекомендации по организации профилактических мероприятий

Методы исследования: полуструктурированное интервью, качественный анализ, анализ литературы

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) – психическое расстройство, развивающееся вследствие мощного психотравмирующего воздействия угрожающего или катастрофического характера, сопровождающееся экстремальным стрессом, основными клиническими проявлениями выступают повторные переживания элементов травматического события в ситуации «здесь и сейчас» в форме «флэшбеков», повторяющихся сновидений, кошмаров и т.д [2].

В качестве пусковых факторов выступают события, которые способны вызвать дистресс практически у любого человека, природные и техногенные катастрофы, угроза жизни, нападение, жизнеугрожающее заболевание и в нашем конкретном случае – получение травмы.

Для приведения жизненных примеров было проведено интервью с баскетболистом из студенческой сборной, прошедшим годовую реабилитацию после травмы колена. В качестве основных последствий травмы, сказавшихся на игре, были представлены следующие тезисы спортсмена:

1. избегание плотного контакта под кольцом
2. желание не быть в «толпе»
3. снижение контактности в игре
4. отсутствие прыжка, чтобы чувствовать свою опору на земле и равновесие
5. страх тех же физических нагрузок, которые были до получения травмы
6. снижение автоматизации движений (после травмы наблюдается когнитивный контроль и осторожность в движениях)

В данном виде спорта прыжок и создание контакта с соперником является важным фактором создания качественной игры. Без этих составляющих игрок не может комфортно чувствовать себя на площадке и создавать качественную игру. В следствие чего спортсмен не получает общего удовольствия от игры, так как не приносит эффективности команде. Всё это зачастую приводит к тому, что спортсмен заканчивает свою карьеру из-за страха повторения травмы и отсутствии собственного спокойствия на площадке.

В МКБ-10 выделены следующие критерии ПТСР:

А. Больной должен быть подвержен воздействию стрессорного события или ситуации (как коротко, так и длительно длящихся) исключительно угрожающего или катастрофического характера, что способно вызывать общий дистресс почти у любого индивидуума.

Б. Стойкие навязчивые воспоминания или «оживление стрессора в навязчивых реминисценциях, ярких воспоминаниях или повторяющихся снах, либо повторные переживания горя при воздействии обстоятельств, напоминающих или ассоциирующихся со стрессором.

В. Больной должен обнаруживать физическое избегание или стремление избежать обстоятельства, напоминающие, либо ассоциирующиеся со стрессором (что не наблюдалось до воздействия стрессора).

Перечисляя вышеописанные критерии, можно утверждать, что все они наблюдаются и у спортсмена, пережившего травму: длительная реабилитация (от 6 до 12 месяцев), навязчивые воспоминания при боли или дискомфорте в травмируемой области, физическое избегание (прыжок, контакт с соперником).

На примере нашего спортсмена можно наблюдать, что тяжёлая травма является не только соматическим повреждением, но и психотравмирующим событием, способным формировать посттравматическую симптоматику. Даже при успешном хирургическом и функциональном восстановлении возможно сохранение психологических ограничений, однако, важно помнить, что физическая реабилитация не гарантирует психологическую реадaptацию. В связи с этим важно подбирать правильное лечение посттравматических стрессовых расстройств у спортсменов, получивших спортивные травмы.

Ключевыми направлениями лечения спортсменов с данными проблемами могут выступать:

1. Постепенная экспозиция к контактным игровым ситуациям (экспозиционная терапия — постепенное и контролируемое воссоздание травматического события для снижения страха и избегания)
2. Когнитивная переработка страха повторной травмы (когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) — помогает изменить негативные мысли и реакции, связанные с травмой) [3].
3. Интеграция психологической поддержки в тренировочный процесс (обучение спортсменов особенностям ПТСР)
4. Восстановление чувства контроля над телом (комплексное восстановление физических функций и снижение болевых ощущений) [4]

Касательно вопроса информированности спортсменов о важности психологической проработки спортивных травм важно помнить, что есть два основных направления в спорте — профессиональный и любительский. В каждом профессиональном клубе есть свой психолог-специалист, который может помочь правильно справиться с переживанием травмы и данного специалиста предоставляет сам клуб, в то время как у любителей (ученики спортшкол, студенты) такой возможности нет. В следствие чего важным является выявление способов информирования спортсменов-любителей о важности психологической проработки спортивных травм, такими могут выступать:

1. Образовательные лекции и семинары (проведение регулярных встреч с психологами и спортивными врачами)
2. Работы с тренерским составом (Обучение тренеров важности психологической поддержки и правильной коммуникации с травмированными спортсменами)
3. Информационные кампании (постеры, баннеры, видеоролики, посты в социальных сетях)

Подводя итог, важно отметить, что спортивная травма может приводить к формированию посттравматической стрессовой симптоматики, проявляющейся преимущественно через изменения двигательного поведения, страх повторной травмы и снижение контактной активности. Касательно спортивных травм в таком виде спорта как баскетбол, основными последствиями в игровом поле являются: страх контакта с соперником, снижение физической функциональности, страх повторения полученной травмы при выполнении таких же спортивных действий и нагрузок. Эффективная реабилитация требует интеграции психологических методов в стандартные протоколы восстановления, включая основные направления лечения спортсмена, выделенные в данной работе, а именно проведение образовательных лекций, проработки тренерского состава по вопросам психологической поддержки спортсменов, также проведение информационных кампаний в образовательной или окружающей среде спортсменов.

Список литературы:

1. Лежнёва Ю.В. К вопросу о переживаниях спортивных травм. Форум молодых учёных 3(19). 2028; 6:343-347.
2. Общественная организация «Российское общество психиатров». Посттравматическое стрессовое рас-

стройство., 2023: С. 117.

3. Васильева А.В., Караваева Т.А. Психотерапия посттравматического стрессового расстройства – интеграция опыта чрезвычайной ситуации. Консультативная психология и психотерапия. 2023. Том 31. №3. С. 47-68.

4. Попов В.А., Козлов А.П. Социально-психологическая реабилитация спортсменов после участия в соревнованиях. Международный научный журнал «Символ науки». №1-2/2022.

Информация об авторе:

Хорошавина Анна Борисовна, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Российский государственный университет им. А.Н. Косыгина (Технологии. Дизайн. Искусство)», г. Москва, Россия, anna.khoroshavina.02@mail.ru

Работа выполнена самостоятельно

СУИЦИДАЛЬНЫЙ РИСК У СТУДЕНТОВ ВЫПУСКНЫХ КУРСОВ МЕДИКОВ И ПСИХОЛОГОВ

С.В. Щепкина

(Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург)

Ключевые слова: суицидальный риск, причины, студенты выпускных курсов, медики, психологи

Аннотация У студентов выпускных курсов медиков и психологов доказано отсутствие статистически значимой разницы между уровнями суицидального риска, но ряд показателей более выражен у медиков. У 7% медиков и 3% психологов выявлен высокий суицидальный риск, причинами которого у 72% студентов медиков являются внешние причины, у студентов психологов высокий суицидальный риск обусловлен внутренними причинами.

В последние года проблема суицидального риска среди медицинских работников привлекает внимание специалистов, где констатируется более высокий уровень в 1,5-4 раза по сравнению с населения в целом и среди специалистов других профессий [1]. Представляет интерес системный анализ научных публикаций, посвященный суицидальной активности врачей, где отмечается наибольшая вероятность совершения суицидов у врачей внутренней медицины, психиатров, врачей анестезиологов-реаниматологов по сравнению с педиатрами, патологоанатомами, кардиологами, врачами скорой помощи [2]. Авторами на основании шести исследований утверждается о встречаемости суицидальных мыслей от 3,2 до 25,0%, на основании четырех исследований – совершение суицидальных попыток от 0,5 до 2,0%, в большинстве это врачи мужского пола в возрасте 25-29 лет. В другом аналитическом обзоре акцент делается на стоматологах с указанием на факт повышенного уровня самоубийств вне зависимости от пола [3]. Была предпринята попытка эмпирического исследования времени появления суицидального риска у врачей, по результатам которого был сделан вывод об отсутствии разницы в представленности суицидального риска у студентов будущих хирургов и терапевтов, главное, сделан вывод о возникновении суицидального риска в процессе исполнения профессиональных функций [4]. Эмпирические исследования, направленные на сравнение суицидального риска у медиков и специалистов других профессий «человек-человек» носят единичный характер.

Все это определило цель исследования, которая заключается в проведении сравнительного анализа суицидального риска у студентов выпускных курсов медиков и психологов, а также выявление причин высокого суицидального риска.

Для исследования использован опросник суицидального риска А.Г. Шмелева в адаптации Т.Н. Разуваевой [5] и полуструктурированное интервью. Для определения уровней суицидального риска использовались показатели шкалы «Антисуицидальный фактор». Выборка составила 343 студента, из них 157 студентов медиков 6 курса педиатрического профиля обучения и 186 студентов психологов выпускных курсов специалитета и магистратуры. Исследование проводилось в 2025 году.

По результатам исследования низкий, средний и высокий уровни суицидального риска у студентов медиков распределились следующим образом: 64% (101), 29% (46) и 7% (11), у студентов психологов 66% (122), 31% (58) и 3% (6) соответственно. Полученные данные свидетельствуют об отсутствии статистически значимых различий частоты встречаемости низкого, среднего и высокого уровня суицидального риска у студентов выпускных курсов профессии типа «человек-человек».

По показателям суицидального риска «Демонстративность» ($r=0,000$, $p<0,001$), «Уникальность» ($r=0,014$, $p<0,01$), «Несостоятельность» ($r=0,000$, $p<0,001$), «Социальный пессимизм» ($r=0,000$, $p<0,001$) и «Временная перспектива» ($r=0,000$, $p<0,001$) более выражены у студентов медиков по сравнению со студентами психо-

Научный руководитель: Изотова Маргарита Хаджумаровна, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет" Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург, Россия, кандидат психологических наук, ORCID: 0000-0001-6085-1913, e-mail: izotova.margarita@gmail.com

логами, по ним констатируется статистически значимая разница. По остальным показателям суицидального риска («Аффективность» $r=0,088$, «Слом культурных барьеров» $r=0,375$, «Максимализм» $r=0,736$, «Антисуицидальный фактор» $r=0,630$) статистически значимых различий не выявлено. Полученные данные свидетельствуют о том, что студенты медицины пессимистично оценивают свои жизненные перспективы, профессиональные возможности, сомневаются в успешности включения в социум.

У большей части студентов медиков (6 из 11) причиной высокого суицидального риска является экзистенциальный кризис страха индивидуальной смерти из-за тяжелых жизнеугрожающих заболеваний у нескольких членов семьи с летальными исходами в возрасте средней взрослости (40-50) лет и формирования убеждения высокого риска повторения судьбы своих родственников. У 2 из 11 студентов медиков выпускного курса высокий суицидальный риск связан с психической травмой, данные студенты обратились за помощью к специалистам. Остальные 3 из 11 студентов констатируют сниженный фон настроения, апатию, но конкретную причину назвать не могут. Причиной высокого суицидального риска у студентов психологов является депрессивное состояние без объективных внешних причин. Обращает на себя внимание, что только 18% студентов медиков (2 из 11) с высоким суицидальным риском признают данную проблему и обратились за помощью к специалистам. Все студенты психологи с высоким суицидальным риском (6) по собственной инициативе получают психологическую помощь и наблюдаются у психиатров.

В заключении можно выделить следующие выводы:

1. При распределении уровней суицидального риска у студентов выпускных курсов медиков и психологов статистически значимой разницы не выявлено, у большинства из них (64% и 66% соответственно) наблюдается низкий уровень, тогда как высокий уровень суицидального риска обнаружен у 7% студентов медиков и 3% у студентов психологов до начала их профессиональной деятельности. Большинство показателей суицидального риска у студентов медиков более выражены по сравнению со студентами психологами.

2. К причинам высокого уровня суицидального риска у 72% студентов медиков относятся внешние причины, а именно, экзистенциальный страх индивидуальной смерти, последствия переживания психической травмы и у 28 % наблюдаются внутренние причины, тогда как у всех студентов психологов высокий уровень суицидального обусловлен внутренними причинами.

Перспективами данного исследования является разработка профилактических мероприятий для студентов со средним уровнем суицидального риска с информированием о методах саморегуляции, о возможностях повышения стрессоустойчивости, о таймменеджменте и т.д., со студентами с высоким уровнем суицидального риска необходимо разработать алгоритм программы психологического сопровождения.

Литература

1. Филоненко А.В., Голенков А.В., Филоненко В.А., Орлов Ф.В., Деомидов Е.С. Самоубийства среди врачей и медицинских работников: обзор литературы. Суицидология. 2019; 10 (3 (36)). DOI: 10.32878/suiciderus.19-10-03(36)-42-58
2. Савастьянов Д.С., Голенков А.В. О самоубийствах врачей анестезиологов-реаниматологов (краткий обзор литературы). Академический журнал западной Сибири. 2023; 19 (2): 45-48. DOI: 10.32878/sibir.23-19-02(99)-45-48
3. Филоненко А.В., Сергеева А.И., Филоненко В.А., Голенков А.В., Сергеев И.И. Суицидальное поведение стоматологов. Девиантология. 2024; 8 (1(14)): 3-10. DOI: 10.32878/devi.24-8-01(14)-3-10
4. Меринов А.В., Жилова Я.Н., Полкова К.В. Сравнительная суицидологическая характеристика студентов-медиков хирургического или терапевтического направления подготовки. 2020; 4 (1 (6)): 22-28. DOI: 10.32878/devi.20-4-01(6)-22-28
5. Разуваева Т.Н. Диагностика личности. Шадринск: Исеть. 1993. 280с.

Информация об авторе:

Щепкина Светлана Владимировна, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург, Россия, ORCID: 0009-0008-3111-0700, e-mail: svetvl151@yandex.ru, телефон: +79523776827

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ КАК ВАЖНЫЙ ФАКТОР КОГНИТИВНОГО ПРОГНОЗА У ПАЦИЕНТОВ С НЕКОНТРОЛИРУЕМОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Жинжикова З.Г. (1), Хабаров И.Ю. (2), Абриталин Е.Ю. (2), Краснов А.А. (2)

(1 - СПб ГКУЗ «Психиатрическая больница Святого Николая Чудотворца, г. Санкт-Петербург)

(2 - ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург)

Источник финансирования: отсутствует

Ключевые слова: артериальная гипертензия, приверженность терапии, когнитивные нарушения, неконтролируемая гипертензия, нейропротекция

Аннотация. Артериальная гипертензия (АГ) у пациентов психиатрического профиля часто сочетается с когнитивными нарушениями и снижением приверженности терапии. Неконтролируемая АГ связана с ускоренным когнитивным снижением и повторными госпитализациями. Высокая приверженность антигипертензивной терапии рассматривается как фактор, потенциально способствующий нейропротекции и стабилизации когнитивных функций.

Введение. Снижение приверженности к лечению у пациентов с артериальной гипертензией (АГ) является одним из наиболее значимых факторов, осложняющих течение патологических состояний пациентов психиатрического профиля, прежде всего вследствие развивающихся у них когнитивных нарушений различной степени выраженности [1, 2]. Неконтролируемая артериальная гипертензия определяется как стойкое превышение целевых значений артериального давления ($\geq 130/80$ мм рт. ст. или выше в зависимости от целевого уровня) вне зависимости от причин недостаточного контроля, включая недостаточную приверженность терапии, что отражает неэффективность контроля давления даже при оптимальном лечении и является серьёзным фактором риска сердечно-сосудистых осложнений [3]. Неконтролируемая АГ ассоциируется с ускоренным когнитивным снижением, прогрессированием степени деменций и увеличением частоты госпитализаций, что имеет особое значение в условиях психиатрического стационара [4, 5, 6]. Современные данные свидетельствуют, что низкая приверженность антигипертензивной терапии связана с ускоренным когнитивным снижением, тогда как высокая приверженность ассоциируется с более медленным ухудшением памяти и других когнитивных функций у взрослых с артериальной гипертензией [7]. Дополнительное патофизиологическое значение имеет нарушение лимфатической системы — периваскулярного механизма выведения патогенетически неблагоприятных метаболитических продуктов, включая β -амилоид и τ -белки, функционирование которого критически важно для сохранения когнитивных функций. Эффективность лимфатического тока зависит от пульсации артерий, нарушающейся при артериальной гипертензии [8].

Актуальность. Артериальная гипертензия у пациентов психиатрического профиля характеризуется высокой распространённостью. Неконтролируемое повышение артериального давления, в том числе вследствие низкой приверженности терапии, ассоциируется с ускоренным когнитивным снижением, повышенным риском повторных госпитализаций и ростом нагрузки на систему здравоохранения. В то же время приверженность антигипертензивной терапии остаётся модифицируемым фактором, потенциально способным влиять не только на контроль АД, но и на темпы когнитивного ухудшения. Также, учитывая современные данные о роли лимфатической системы в поддержании когнитивных функций, изучение приверженности терапии как возможного элемента нейропротективной стратегии приобретает особую клиническую значимость.

Цель исследования: составить мини-обзор современных литературных данных и проанализировать роль приверженности антигипертензивной терапии как модифицируемого фактора риска когнитивного ухудшения и повторных госпитализаций у пациентов психиатрического профиля с неконтролируемой АГ.

Материал и методы. Проведен анализ отечественных и зарубежных публикаций последних лет, посвященные влиянию когнитивных нарушений при неконтролируемой АГ на приверженность терапии, а также влиянию приверженности антигипертензивной терапии и контролю АД на прогрессирование когнитивного дефицита. Особое внимание уделено работам, оценивающим приверженность антигипертензивной терапии, включая ее оценку с применением опросников приверженности MMAS-4 [9], MMAS-8 [10], MARS [11], КОП-25 [12], Шкала факторов приверженности лечению [13], ШМК [14], Шкала количественной оценки

комплаенса [15], НОДФ-1 (NSEP-1) [16], ARMS (17), SEAMS [18], а также отечественным методическим рекомендациям по повышению приверженности лечению [13, 19].

Результаты. Когнитивный дефицит является независимым предиктором низкой приверженности терапии, в то же время низкая приверженность приводит к недостаточному контролю АД и дальнейшему снижению уровня когнитивных функций. У пациентов с неконтролируемой АГ снижение показателей MMSE достоверно повышает риск снижения приверженности [20]. У пожилых пациентов когнитивное снижение выявляется более чем в половине случаев и сопровождается ухудшением соблюдения режима приема препаратов, в частности гипотензивной терапии [21, 22]. Систематический обзор подтверждает устойчивую связь когнитивного дефицита с плохой приверженностью и недостаточным контролем АД [23]. Таким образом, когнитивные нарушения формируют «порочный круг»: снижение когнитивных функций приводит к ухудшению приверженности, что, в свою очередь, приводит к плохому контролю АД и, как следствие, дальнейшему прогрессированию когнитивного дефицита [24].

Особое значение в психиатрической практике имеют перерывы в терапии в межгоспитальный период. Прекращение или нерегулярный прием антигипертензивных препаратов после выписки ассоциируются с ухудшением когнитивных показателей, декомпенсацией АД и увеличением частоты повторных госпитализаций. Поддержание непрерывности терапии рассматривается как фактор, потенциально способствующий стабилизации когнитивного статуса и снижению нагрузки на стационарную службу [25, 26, 5].

Выраженная тревожная и/или депрессивная симптоматика значительно повышают риск неприверженности антигипертензивной терапии [20, 27]. Тревожная симптоматика ассоциируется с низким уровнем соблюдения терапии у амбулаторных пациентов [28].

Метод DTI-ALPS позволил продемонстрировать снижение активности лимфатической системы при нейродегенеративных заболеваниях [29]. У пациентов с гипертензией выявлено снижение показателей лимфатического клиренса [8]. Хронически повышенное АД снижает сосудистую пульсацию, ухудшая периваскулярный отток и способствуя накоплению нейротоксичных белков. Поддержание приверженности антигипертензивной терапии может рассматриваться как компонент потенциальной нейропротективной стратегии. В когортном исследовании 2025 года показано, что высокая приверженность антигипертензивной терапии была связана с замедленным снижением глобальной когнитивной функции и памяти по сравнению с низкой приверженностью у взрослых ≥ 45 лет, что также указывает на потенциальную пользу соблюдения терапии для сохранения когнитивного состояния [7].

Согласно отечественным рекомендациям [13, 19], эффективные меры повышения приверженности включают в себя регулярную оценку приверженности валидированными опросниками, скрининг когнитивных нарушений (MMSE, MoCA), выявление тревожно-депрессивной симптоматики, упрощение схем терапии (фиксированные комбинации, однократный прием), вовлечение родственников и социальных работников, обеспечение преемственности терапии при выписке из стационара. Результаты исследования 2020 года подтверждают, что психосоциальные факторы (общие знания о заболевании, восприятие риска, понимание природы болезни) существенно влияют на приверженность терапии: одним из ключевых факторов является уровень знания пациентов об АГ, но в то же время сложность терапевтических схем и наличие сопутствующих заболеваний ухудшают приверженность [30]. В психиатрической практике особенно актуальны краткие опросники (MMAS-4, VAS), допускающие участие родственников, а при сохранном когнитивном статусе — расширенные шкалы (MMAS-8, КОП-25 и др.). В качестве эффективных стратегий повышения приверженности терапии рассматривается также переход на фиксированные комбинации и уменьшение числа таблеток улучшает приверженность и контроль АД [31, 32]. Непосредственное, партнерское общение, совместный выбор терапии, обсуждение ожидаемых побочных эффектов и вовлечение пациента в самоконтроль АД значительно улучшают приверженность [33, 34, 32, 35]. Систематические обзоры показывают, что электронные напоминания, приложения, СМС и домашний мониторинг АД эффективны, особенно в сочетании с когнитивно-поведенческими методами [36, 37].

Обсуждение. Неконтролируемая артериальная гипертензия, особенно обусловленная низкой приверженностью терапии, является значимым модифицируемым фактором неблагоприятного течения психических расстройств и когнитивного снижения. Поддержание высокой приверженности антигипертензивной терапии может способствовать замедлению когнитивного ухудшения и снижению частоты госпитализаций, тогда как её снижение ассоциируется с прогрессированием когнитивного дефицита. Использование кратких, адаптированных для психиатрической практики опросников, с возможностью привлечения родственников и социальных работников, представляется перспективным направлением клинической работы и дальнейших исследований.

Заключение. Низкая приверженность антигипертензивной терапии является ключевым модифицируемым фактором неконтролируемой АГ у пациентов психиатрического профиля и ассоциируется с ускоренным когнитивным снижением. Неконтролируемая артериальная гипертензия часто связана с недостаточным соблюдением терапии, особенно при сложных схемах и коморбидных патологиях, что дополнительно повышает риск когнитивного ухудшения. Межгоспитальные разрывы терапии способствуют декомпенсации АД и дальнейшему прогрессированию когнитивного дефицита. Наиболее результативны многофакторные, пациент-ориентированные и масштабируемые вмешательства: упрощение режима (фиксированные комбинации), цифровые и организационные инструменты напоминаний и поддержки, активное участие медсестёр и систематическое объективное измерение приверженности до изменения терапии. Поддержание высокой приверженности может рассматриваться как элемент нейропротекции, тогда как её снижение — как фактор риска нарушения лимфатической функции и ухудшения когнитивного статуса. Интеграция программ повышения приверженности в психиатрическую практику является клинически обоснованной стратегией улучшения прогноза.

1. Ungvari Z., Toth P., Tarantini S. et al. Hypertension-induced cognitive impairment: from pathophysiology to public health. *Nature Reviews Nephrology*. 2021; 17:639–654.
2. Theofilis P., Doumani G., Tsatsani G. et al. The role of hypertension in cognitive dysfunction. *Journal of Clinical Medicine*. 2024; 13.
3. International Pharmaceutical Federation. Uncontrolled hypertension (uHTN): patient information leaflet. 2025. URL: https://ncd.fip.org/wp-content/uploads/2025/10/uHTN_Patient-Leaflet.pdf
4. Canavan M., O'Donnell M. Hypertension and cognitive impairment: a review of mechanisms and key concepts. *Frontiers in Neurology*. 2022; 13.
5. Xie C., Zhong D., Zhang Y. et al. Prevalence and risk factors of cognitive impairment in patients with hypertension. *Frontiers in Neurology*. 2024; 14.
6. Salazar G., Zúñiga D., Balasubramanian S. et al. The relation between arterial hypertension and cognitive impairment: a literature review. *Cureus*. 2024; 16.
7. Li C., He D., Liu Y. Anti-hypertensive medication adherence, socioeconomic status, and cognitive aging in the Chinese community-dwelling middle-aged and older adults ≥ 45 years: a population-based longitudinal study. *BMC Medicine*. 2025; 23:121. doi:10.1186/s12916-025-03949-8.
8. Zhang C., Song C., Sheng S. et al. Reduced DTI-ALPS in H-type hypertension: insights into perivascular space function. *Frontiers in Neurology*. 2025; 16.
9. Morisky D. E., Green L. W., Levine D. M. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Medical Care*. 1986; 24(1):67–74. doi:10.1097/00005650-198601000-00007.
10. Morisky D. E., Ang A., Krousel-Wood M., Ward H. J. Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. *Journal of Clinical Hypertension (Greenwich)*. 2008; 10(5):348–354. doi:10.1111/j.1751-7176.2008.07572.x.
11. Chan A. H. Y., Horne R., Hankins M., Chisari C. The Medication Adherence Report Scale (MARS-5): a measurement tool for eliciting patients' reports of non-adherence. *British Journal of Clinical Pharmacology*. 2020; 86(7):1281–1288. doi:10.1111/bcp.14193.
12. Николаев Н. А., Мартынов А. И., Драпкина О. М. и др. Первый российский консенсус по количественной оценке приверженности к лечению (одобрен XII Национальным конгрессом терапевтов, Москва, 22–24 ноября 2017 г.). *Терапия*. 2018; 5:11–32.
13. Исаков В. А., Холкина А. А., Зинкевич Е. Р. Новый опросник «Шкала факторов приверженности терапии». *Врач*. 2020; 31(3):46–50. doi:10.29296/25877305-2020-03-10..
14. Сорокин М. Ю., Незнанов Н. Г., Лутова Н. Б., Вид В. Д. К проблеме медикаментозного комплаенса: необходимость целостного подхода в терапии тяжёлых психических расстройств. *Consortium Psychiatricum*. 2021; 2(3):17–25. doi:10.17816/CP93.
15. Лутова Н. Б., Борцов А. В., Вукс А. Я., Вид В. Д. Метод прогнозирования медикаментозного комплаенса в психиатрии: методические рекомендации. СПб.: НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 2007. 25 с.
16. Лукьянов М. М., Марцевич С. Ю., Андреев Е. Ю. и др. Больные с ранним развитием сердечно-сосудистых заболеваний в амбулаторно-поликлинической практике: демографические характеристики, факторы риска и приверженность медикаментозному лечению (данные регистра РЕКВАЗА). *Рациональная фармакотерапия в кардиологии*. 2020; 16(2):264–271. doi:10.20996/1819-6446-2020-04-12.

17. Kripalani S., Risser J., Gatti M. E., Jacobson T. A. Development and evaluation of the Adherence to Refills and Medications Scale (ARMS). *Value in Health*. 2009; 12(1):118–123.
18. Risser J., Jacobson T. A., Kripalani S. Development and validation of the Self-Efficacy for Appropriate Medication Use Scale (SEAMS). *Journal of Nursing Measurement*. 2007; 15(3):203–219.
19. Национальное руководство по повышению приверженности лечению. М.: PHMOT, 2022. с. 200.
20. Jacobs U., De Castro M., Fuchs F., Ferreira M. The influence of cognition, anxiety and psychiatric disorders over treatment adherence in uncontrolled hypertensive patients. *PLoS ONE*. 2011; 6. doi:10.1371/journal.pone.0022925.
21. Chudiak A., Uchmanowicz I., Mazur G. Relation between cognitive impairment and treatment adherence in elderly hypertensive patients. *Clinical Interventions in Aging*. 2018; 13:1409–1418. doi:10.2147/CIA.S162701.
22. Cho M., Shin D., Chang S., Lee J., Jeong S., Kim S., Yun J., Son K. Association between cognitive impairment and poor antihypertensive medication adherence in elderly hypertensive patients without dementia. *Scientific Reports*. 2018; 8. doi:10.1038/s41598-018-29974-7.
23. De Alencar Luz A., Griep R., Landim M., De Carvalho Alencar D., Macedo J., De Sousa Leal A. Adherence to antihypertensive treatment in cognitively impaired aged: a systematic review. 2021.
24. Haghayegh S., Herzog R., Bennett D. A., Redline S., Yaffe K., Stone K. L., Ibáñez A., Hu K. Predicting future risk of developing cognitive impairment using ambulatory sleep EEG: integrating univariate analysis and multivariate information theory approach. *Journal of Alzheimer's Disease*. 2025; 108(1 Suppl):S105–S117.
25. Lingyun L., He F., Liu S. et al. Medication adherence, hypertension control and mild cognitive impairment. *Patient Preference and Adherence*. 2022; 16:493–502.
26. Li H., Wang M., Qian F. et al. Association between untreated and treated blood pressure levels and cognitive decline. *Alzheimer's Research & Therapy*. 2024; 16.
27. Ferreira P. D., Jr, Simoes J. A., Sr, Velho D. C., Sr. Adherence to antihypertensive therapy and its determinants: a systematic review. *Cureus*. 2024; 16(5):e59532. doi:10.7759/cureus.59532.
28. Yousuf J., Roba K. T., Ahmed N., Belsty T., Wondimneh F., Daba L., Teshager T., Ketema I. Antihypertensive medication adherence and associated factors among adult hypertensive patients at public hospitals in eastern Ethiopia: a cross-sectional study. *PLoS ONE*. 2025; 20(5):e0322655. <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0322655>
29. Taoka T., Masutani Y., Kawai H., Nakane T., Matsuoka K., Yasuno F., Kishimoto T., Naganawa S. Evaluation of glymphatic system activity with the diffusion MR technique: diffusion tensor image analysis along the perivascular space (DTI-ALPS) in Alzheimer's disease cases. *Japanese Journal of Radiology*. 2017; 35(4):172–178. doi:10.1007/s11604-017-0617-z.
30. Algabbani F. M., Algabbani A. M. Treatment adherence among patients with hypertension: findings from a cross-sectional study. *Clinical Hypertension*. 2020; 26:18.
31. Solntseva T. et al. Contribution of single-pill combinations in the management of hypertension: perspectives from China, Europe and the USA. *Current Medical Research and Opinion*. 2023; 39(3):331–340. doi:10.1080/03007995.2023.2165812.
32. Tomasino C., Tomasino M. Medication adherence and non-adherence in arterial hypertension: a narrative review. *Exploration of Medicine*. 2025; 6:1001276. <https://doi.org/10.37349/emed.2025.1001276>. <https://www.explorationpub.com/Journals/em/Article/1001276>
33. Hamrahian S., Maarouf O., Fülöp T. A critical review of medication adherence in hypertension: barriers and facilitators clinicians should consider. *Patient Preference and Adherence*. 2022; 16:2749–2757. doi:10.2147/PPA.S368784.
34. Egan B. Scalable strategies for improving adherence in adults with hypertension: review. *Exploration of Medicine*. 2025; 6:1001298. <https://doi.org/10.37349/emed.2025.1001298>. <https://www.explorationpub.com/Journals/em/Article/1001298>
35. Gulayin P., Gutierrez L., Pinto D., Fontana S., Ávila M., Gómez W., Irazola V. A multi-component intervention to improve therapeutic adherence in uncontrolled hypertensive patients within the primary care level: a before-and-after study. *High Blood Pressure & Cardiovascular Prevention*. 2024; 31:271–278. doi:10.1007/s40292-024-00645-1.
36. Izeogu C., Kalinowski J., Schoenthaler A. Strategies to improve adherence to anti-hypertensive medications: a narrative review. *Current Hypertension Reports*. 2020; 22. doi:10.1007/s11906-020-01115-4.
37. Etminani K., Engström A., Göransson C., Sant'Anna A., Nowaczyk S. How behavior change strategies

are used to design digital interventions to improve medication adherence and blood pressure among patients with hypertension: systematic review. Journal of Medical Internet Research. 2020; 22. doi:10.2196/17201.

Информация об авторах, руководителе:

Жинжикова Зоя Геннадиевна, СПб ГКУЗ «Психиатрическая больница Святого Николая Чудотворца, г. Санкт-Петербург, Россия, ORCID 0009-00090499-8394, zhinzhikova.zoe@gmail.com.

Хабаров Иван Юрьевич, ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург, Россия, ORCID 0000-0003-4941-0855, dr.khabaroff@mail.ru.

Абриталин Евгений Юрьевич, ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург, Россия, ORCID 0000-0001-9239-2221, abritalin@mail.ru.

Краснов Алексей Александрович, ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург, Россия, ORCID 0000-0002-8732-6390, dr.krasnov_28@mail.ru.

Работа выполнена самостоятельно.

УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ ЖИЗНЬЮ У МАТЕРЕЙ СЫНОВЕЙ С ГИПОСПАДИЕЙ С РАЗНЫМ УРОВНЕМ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

М.А. Чикулаев

(Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Министерства
здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург) *

Источник финансирования: финансирование отсутствует

Ключевые слова: психологическое здоровье, удовлетворенность жизнью, субъективное счастье, матери сыновей с гипоспадией

***Аннотация** Доказана большая удовлетворенность жизнью и более положительная оценка субъективного счастья у матерей сыновей с гипоспадией при показателях психологического здоровья выше среднего по сравнению с матерями с более низкими показателями. Матери с показателями психологического здоровья ниже среднего акцентированы на заболевании сыновей, последствия которого вызывают у них повышенную тревогу.*

Психологическое здоровье, личностная зрелость и удовлетворенность жизнью матерей больных детей является актуальной, так как определяет положительное или негативное отношение матери к ребенку с заболеванием, связано с комплаенсом к лечению, во многом определяет траекторию жизненного пути ребенка. Экспериментально доказано, что для матерей с низким уровнем личностной зрелости характерно негативное отношение к болящему ребенку, к дистанцированию от него и его проблем, что зачастую сопровождается неуверенностью в себе, чувстве неполноценности и собственной несостоятельности [1]. При этом, психологическое здоровье родителей, в первую очередь, матери, ее состояние определяют допустимость и полезность приемов поддержки болеющих детей в конкретной ситуации [2], а также связано со стабилизацией всей семейной системы с активным включением прародительской семьи для поддержки самой матери с заботой о ней и формированием чувства защищенности у нее и удовлетворенность жизнью в целом [3]. Отмечается, что эмоциональное состояние матери, ее психологическое благополучие определяет эмоциональную устойчивость у детей с различными заболеваниями, детерминирует тип привязанности, самооценку ребенка и здоровое развитие психики [4]. Отдельно исследовалось эмоциональное выгорание у матерей больных детей, где наибольшие значения выявлены по показателям «Осознание проблем взаимодействия с ребенком», «Неудовлетворенность собой», «Избирательность эмоционального реагирования», «Эмоциональный дефицит» на фоне высокого уровня социальной фрустрированности и тревожности в сочетании с низким уровнем удовлетворенности жизнью и субъективного благополучия [5]. Следует отметить крайне ограниченное число научных исследований психологического здоровья матерей, воспитывающих детей с гипоспадией. В связи с этим, цель исследования состоит в изучении удовлетворенности жизнью у матерей сыновей с гипоспадией при разном уровне психологического здоровья с учетом актуального эмоционального состояния.

Целью исследования является проведение сравнительного анализа матерей больных детей с гипоспадией с разным уровнем психологического здоровья. Исследование проведено с помощью опросников «DASS-21» P. Lovibond, S. Lovibond в адаптации А. Золотаревой, «Спектр психологического здоровья» С. Keyes и «Шкала удовлетворенности жизнью» E. Diener в адаптации Е. Н. Осина и Д. А. Леонтьева (2020), «Шкала субъективного счастья» С. Любомирски и Х. Лепппер в адаптации Д. А. Леонтьева (2003). В исследовании приняли участие 55 матерей сыновей с гипоспадией, из них с показателем психологического здоровья выше среднего 47% (26) и ниже среднего 53% (29).

Результаты исследования удовлетворенности жизнью у матерей детей с гипоспадией с разным уровнем психологического здоровья приведены в таблице 1.

* Горьковая Ирина Алексеевна, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет" Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург, Россия, доктор психологических наук, ORCID: 0000-0002-1488-4746, e-mail: iralgork@mail.ru

Таблица 1

Описательные статистики удовлетворенности жизнью у матерей сыновей с гипоспадией с разным уровнем психологического здоровья

Показатели	Матери с уровнем психологического здоровья ниже среднего (M±S)	Матери с уровнем психологического здоровья выше среднего (M±S)	U-критерий Манна-Уитни
Депрессия	8,00±4,32	6,91±4,72	0,926
Тревога	6,94±4,05	5,70±2,90	0,034*
Стресс	7,80±4,24	7,49±4,87	0,935
Эмоциональное благополучие	8,20±2,59	12,80±1,29	0,000***
Социальное благополучие	12,86±3,31	18,23±3,07	0,000***
Психологическое благополучие	18,48±3,76	25,00±2,49	0,000***
Субъективное счастье	16,27±4,25	20,46±3,30	0,000***
Шкала удовлетворенности жизнью	22,68±3,75	27,26±3,09	0,01**

Примечание: * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; *** – $p < 0,001$

Обращает на себя внимание большая выраженность показателя «Тревоги» у матерей с низким уровнем психологического здоровья по сравнению с матерями с более высоким уровнем (0,034, $p < 0,05$), тогда как показатели «Депрессия» и «Стресс» представлены практически одинаково. С большой долей вероятности можно предположить, что тревога связана с внутренним напряжением из-за переживаний по поводу будущего сыновей из-за особенностей заболевания и последствий операции/ий. Во-первых, в отдельных случаях существует проблема эстетического вида органа при успешном восстановлении функционала. В данном случае матери волнуются за интимную сферу жизни сыновей, начиная от возможного отказа от нее до влияния заболевания на сексуальную ориентацию. Во-вторых, важной темой становится восстановление репродуктивной функции, даже при положительных прогнозах от врачей по её восстановлению, существует тревога относительно «возвращения» проблемы и теоретической невозможности завести детей у сына в будущем. Указанная причина тревоги имеет более отложенный и длительный характер. В-третьих, матери связывают ряд личностных особенностей сыновей с заболеванием, например, заниженную или завышенную самооценку, замкнутость, сочетание неуверенности в себе и предъявление к матерям повышенные требования.

По всем исследуемым показателям эмоционального, социального, психологического благополучия, субъективной оценки счастья и удовлетворенности жизнью выявлена существенная разница между матерями с разным уровнем психологического здоровья с более благоприятной картиной у матерей с более высоким уровнем психологического здоровья. Даже при таком серьезном заболевании ребенка они не «погружены» в болезнь сыновей. Матери больных детей с более высоким уровнем психологического здоровья по своей субъективной оценке более удовлетворены своей жизнью в целом, чаще отмечают, что «У меня есть в жизни то, что мне по-настоящему нужно». Матери с низким уровнем психологического здоровья в данной ситуации оказываются более уязвимы. Заболевание ребенка становится во главе их жизни, как нечто непреодолимое, перекрывающее собой остальные сферы жизни матери. При оценке субъективного счастья матери отмечали, что они живут не ту жизнь, которую когда-то себе представляли. Так, на вопрос «Если бы мне пришлось жить еще раз, я бы оставил все как есть» большинство из них отвечали, что не оставили бы, хотели бы другой жизни. Этим матерям не удалось успешно пережить такую сложную жизненную ситуацию как тяжелая болезнь ребенка, даже после успешного лечения.

Подводя итоги, можно констатировать большую удовлетворенность жизнью, ощущение субъективного счастья у матерей сыновей с гипоспадией с показателями психологического здоровья выше среднего, по сравнению с матерями с показателями психологического здоровья ниже среднего, которые фиксированы на заболевании сыновей и испытывают тревогу из-за возможных последствий.

Перспективой дальнейшего исследования является разработка программы психологического сопровождения матерей сыновей с заболеванием гипоспадия с показателями психологического здоровья ниже среднего на различных этапах до и после операции, направленной на увеличение уровня психологического здоровья, удовлетворенности жизнью и субъективного счастья.

Список литературы:

1. Дан М.В. Личностная зрелость и ее роль в динамике эмоционального отношения и дистанции матери и совершеннолетнего ребенка с тяжелым заболеванием. Мир науки. Педагогика и психология. 2019; том 7: 47
2. Солондаев В.К., Писарева М.В. Психическое состояние родителей при заболеваниях детей раннего возраста. Аутизм и нарушения развития 2024; том 22: 52-57
3. Макарова И.А. Компонент жизнестойкости и психологическое здоровье матерей, воспитывающих детей с особенностями развития. Психологическое здоровье и развитие личности в современном мире. 2022; 6–12
4. Попова О.С. 2025 Особенности психоэмоционального состояния матерей, воспитывающих детей с отклонениями в состоянии здоровья. Современный образовательный процесс: актуальные вопросы, инновации, качество. 2025; 448–450
5. Рудзинская Т.Ф., Порошина А.М. Факторы эмоционального выгорания матерей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья. Инклюзия в образовании. 2024, 9:27–36

Информация об авторе:

Чиклаев Максим Андреевич, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург, Россия, ORCID: 0009-0008-2416-8277, e-mail: max.chi@mail.ru, телефон: +79117376086

ЭЛЕКТРОСУДОРОЖНАЯ ТЕРАПИЯ В КОМБИНАЦИИ С ГЛУТАМАТЕРГИЧЕСКОЙ МОДУЛЯЦИЕЙ В ЛЕЧЕНИИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИ РЕЗИСТЕНТНОГО ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Ю.В. Быков¹, Р.А. Беккер²

1 — ФГБОУ «Ставропольский государственный медицинский университет», г. Ставрополь,

2 — Независимый исследователь, Израиль, г. Беэр-Шева

Источник финансирования: нет

Ключевые слова: посттравматическое стрессовое расстройство; терапевтическая резистентность; электросудорожная терапия; глутаматергическая нейротрансмиссия; суицидальный риск

Представлен клинический случай успешного применения электросудорожной терапии в сочетании с фармакологической модуляцией глутаматергической нейротрансмиссии у пациента с терапевтически резистентным посттравматическим стрессовым расстройством. Комбинированный подход обеспечил выраженное и устойчивое клиническое улучшение без клинически значимых когнитивных нарушений.

Введение

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) относится к числу наиболее тяжёлых и социально значимых психических расстройств, характеризующихся хроническим течением, выраженной аффективной симптоматикой и существенным снижением качества жизни [1]. Несмотря на наличие фармакологических и психотерапевтических стратегий лечения, у значительной части пациентов формируется терапевтическая резистентность, при которой стандартные подходы не приводят к клинически значимому и устойчивому улучшению состояния. Терапевтически резистентное ПТСР сопровождается стойкой аффективной дисрегуляцией, симптомами гипервозбуждения, нарушениями сна, депрессивной симптоматикой и высоким суицидальным риском [1]. В подобных случаях клиницисты сталкиваются с ограниченностью доступных терапевтических опций и необходимостью поиска альтернативных или комбинированных вмешательств, способных воздействовать на ключевые патофизиологические механизмы расстройства.

В последние годы внимание исследователей всё чаще привлекают нейробиологические модели ПТСР, в которых ключевая роль отводится нарушению глутаматергической нейротрансмиссии, дисфункции кортико-лимбических сетей и патологической фиксации травматической памяти [1]. В этом контексте электросудорожная терапия (ЭСТ), обладающая выраженным нейропластическим эффектом, а также фармакологическая модуляция глутаматергической системы рассматриваются как потенциально синергичные подходы при лечении резистентных форм ПТСР [2, 3].

Настоящая работа посвящена анализу клинического случая применения ЭСТ в сочетании с глутаматергической фармакологической модуляцией у пациента с терапевтически резистентным ПТСР, осложнённым выраженной суицидальной настроенностью и значительным функциональным дефицитом.

Задача и условия проведения терапии

Целью настоящего клинического наблюдения явилась оценка эффективности и переносимости комбинированного применения ЭСТ и фармакологической модуляции глутаматергической нейротрансмиссии у пациента с длительным течением терапевтически резистентного ПТСР.

Резистентные формы ПТСР представляют собой одну из наиболее сложных клинических категорий в современной психиатрии. Высокая частота коморбидной депрессии, суицидального поведения и социального дезадаптационного синдрома существенно ограничивает эффективность стандартных фармакологических схем, основанных преимущественно на применении антидепрессантов и антипсихотиков.

ЭСТ традиционно рассматривается как метод лечения тяжёлых депрессивных состояний и кататонических синдромов, однако данные о её применении при ПТСР остаются ограниченными и фрагментарными.

Материалы и методы

Проведён анализ клинического случая пациента с длительным течением ПТСР, резистентного к ранее проводимой фармакологической и психотерапевтической терапии. Оценка состояния включала клиническое психопатологическое обследование, анализ динамики симптоматики, переносимости терапии и функциональных исходов в процессе наблюдения.

Пациент, мужчина 20 лет, с длительным анамнезом ПТСР. В клинической картине доминировали выраженные депрессивные проявления, стойкая суицидальная настроенность, эмоциональная лабильность, нарушения сна и признаки аффективной дисрегуляции. В анамнезе отмечались две суицидальные попытки. Несмотря на ранее проводимую медикаментозную терапию, сохранялось значительное снижение уровня повседневного функционирования, социальной активности и учебной адаптации.

С учётом выраженной резистентности симптоматики и высокого суицидального риска было принято решение о проведении курса ЭСТ. Пациенту выполнено 12 сеансов ЭСТ на аппарате Nivique VR с билатеральным наложением электродов. Анестезиологическое обеспечение осуществлялось кетаминотом в дозе 2 мг/кг (180 мг внутривенно).

С целью минимизации возможных когнитивных нарушений в период проведения ЭСТ к терапии были добавлены мемантин в дозе 10 мг/сут и донепезил в дозе 5 мг/сут. После завершения курса ЭСТ донепезил был отменён в связи с развитием тошноты, при этом мемантин в дозе 10 мг/сут был сохранён.

На этапе поддерживающей терапии лечение было дополнено N-ацетилцистеином пролонгированного действия в дозе 600 мг 2 раза в сутки (1200 мг/сут), ламотриджином с постепенной титрацией дозы с 25 до 200 мг/сут, а также натрия бензоатом в дозе 500 мг 3 раза в сутки (1500 мг/сут), что было направлено на дальнейшую модуляцию глутаматергической нейротрансмиссии и стабилизацию аффективного фона.

Результаты и обсуждение

На фоне проведённого комбинированного лечения отмечено выраженное клиническое улучшение. Наблюдалась редукция депрессивной симптоматики, исчезновение суицидальной настроенности, нормализация сна и эмоционального фона. Пациент продемонстрировал значительное повышение уровня активности, мотивации и вовлечённости в повседневную жизнь.

Через четыре месяца после завершения курса ЭСТ состояние оставалось стабильным. Пациент возобновил учебную деятельность, активно участвовал в жизни семьи, демонстрировал устойчивое функциональное улучшение. Клинически значимых когнитивных нарушений в процессе наблюдения не отмечалось, что позволяет говорить о хорошей переносимости предложенной комбинированной стратегии.

Полученные данные позволяют предположить, что сочетание ЭСТ с фармакологической модуляцией глутаматергической системы может оказывать синергичное влияние на ключевые патофизиологические механизмы ПТСР, включая патологическую нейропластичность, аффективную дисрегуляцию и устойчивость травматических воспоминаний [4–6].

Заключение

Представленный клинический случай демонстрирует возможность эффективного и безопасного применения ЭСТ в сочетании с фармакологической модуляцией глутаматергической нейротрансмиссии у пациентов с терапевтически резистентным посттравматическим стрессовым расстройством. Комбинированный подход обеспечил выраженное и устойчивое клиническое улучшение, снижение суицидального риска и восстановление функциональной активности без развития клинически значимых когнитивных нарушений. Полученные результаты позволяют рассматривать данную стратегию как перспективное направление лечения тяжёлых и рефрактерных форм ПТСР.

Список литературы

1. Bryant R A. Post-traumatic stress disorder: a state-of-the-art review of evidence and challenges. *World Psychiatry*. 2019; 18(3):259–269.
2. Быков Ю. В. Электросудорожная терапия в практике анестезиолога. М.: ИНФРА-М, 2013. с. 222.
3. Плиева А. М., Быков Ю. В., Беккер Р. А., Быкова А. Ю. Нейробиологические механизмы электросудорожной терапии при большом депрессивном расстройстве: от исторических гипотез к современным концепциям. *Психиатрия и психофармакотерапия*. 2025; 6:4–12.
4. Быков Ю. В., Беккер Р. А. Перегрузка мозга: интегративная многоуровневая модель биологических эффектов электросудорожной терапии. *Психиатрия и психофармакотерапия*. 2026; 1:4–14.
5. Callens L, Sienaert P. The role of electroconvulsive therapy in posttraumatic stress disorder: a systematic review. *J ECT*. 2025; 41(3):155–160.
6. Kanaan R A, Oliver G, Dharan A et al. A multi-centre, double-blind, randomized, placebo-controlled trial of adjunctive N-acetylcysteine for treatment-resistant posttraumatic stress disorder. *Psychiatry Res*. 2023; 327:115398.

Работа выполнена самостоятельно

Информация об авторах

Быков Юрий Витальевич, Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Российская Федерация, кандидат медицинских наук, доцент, ORCID: 0000-0003-4705-3823. E-mail: yubykov@gmail.com

Беккер Роман Александрович, Независимый исследователь, Беэр-Шева, Израиль, Израиль
ORCID: 0000-0002-0773-3405. E-mail: romanbekker2022@gmail.com

РОЛЬ ХРОНИЧЕСКОЙ ГРИБКОВОЙ ИНФЕКЦИИ В ФОРМИРОВАНИИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ

Ю.В. Быков¹, Р.А. Беккер²

1 — ФГБОУ «Ставропольский государственный медицинский университет», г. Ставрополь,

2 — Независимый исследователь, Израиль, г. Беэр-Шева

Источник финансирования: нет

Ключевые слова: терапевтически резистентная депрессия; хроническая грибковая инфекция; *Candida albicans*; хронический мастоидит; сахарный диабет 1 типа; воспаление

Описан клинический случай терапевтически резистентной депрессии у пациента с сахарным диабетом 1 типа, причиной которой явилась хроническая кандидозная инфекция среднего уха и сосцевидного отростка. Этиотропное противогрибковое лечение и хирургическая санация привели к полной ремиссии депрессивной симптоматики без применения психотропных препаратов.

Введение

Терапевтически резистентная депрессия (ТРД) представляет собой одну из наиболее сложных проблем современной психиатрии, существенно ухудшающую прогноз, качество жизни пациентов и увеличивающую риск суицидального поведения [1,2]. Несмотря на развитие психофармакологии, значительная часть депрессивных расстройств демонстрирует недостаточный или отсутствующий ответ на стандартные схемы психофармакотерапии (ПФТ), что требует расширения диагностического поиска и пересмотра причин резистентности [1].

В последние годы всё большее внимание уделяется роли хронического воспаления и инфекционных процессов в патогенезе аффективных расстройств. Установлена двусторонняя связь между депрессией и воспалением: депрессивные состояния сопровождаются активацией нейровоспалительных механизмов, тогда как наличие хронического воспалительного очага в организме может способствовать развитию депрессии или формированию её устойчивости к лечению [3].

Ещё в конце 1960-х — начале 1970-х годов японскими исследователями было показано, что некоторые штаммы условно патогенного грибка *Candida albicans* способны продуцировать нейротоксический полипептид, получивший название кандитоксин. Было установлено, что его нейротоксическое действие проявляется как в экспериментах *in vitro*, так и *in vivo*, вызывая у лабораторных животных поведенческие и когнитивные изменения, сходные с симптомами депрессии, тревоги и психотических расстройств [4].

Способность к продукции кандитоксина тесно связана с вирулентностью *Candida albicans* и её переходом от сапрофитной формы существования к агрессивной гифообразующей форме. Кроме того, отдельные компоненты кандитоксина обладают выраженной фосфатазной активностью и участвуют в поражении костной ткани, что имеет значение при грибковых остеомиелитах [4].

Отдельного внимания заслуживают хронические инфекции области головы и шеи. Ассоциация между мастоидитом и изменениями психического статуса была описана в литературе ещё в начале XX века и впоследствии неоднократно подтверждалась [3]. При этом грибковые формы среднего отита и мастоидита нередко протекают вяло, с минимальной болевой симптоматикой, склонны к хронификации и длительное время остаются недиагностированными [4].

Особую группу риска в отношении хронических грибковых инфекций составляют пациенты с сахарным диабетом (СД), особенно при недостаточном гликемическом контроле, что связано с развитием вторичного иммунодефицита [3].

Задача и условия проведения терапии

Целью работы являлось представление клинического случая депрессивного расстройства, резистентного к ПФТ, при котором устранение хронического грибкового инфекционного очага привело к полной ремиссии аффективной симптоматики.

Наблюдение проводилось в условиях амбулаторного и стационарного обследования с участием специалистов психиатрического, оториноларингологического и эндокринологического профиля.

Материалы и методы

Под наблюдением находился пациент 2000 года рождения (25 лет на момент обращения в марте) с СД 1 типа, получающий базис-болюсную инсулинотерапию, с эпизодами недостаточной компенсации гликемии. С 16-летнего возраста постепенно сформировалось депрессивное расстройство, резистентное к ПФТ. Пациент получал антидепрессанты из групп селективных ингибиторов обратного захвата серотонина и норадреналина в терапевтических дозах и адекватной продолжительности без клинически значимого эффекта.

При сборе анамнеза выявлены длительно существующие заложенность ушей и снижение слуха без выраженного болевого синдрома. Тональная аудиометрия показала двустороннее кондуктивное снижение слуха до 60–70 дБ. При компьютерной томографии выявлен левосторонний мастоидит. Биопсия поражённой костной ткани обнаружила гифы *Candida albicans* в ассоциации с другими видами рода *Candida*.

Пациенту выполнены левосторонняя мастоидэктомия и двусторонняя тимпанотомия с дренированием и санацией среднего уха. Назначена системная противогрибковая терапия: флуконазол 400 мг/сут перорально, каспофунгин внутривенно (нагрузочная доза 70 мг, далее 50 мг/сут). В дальнейшем пациенту подобраны двусторонние слуховые аппараты.

С целью оптимизации гликемического контроля к инсулинотерапии добавлен метформин с титрацией дозы до 2000 мг/сут. Эффективность лечения оценивалась по динамике депрессивной симптоматики и восстановлению уровня функционирования пациента.

Результаты и обсуждение

После устранения хронического инфекционного очага у пациента отмечено выраженное и устойчивое улучшение психического состояния. В течение нескольких недель наблюдалась редукция депрессивной симптоматики, восстановление эмоциональной реактивности и исчезновение суицидальных мыслей. Потребности в возобновлении ПФТ не возникло.

В последующем периоде отмечено восстановление уровня повседневного и социального функционирования, улучшение когнитивной активности и концентрации внимания. Клинический эффект сохранялся на фоне отсутствия психотропных препаратов, ранее неэффективных.

Представленный случай демонстрирует возможную роль хронических грибковых инфекций как соматического фактора, поддерживающего депрессивную симптоматику и формирующего её резистентность к лечению. Вероятные механизмы включают хроническое воспаление, воздействие микробных токсинов и нейроиммунные нарушения [5,6].

Локализация инфекции в области головы и шеи, а также наличие СД 1 типа могли способствовать длительной персистенции воспалительного процесса и его влиянию на аффективную регуляцию [7, 8]. Устранение инфекционного очага сопровождалось не только соматическим, но и выраженным психическим улучшением.

Заключение

Хронические грибковые инфекции, особенно локализованные в области головы и шеи, могут являться причиной ТРД. Устранение инфекционного очага и коррекция сопутствующих метаболических нарушений способны приводить к полной ремиссии депрессивной симптоматики без применения психотропных препаратов. Представленный клинический случай подчёркивает необходимость расширенного междисциплинарного диагностического подхода при оценке ТРД.

Список литературы

1. Быков Ю. В., Беккер Р. А., Резников М. К. Депрессии и резистентность: практическое руководство. М.: ИНФРА-М, 2013. 367 с.
2. Быков Ю. В. Резистентные к терапии депрессии. Ставрополь: Издательство «Идея+», 2009. 90 с.
3. Sakamoto S, Zhu X, Hasegawa Y et al. Inflamed brain: targeting immune changes and inflammation for treatment of depression. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2021; 75(10):304–311.
4. Musumeci S, Coen M, Leidi A et al. The human gut mycobiome and the specific role of *Candida albicans*: where do we stand, as clinicians? *Clin Microbiol Infect*. 2022; 28(1):58–63.
5. Strawbridge R, Izurieta E, Day E et al. Peripheral inflammatory effects of different interventions for treatment-resistant depression: a systematic review. *Neurosci Appl*. 2023; 2:101014.
6. Hadrich I, Turki M, Chaari I et al. Gut mycobiome and neuropsychiatric disorders: insights and therapeutic potential. *Front Cell Neurosci*. 2025; 18:1495224.
7. Benton M, Cleal B, Prina M et al. Prevalence of mental disorders in people living with type 1 diabetes: a systematic literature review and meta-analysis. *Gen Hosp Psychiatry*. 2023; 80:1–16.

8. Резников М. К., Беккер Р. А., Быков Ю. В. Преодоление фармакорезистентности при депрессии на фоне выраженной гиперкортизолемии: обзор литературы и клинический случай. В мире научных открытий. 2016; 6:24–44.

Работа выполнена самостоятельно

Информация об авторах

Быков Юрий Витальевич, Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Российская Федерация, кандидат медицинских наук, доцент, ORCID: 0000-0003-4705-3823. E-mail: yubykov@gmail.com

Беккер Роман Александрович, Независимый исследователь, Беэр-Шева, Израиль, Израиль
ORCID: 0000-0002-0773-3405. E-mail: romanbekker2022@gmail.com

ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННАЯ АДЬЮВАНТНАЯ ТЕРАПИЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИ РЕЗИСТЕНТНОЙ ШИЗОФРЕНИИ: РОЛЬ ИНСУЛИНА И ИНСУЛИН-СЕНСИТИЗАТОРОВ

Ю.В. Быков¹, Р.А. Беккер²

1 — ФГБОУ «Ставропольский государственный медицинский университет», г. Ставрополь,

2 — Независимый исследователь, Израиль, г. Беэр-Шева

Источник финансирования: нет

Ключевые слова: терапевтически резистентная шизофрения; инсулиновый сигналинг; инсулин-сенситизаторы; метаболическая модуляция; клозапин; персонализированная терапия

Представлена серия клинических случаев применения инсулина и инсулин-сенситизаторов в качестве адъювантной терапии у пациентов с терапевтически резистентной шизофренией. Метаболическая модуляция сопровождалась преодолением резистентности к антипсихотической терапии, редукцией негативной и когнитивной симптоматики и приемлемым профилем безопасности.

Введение

Терапевтически резистентная шизофрения (ТРШ) остаётся одной из наиболее сложных и клинически значимых проблем современной психиатрии [1]. Даже при использовании клозапина, являющегося стандартом лечения резистентных форм заболевания, у значительной части пациентов сохраняется выраженная психопатологическая симптоматика, включая негативные, когнитивные и аффективные нарушения, что приводит к стойкому снижению уровня функционирования и социальной дезадаптации [2].

По мере накопления данных стало очевидно, что патогенез шизофрении не ограничивается исключительно дофаминергической и серотонинергической дисфункцией. В формировании заболевания и его резистентности участвуют нарушения нейроэндокринной регуляции, энергетического метаболизма и внутриклеточного инсулинового сигналинга в центральной нервной системе (ЦНС) [3]. Инсулин в ЦНС выполняет функции нейромодулятора, влияя на синаптическую пластичность, процессы обучения и памяти, нейровоспаление и регуляцию аффективной сферы [3,4].

Нарушения транспорта инсулина через гематоэнцефалический барьер, снижение чувствительности инсулиновых рецепторов нейронов, а также наличие однонуклеотидных полиморфизмов в генах INSR, DPP4, PPARG и GLP1R рассматриваются как возможные факторы, способствующие снижению эффективности антипсихотической терапии и формированию терапевтической резистентности [3].

В связи с этим в последние годы возобновился интерес к использованию инсулина и инсулин-сенситизаторов в качестве адъювантных средств при ТРШ [3,4]. Настоящая работа посвящена анализу данного направления на основе обзора литературы и серии клинических наблюдений.

Задача и условия проведения терапии

Задачей настоящей работы являлась оценка возможности преодоления терапевтической резистентности при шизофрении с использованием метаболической модуляции инсулинового сигналинга в качестве адъювантного подхода к стандартной психофармакотерапии.

Клинические наблюдения проводились в условиях специализированных психиатрических и реанимационных отделений, с обеспечением мониторинга жизненно важных функций, показателей углеводного и электролитного обмена, а также с соблюдением принципов информированного согласия и междисциплинарного взаимодействия (психиатр, эндокринолог, анестезиолог-реаниматолог).

Цель работы: обобщить современные научные данные об эффективности инсулина и инсулин-сенситизаторов при ТРШ и представить клинические случаи, иллюстрирующие их роль в преодолении резистентности к антипсихотической терапии.

Материалы и методы

В работе проанализированы три клинических случая пациентов с ТРШ, у которых на различных этапах лечения применялись методы метаболической модуляции инсулинового сигналинга в качестве адъювантной терапии к стандартной психофармакотерапии.

В первом клиническом случае пациенту с длительным течением ТРШ был проведён курс форсированной инсулинокоматозной терапии, включавший внутривенную инфузию инсулина короткого действия со скоростью 1,5 ЕД/мин до достижения состояния поверхностной комы, поддержание комы в течение 3 минут и последующее купирование **Введением** 40 мл 40 % раствора глюкозы; всего выполнено 20 сеансов. В даль-

нейшем пациент получал клозапин с титрацией дозы до 700 мг/сут, а также метформин с повышением дозы до 2000 мг/сут.

Во втором клиническом случае пациент с частичной резистентностью к клозапину (900 мг/сут) прошёл углублённое метаболическое и генетическое обследование. В схему терапии были добавлены метформин до 2000 мг/сут, комбинация алоглиптин/пиоглитазон 25/30 мг/сут и фенофибрат 145 мг/сут. В дальнейшем терапия была оптимизирована заменой на канаглифлозин 300 мг/сут.

В третьем клиническом случае пациент с кататонической формой ТРШ поступил в токсикореанимацию после суицидальной попытки с отравлением кардиотоксичными препаратами. В связи с тяжёлой гемодинамической нестабильностью была проведена высокодозная инсулиновая эугликемическая терапия: болюсное Введение 80 ЕД инсулина короткого действия с последующей инфузией 80 ЕД/ч в сочетании с одновременным Введением 20–40 г глюкозы в час под строгим контролем уровня гликемии и электролитов.

Оценка эффективности терапии проводилась на основании клинической динамики психопатологической симптоматики, уровня социального и повседневного функционирования, а также переносимости применяемых вмешательств в процессе наблюдения.

Результаты и обсуждение

Во всех трёх клинических случаях применение метаболической модуляции инсулинового сигналинга в качестве адъювантной терапии сопровождалось клинически значимым улучшением состояния пациентов с выраженной терапевтической резистентностью к антипсихотическому лечению.

В первом клиническом случае после курса форсированной инсулинокоматозной терапии отмечалось уменьшение негативной симптоматики, повышение эмоциональной реактивности и социальной активности. Последующая терапия клозапином демонстрировала более выраженный клинический эффект по сравнению с докомбинаторным периодом. Добавление метформина сопровождалось стабилизацией метаболических показателей и дополнительным улучшением аффективно-мотивационной сферы.

Во втором клиническом случае назначение инсулин-сенситизаторов на фоне терапии клозапином привело к редукции апато-абулической и депрессивной симптоматики, улучшению когнитивного функционирования и социальной адаптации пациента. Одновременное улучшение метаболических параметров подчёркивает роль инсулинорезистентности в поддержании резистентности к антипсихотической терапии [5-7].

В третьем клиническом случае после проведения высокодозной инсулиновой эугликемической терапии отмечалось снижение суицидальной настроенности и усиление антинегативного эффекта последующей антипсихотической терапии.

Заключение

Нарушения инсулинового сигналинга могут играть существенную роль в формировании терапевтической резистентности при шизофрении. Применение инсулина и инсулин-сенситизаторов в качестве адъювантной терапии способно усиливать эффект антипсихотиков и приводить к редукции негативной, когнитивной и аффективной симптоматики. Представленные клинические наблюдения подтверждают перспективность персонализированного метаболического подхода в лечении ТРШ.

Список литературы

1. Correll C U, Howes O D. Treatment-resistant schizophrenia: definition, predictors, and therapy options. *J Clin Psychiatry*. 2021; 82(5):MY20096AH1C.
2. Беккер Р. А., Быков Ю. В. Клозапин – уникальный антипсихотик с до сих пор непревзойденной эффективностью. *Гранка (Дневник психиатра)*. 2018; 2:30–49.
3. Zhuo C, Zhang Q, Wang L et al. Insulin resistance/diabetes and schizophrenia: potential shared genetic factors and implications for better management of patients with schizophrenia. *CNS Drugs*. 2024; 38(1):33–44.
4. Быков Ю. В., Быкова А. Ю., Беккер Р. А. Ожирение и метаболические нарушения в психиатрии: проблемы и решения (Обзор литературы. Часть I. Теоретическая). *Психиатрия и психофармакотерапия*. 2024; 5:4–10.
5. Salvi V, Tripodi B, Cerveri G et al. Insulin resistance as a modifiable pathway to cognitive dysfunction in schizophrenia: a systematic review. *Schizophr Res*. 2024; 274:78–89.
6. Cai J, Xiao J, Long Y et al. Metformin-improved cognitive impairment in patients with schizophrenia is correlated with activation of tricarboxylic acid cycle and restored functional connectivity of hippocampus. *BMC Med*. 2025; 23:349.

7. Быков Ю. В., Быкова А. Ю., Беккер Р. А. Ожирение и метаболические нарушения в психиатрии: проблемы и решения (Обзор литературы. Часть II. Практическая). Психиатрия и психофармакотерапия. 2024; 6:4–35.

Работа выполнена самостоятельно

Информация об авторах

Быков Юрий Витальевич, Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Российская Федерация, кандидат медицинских наук, доцент, ORCID: 0000-0003-4705-3823. E-mail: yubykov@gmail.com

Беккер Роман Александрович, Независимый исследователь, Беэр-Шева, Израиль, Израиль
ORCID: 0000-0002-0773-3405. E-mail: romanbekker2022@gmail.com

НЕЙРОКОГНИТИВНЫЕ, ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ И МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ СТРЕССА: МУЛЬТИУРОВНЕВАЯ МОДЕЛЬ АДАПТАЦИИ И ДЕЗАДАПТАЦИИ

К.В. Баразенко*

(ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» МО РФ, Санкт Петербург)

Источник финансирования: отсутствует

Ключевые слова: стресс, аллостатическая нагрузка, нейросети, эпигенетика, посттравматическое стрессовое расстройство, адаптация

Аннотация. Рассматривается стресс как многоуровневый феномен, включающий нейроэндокринные, когнитивные и генетические механизмы. Анализируются роль аллостатической перегрузки, реконфигурации нейросетей и эпигенетических изменений в развитии психопатологии и адаптации.

Введение.

Современные геополитические вызовы, включая специальную военную операцию, обострили проблему стресса как ключевого фактора дезадаптации и роста психических расстройств. Традиционные подходы, фокусирующиеся на отдельных уровнях стресс-реакции (нейроэндокринном, поведенческом или когнитивном), не обеспечивают целостного понимания механизма перехода адаптации в патологию [1, 2]. В работе представлена мультиуровневая модель стресса, интегрирующая нейрокогнитивные, психофизиологические и молекулярно-генетические данные [3, 4]. Оригинальность исследования заключается в синтезе данных о функциональной реконфигурации нейросетей, аллостатической перегрузке и эпигенетических маркерах (включая микроРНК и метилирование ДНК) для прогнозирования и коррекции стресс-индуцированной психопатологии.

Актуальность.

Стресс стал одним из ключевых факторов, определяющих уровень социальной неопределённости и рост психических расстройств как среди участников боевых действий, так и среди гражданского населения [3]. Это подчёркивает необходимость комплексного изучения стресса как многоуровневого феномена, затрагивающего нейроэндокринные, когнитивные, поведенческие и генетические уровни регуляции.

Цель исследования.

Проанализировать современные данные о нейробиологических, психофизиологических и генетических механизмах стресса с целью формирования целостной модели адаптивных и патологических реакций организма на экстремальные воздействия.

Методы исследования.

Работа носит теоретико-аналитический характер и основана на систематическом обзоре научной литературы за последние десятилетия. Используются данные из области нейронаук, психофизиологии, эндокринологии и геномики. Особое внимание уделено концепциям гомеостаза, общего адаптационного синдрома, аллостаза и аллостатической нагрузки, а также современным моделям функциональной организации нейросетей. Проанализированы результаты нейровизуализационных, гормональных и эпигенетических исследований, включая данные по экспрессии микроРНК и метилированию ДНК.

Результаты.

Стресс рассматривается не как единый процесс, а как динамическая система реакций, включающая острые и хронические компоненты. Острая стрессовая реакция, опосредованная активацией симпато-адреномедулярной системы и выбросом катехоламинов, является адаптивной и направлена на выживание. Однако при хроническом воздействии стрессоров происходит истощение ресурсов, что приводит к аллостатической перегрузке — истощению адаптационных возможностей организма вследствие длительной гиперактивации гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой (ГГН) оси и повышенной секреции кортизола.

Нейровизуализационные исследования показывают, что острый стресс вызывает крупномасштабную реконфигурацию функциональных нейросетей мозга: усиливается активность сети значимости (салиентности), ослабевает центральная исполнительная сеть, а сеть пассивного режима работы мозга (СПРРМ) становится более изолированной. Это приводит к доминированию самореферентных процессов, гиперчувствительности к угрозам и снижению когнитивного контроля.

Ключевую роль в стресс-реакции играют миндалевидное тело, гиппокамп и префронтальная кора. Повышенные уровни глюкокортикоидов при хроническом стрессе вызывают атрофию дендритов в гиппокампе, снижают нейрогенез и нарушают механизм отрицательной обратной связи ГГН-оси, что создаёт порочный круг гиперкортизолемии и нейродегенерации.

На молекулярном уровне стресс индуцирует изменения в экспрессии генов через эпигенетические механизмы. Выявлено, что дифференциальное метилирование генов, связанных с метаболизмом линолевой кислоты, коррелирует с симптомами ПТСР у ветеранов боевых действий. Также установлено, что микроРНК (в частности, miR-29c), экспрессирующиеся в префронтальной коре, участвуют в посттранскрипционной регуляции сотен генов и могут служить потенциальными биомаркерами стресс-индуцированных психических расстройств.

Заключение.

1. Стресс представляет собой сложную, многоуровневую систему адаптационных и дезадаптационных реакций, охватывающую нейроэндокринные, когнитивные, поведенческие и генетические уровни.
2. Переход от адаптивной реакции к патологии определяется не столько интенсивностью стрессора, сколько его продолжительностью и способностью организма к восстановлению после стрессового воздействия.
3. Аллостатическая перегрузка, нарушение баланса между сетями значимости и исполнительного контроля, а также эпигенетические изменения являются ключевыми маркерами риска развития хронических психических расстройств.
4. Полученные данные открывают перспективы для разработки персонализированных подходов к профилактике, диагностике и коррекции стресс-индуцированной психопатологии на основе нейровизуализации, гормонального профилирования и анализа эпигенетических маркеров.

Таким образом, стресс представляет собой многоуровневый феномен, интегрирующий нейроэндокринные, когнитивные, поведенческие и генетические механизмы. Ключевым условием перехода от адаптации к патологии выступает не столько сила стрессора, сколько длительность его воздействия и способность организма к восстановлению. Аллостатическая перегрузка, дисбаланс функциональных нейросетей и эпигенетические изменения являются основными маркерами риска хронических психических расстройств. Полученные данные открывают возможности для разработки персонализированных подходов к профилактике и коррекции стресс-индуцированной психопатологии.

Список использованной литературы:

1. И. А. Баева, А. А. Баканова, К. В. Баразенко [и др.]. Адаптационные ресурсы человека в условиях социальной неопределенности. СПб.: Российский государственный педагогический университет им. А. И. Герцена, 2025. с. 160.
2. Колчев А. И., Баразенко К. В. Психосоматические аспекты тревожных расстройств у людей с ограниченными возможностями. Актуальные проблемы клинической, военной и экстремальной психиатрии. СПб.: Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова. 2025:137-141.
3. Chang J., Hu J., Li C. R., Yu R., Neural correlates of enhanced response inhibition in the aftermath of stress. *NeuroImage*. 2020; 204:11-12.
4. Crombach, A., Rukundo-Zeller, A. C., Vukojevic, V., Nandi, C., Bambonye, M., de Quervain, D. J., Papassotiropoulos, A., & Elbert, T. Differential methylation of linoleic acid pathway genes is associated with PTSD symptoms - a longitudinal study with Burundian soldiers returning from a war zone. *Translational psychiatry*. 2024; 14:32.

Информация об авторах:

Баразенко Кирилл Владимирович, ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» МО РФ, Санкт Петербург, Российская Федерация, кандидат медицинских наук, ORCID: 0009-0005-5397-6001, e-mail: kbarazenko@mail.ru

Работа выполнена самостоятельно.

МОТИВАЦИОННО-ЛИЧНОСТНЫЕ ПРЕДИКТОРЫ ДЕЗАДАПТАЦИИ К УЧЕБНОМУ ПРОЦЕССУ УЧАЩИХСЯ КАДЕТСКИХ КОРПУСОВ

К.В. Баразенко*, А.А. Прокопенко

(ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» МО РФ, Санкт Петербург)

Источник финансирования: отсутствует

Ключевые слова: мотивационно-личностные предикторы, адаптация, акцентуации характера, психическое здоровье

Аннотация. Выявлены мотивационно-личностные факторы, определяющие успешность адаптации учащихся кадетских корпусов. Показано, что профессиональная мотивация, низкий уровень слабых акцентуаций и развитие конформности и гипертимности способствуют устойчивости к стрессу и снижению риска отчисления.

Введение.

Современные условия военно-профессионального обучения предъявляют чрезвычайно высокие требования к морально-психологической устойчивости, психофизиологическому состоянию и личностной зрелости обучающихся [1, 2, 3]. Особенно остро эта проблема стоит в кадетских корпусах — образовательных учреждениях, ориентированных на подготовку будущих офицеров и формирование устойчивой военно-профессиональной направленности и адаптации к учебному процессу с раннего возраста. Несмотря на тщательный отбор, значительная часть учащихся сталкивается с трудностями адаптации: по данным исследований, до 25 % курсантов первых курсов демонстрируют признаки осложнённой адаптации, что негативно сказывается на успеваемости, дисциплине и общем состоянии здоровья [4]. При этом выявлено, что около 85 % студентов с академической неуспеваемостью и 75 % часто обращающихся за медицинской помощью имеют выраженные нарушения адаптационного процесса [5, 6]. Это подчеркивает необходимость ранней диагностики личностных особенностей, способных в будущем привести к девиантному поведению, срыву адаптации или отчислению из учебного заведения.

Актуальность.

Проблема дезадаптации учащихся кадетских корпусов остаётся актуальной в условиях высоких требований военно-профессионального обучения. Существующие подходы к отбору и сопровождению обучающихся недостаточно учитывают мотивационно-личностные предикторы успешной адаптации. В работе представлен лонгитюдный анализ динамики психического здоровья и особенностей характера у кадетов, выявляющий факторы риска отчисления. Оригинальность исследования заключается в сочетании психодиагностических данных с анализом мотивации поступления и акцентуаций характера на протяжении всего периода обучения.

Цель исследования.

Изучить динамику показателей психического здоровья у учащихся кадетских корпусов на протяжении всего периода обучения и выявить ключевые мотивационно-личностные факторы, определяющие успешность военно-профессиональной адаптации.

Методы исследования.

Проведено лонгитюдное сравнительное исследование с участием двух групп: основной — учащиеся кадетского корпуса ($n = 86$ юношей в возрасте 12–13 лет на момент поступления), и контрольной — учащиеся общеобразовательной школы того же возраста ($n = 65$). К выпускному классу в основной группе осталось 68 человек, в контрольной — 48.

Использовался комплекс методик: многоуровневый личностный опросник «Адаптивность» (шкала ЛАП) и тест «Нервно-психическая адаптация» для оценки уровня психологического благополучия; ММРІ в модификации И.Н. Гильяшевой и Л.Н. Собчик для выявления паттернов личности; шкалы ситуативной и личностной тревожности Спилбергера–Ханина; методика диагностики уровня субъективного контроля; социометрия и анкета динамического наблюдения; опросник «Карта интересов» для оценки военно-профессиональной направленности; методика диагностики акцентуаций характера по А.Е. Личко; дополнительные инструменты: красно-чёрные таблицы, тест Крепелина, теппинг-тест и другие для оценки психофизиологических параметров.

Статистическая обработка данных осуществлялась с использованием стандартных методов описательной и сравнительной статистики.

Результаты.

Анализ мотивации поступления в кадетский корпус выявил следующую структуру: 35,4 % учащихся руководствовались желанием стать военным, 24,8 % — стремлением получить престижное образование, 18,5 % — социальными причинами (неблагополучие в семье, отсутствие родителей и т.п.), 14,4 % — давлением со стороны родителей, остальные указали иные мотивы.

Изучение причин отчисления показало, что наиболее частыми являются дисциплинарные проступки (40,9 % от всех случаев отчисления) и нежелание продолжать обучение (31,4 %). Примечательно, что доля отчислений по причине «нежелания учиться» максимальна на первом году (19,5 %) и полностью исчезает к выпускному курсу, что свидетельствует о естественном отсеке лиц, не способных адаптироваться к жёстким условиям воинского коллектива. Аналогично снижается доля отчислений из-за низкой успеваемости — от 4,5 % на первом курсе до полного отсутствия на последнем.

Особое внимание уделено анализу акцентуаций характера. Установлено, что у кадетов значительно чаще встречаются гипертимные (34 % против 25 % в школе) и конформные (28 % против 14 %) типы, причём их выраженность нарастает по мере обучения. Это может объясняться как изначальным отбором, так и формированием адаптивных черт в условиях закрытого коллектива, где ценятся общительность, энергичность и готовность подчиняться нормам.

В то же время у кадетов существенно реже проявляются «слабые» акцентуации: психастеническая (8 % против 12 %), сенситивная (2 % против 14 %) и шизоидная (0 % против 4 %). При этом наблюдается динамика: например, психастенические черты в ходе обучения у кадетов ещё больше снижаются (до 4 % к выпуску), тогда как в контрольной группе — сохраняются или даже усиливаются. Это указывает на то, что в условиях воинской среды менее адаптированы лица с тревожностью, неуверенностью и склонностью к самоанализу.

Одновременно отмечается рост астенических проявлений у кадетов (с 1 % до 12 %), что, вероятно, связано с хроническим стрессом, вызванным повышенными требованиями учебно-воспитательного процесса. Интересна и динамика сенситивности: если изначально она почти отсутствует у кадетов, то к выпускному классу её уровень (9 %) приближается к школьному (8 %), что может свидетельствовать о постепенном «раскрепощении» личности после формирования устойчивых межличностных связей в коллективе.

Заключение.

1. Успешность адаптации в кадетском корпусе напрямую зависит от структуры мотивационных установок: доминирование профессиональной мотивации коррелирует с более высокой устойчивостью к стрессу и меньшим риском отчисления.

2. В процессе обучения происходит естественный отсев учащихся с личностными особенностями, несовместимыми с требованиями воинской дисциплины и коллективной жизни (психастенический, истероидный, неустойчивый типы акцентуаций).

3. Условия кадетского корпуса способствуют формированию или усилению таких черт, как конформность и гипертимность, которые выступают как адаптивные в данном контексте, но могут маскировать внутренние конфликты или подавление аутентичных характеристик личности.

4. Для повышения эффективности отбора и профилактики девиантного поведения необходимо на этапе приёма уделять особое внимание не только когнитивным способностям, но и глубинным мотивам поступления, особенностям характера и микросоциальному окружению кандидата.

Таким образом, успешность адаптации учащихся кадетских корпусов напрямую зависит от структуры их мотивационных установок и особенностей характера. В процессе обучения происходит естественный отсев лиц с «слабыми» акцентуациями (психастенической, сенситивной, неустойчивой), плохо совместимыми с требованиями воинской дисциплины и коллективной жизни. Условия кадетского корпуса способствуют усилению таких черт, как гипертимность и конформность, которые выступают как адаптивные в данном контексте, но могут маскировать внутренние конфликты. Полученные данные подчеркивают необходимость комплексного подхода к отбору и сопровождению обучающихся, ориентированного на раннюю диагностику личностных рисков и профилактику девиантного поведения, что позволяет разработать дифференцированные программы психопрофилактики и психокоррекции, направленные на укрепление адаптационного потенциала учащихся и снижение риска отклоняющегося поведения в военно-учебной среде.

Список использованной литературы:

1. Колчев А. И., Зун С. А., Баразенко К. В. [и др.] Ранняя диагностика отклоняющегося поведения у лиц допризывного возраста. Известия Российской военно-медицинской академии. 2020; 39: 9-14.

2. Kong F., Xia Y., Liu Z., Wang M., Li X. Media Multitasking Affects Cognitive Control: Evidences for Scattered Attention Hypothesis. *Journal of Psychological Science*. 2023; 46: 865-872
3. Kong, F., Meng, S., Deng, H. et al. Cognitive Control in Adolescents and Young Adults with Media Multitasking Experience: a Three-Level Meta-analysis. *Educ Psychol Rev*. 2023; 35: 22.
4. Баразенко А. К., Баразенко К. В., Кауфман И. С., Прокопенко А. А. Выявление отклоняющегося поведения у будущих абитуриентов вузов МО РФ. *Гуманитарные науки и медицина: история и современность*. СПб.: Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова. 2025: 20-25.
5. Колчев А. И., Мартирисян А. М., Степкина Е. К. [и др.] Динамика процессов психологической адаптации к учебному процессу у студентов гуманитарного вуза: ретроспективное исследование. *Морская медицина*. 2024; 10: 57-65.
6. Thorell L., Burén J, Ström Wiman J, Sandberg D, Nutley SB. Longitudinal associations between digital media use and ADHD symptoms in children and adolescents: a systematic literature review. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2024; 33:2503-2526.

Информация об авторах:

Баразенко Кирилл Владимирович, ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» МО РФ, Санкт Петербург, Российская Федерация, кандидат медицинских наук, ORCID: 0009-0005-5397-6001, e-mail: kbarazenko@mail.ru

Прокопенко Андрей Анатольевич, ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» МО РФ, Санкт Петербург, Российская Федерация, кандидат военных наук, e-mail: pand2@mail.ru

Работа выполнена самостоятельно.

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ РЕЖИМОВ ПРИЕМА ТАДАЛАФИЛА ПРИ ПСИХОГЕННОЙ ФОРМЕ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ

Л.Е. Белый

ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»,
432017, Российская Федерация, г. Ульяновск, ул. Льва Толстого, д. 42.

Источник финансирования: отсутствует

Ключевые слова: эректильная дисфункция, эрекция, фосфодиэстераза 5-го типа, тадалафил, мужское здоровье

Аннотация: рассмотрена эффективность различных режимов применения ингибитора фосфодиэстеразы 5-го типа у мужчин с психогенной формой эректильной дисфункции. Прием тадалафила в постоянном режиме, а не в режиме «по требованию» обеспечивает возможность спонтанной сексуальной активности, а потеря временной связи между приемом препарата и сексуальной активностью оказывает большее положительное влияние на качество эрекции у мужчины с психогенной формой расстройства.

Введение. Эректильная дисфункция (ЭД) - постоянная неспособность достижения и поддержания эрекции, достаточной для проведения успешного полового акта [1]. Общеизвестно, что ЭД не является самостоятельным заболеванием с четко определенными механизмами развития, а представляет собой лишь симптом самых разных заболеваний и патологических состояний в мужском организме [2]. С учетом этиологии ЭД обычно классифицируют на три группы: органическую, психогенную и смешанную. Психогенная ЭД кодируется в международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10), как P52.2 - недостаточность генитальной реакции, не связанная с органическими факторами, в то время как ЭД, обусловленная органическими факторами, кодируется в МКБ-10 как N48.4 - импотенция органического происхождения. По мнению экспертов Европейской ассоциации урологов, использовать эту классификацию следует с осторожностью, поскольку большинство случаев на самом деле имеют смешанную этиологию. В связи с этим было предложено использовать термины «первичная органическая» или «первичная психогенная» ЭД [3]. Пациентов с подтвержденной психогенной ЭД рекомендуется направлять на лечение к врачу-психотерапевту, целью которого является восстановление эректильной функции [4]. При органической эректильной дисфункции перед врачом-урологом наряду с улучшением качества эректильной функции стоит задача по выяснению причины ЭД [5].

Согласно Российским клиническим рекомендациям при отсутствии противопоказаний пациентам как с психогенной, так и с органической ЭД рекомендовано назначение ингибиторов фосфодиэстеразы 5 типа (ФДЭ-5), эффективных при всех формах ЭД и обладающих хорошей переносимостью [6]. Традиционно препараты данной группы (силденафил, варденафил, тадалафил) используются эпизодически (в режиме «по требованию») за 1 час до сексуальной активности. Однако, используя препарат в режиме «по требованию» мужчина осознает связь между приемом лекарственного средства и началом сексуальной активности, что имеет негативные психологические последствия, влияющие на качество полового акта и уверенность, что играет особую роль при психогенной форме расстройства [7]. Поскольку тадалафил сохраняет свою эффективность в течение 36 часов, наряду с традиционным режимом «по требованию» препарат может быть назначен в режиме постоянного ежедневного приема, что может улучшить сексуальную уверенность пациента как напрямую вследствие улучшения эректильной функции, так и опосредованно.

Целью исследования стала сравнительная оценка эффективности различных режимов дозирования тадалафила у мужчин с психогенной формой ЭД.

Пациенты и методы. В исследование было включено 32 мужчины с психогенной формой ЭД. У всех мужчин ЭД имела ситуационный, избирательный или преходящий характер, все мужчины сообщили о сохраненных утренних эрекциях. Кроме того, ни у одного из мужчин, включенных в исследование, не было выявлено факторов риска органической ЭД (артериальная гипертензия, ожирение, низкий уровень тестостерона, гиперхолестеринемия, сахарный диабет, заболевания периферических сосудов, болезни нервной системы, курение, чрезмерное употребление алкоголя). Пациенты с наличием ≥ 1 фактора риска, были отнесены к категории органической ЭД и не включались в исследование. Мужчинам первой группы (n=12) на трехмесячный срок был назначен тадалафил в режиме «по требованию», 20 мг за 1 час до сексуальной активности, Мужчинам второй группы (n=20) на аналогичный период был назначен тадалафил в постоянном режиме (5 мг, один раз в день,

утром, после приема пищи). До начала лечения, по завершении трехмесячного курса лечения, и спустя месяц после завершения курса лечения все мужчины проходили анкетирование по шкале международного индекса эректильной функции (МИЭФ-5) – стандартизированного теста из пяти вопросов, позволяющего определить наличие и степень нарушений эрекции за последние 6 месяцев.

Полученные результаты. До начала лечения в первой группе МИЭФ-5 составил $11,67 \pm 0,62$ баллов, в то время как по завершении трехмесячного курса лечения, и спустя месяц после завершения курса МИЭФ-5 составил $19,17 \pm 0,46$ баллов ($p < 0,05$, при оценке достоверности со значением балла МИЭФ-5 до лечения) и $18,58 \pm 0,41$ баллов ($p > 0,05$, при оценке достоверности со значением балла МИЭФ-5 по завершении лечения), соответственно. После завершения лечения средний балл ответа на вопрос: «Как Вы оцениваете степень Вашей уверенности в том, что Вы можете достичь и удержать эрекцию?» вырос по сравнению с базовым уровнем на 34%, а спустя месяц несколько снизился, отличаясь на 27% от базового уровня. Иными словами, применение тадалафила в режиме «по требованию» улучшает качество эректильной функции, но не приводит к полной нормализации отношения к проблеме, поскольку, вероятно, мужчина ощущает четкую связь между приемом препарата и качеством эректильной функции.

До начала лечения во второй группе МИЭФ-5 составил $11,55 \pm 0,78$ баллов ($p > 0,05$, при сравнении с аналогичным показателем в первой группе, в то время как по завершении трехмесячного курса лечения, и спустя месяц после завершения курса МИЭФ-5 составил $18,50 \pm 0,53$ баллов ($p < 0,05$, при оценке достоверности со значением балла МИЭФ-5 до лечения) и $20,90 \pm 0,69$ баллов ($p < 0,05$, при оценке достоверности со значением балла МИЭФ-5 по завершении лечения), соответственно. Важно, что после завершения лечения средний балл ответа на вопрос: «Как Вы оцениваете степень Вашей уверенности в том, что Вы можете достичь и удержать эрекцию?» вырос по сравнению с базовым уровнем на 57%, а спустя месяц не снизился, а, наоборот, вырос на 80% по сравнению с базовым уровнем. Суммарный балл МИЭФ-5 спустя месяц после завершения курса у пациентов второй группы оказался достоверно выше аналогичного показателя в первой группе ($p < 0,05$).

Заключение. Медикаментозное обеспечение возможности спонтанной сексуальной активности, потеря временной связи между приемом препарата и сексуальной активностью могут оказать благотворное влияние на качество эрекции у мужчины с психогенной формой расстройства. Это достигается путем отказа от приема ингибиторов фосфодиэстеразы 5-го типа в режиме «по требованию» в пользу ежедневного приема тадалафила в постоянном режиме.

Список литературы.

1. Salonia A., Capogrosso P., Boeri L. et al. European Association of Urology guidelines on male sexual and reproductive health: 2025 update on male hypogonadism, erectile dysfunction, premature Ejaculation, and peyronie's disease. *European Urology*. 2025; 88(1): 76–102.
2. Safa A., Waked C. Erectile dysfunction in young adults: a narrative review. *Cureus*. 2025;17(8): e89918.
3. Pozzi E., Belladelli F., Corsini C., et al. Primary organic versus primary psychogenic erectile dysfunction: findings from a real-life cross-sectional study. *Andrology*. 2023;11(3):498–504.
4. Calzo J.P., Austin S.B., Charlton B.M, et al. Erectile dysfunction in a sample of sexually active young adult men from a U.S. cohort: demographic, metabolic and mental health correlates. *The Journal of Urology*. 2021; 205(2):539–544.
5. Кызласов П.С., Бурдин К.А., Хворов В.В., Митин А.А., Белов В.О. Современные методы диагностики и лечения эректильной дисфункции. *Экспериментальная и клиническая урология* 2024;17(4):68–75.
6. Министерство здравоохранения Российской Федерации. Клинические рекомендации. Эректильная дисфункция. 2025. https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/15_3
7. Hatzimouratidis K., Buvat J., Büttner H. et al. Psychosocial outcomes after initial treatment of erectile dysfunction with tadalafil once daily, tadalafil on demand or sildenafil citrate on demand: results from a randomized, open-label study. *Int J Impot Res*. 2014; 26: 223–229.

Белый Лев Евгеньевич – д.м.н., профессор кафедры госпитальной хирургии им. В.И. Мидленко, ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет», 432017, Российская Федерация, г. Ульяновск, ул. Льва Толстого, дом 42.

AuthorID: 214608

ORCID: 0000-0003-0908-1321

E-mail: lbely@yandex.ru

Тел.: +7(917)605-97-19

Работа выполнена самостоятельно

ПАТТЕРН БИЛАТЕРАЛЬНОЙ СИНХРОНИЗАЦИИ В ЭЭГ ПРИ РЕККУРЕНТНОМ ДЕПРЕССИВНОМ РАССТРОЙСТВЕ

И.Ю. Березина

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение
«Научный центр психического здоровья», г. Москва

Источник финансирования: исследование проведено в рамках госзадания

Ключевые слова: рекуррентное депрессивное расстройство, ЭЭГ, паттерн билатеральной синхронизации

Аннотация: В работе оценивалась частота встречаемости и выраженность синхронизированных билатеральных колебаний у пациентов с РДР, как показатель повышенного уровня активности синхронизирующих механизмов, регулирующих поверхностную ЭЭГ. Феномен билатеральной синхронизации может служить дополнительным диагностическим критерием при РДР, что необходимо учитывать для коррекции тактики лечения с позиции трансляционной психиатрии.

Введение: Согласно последним данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) распространенность рекуррентного депрессивного расстройства (РДР) в течение жизни составляет 16-17%, при этом у 85% пациентов, перенёсших тяжёлый депрессивный эпизод, в течение 15 лет наблюдается, по крайней мере, один рецидив, а в 20–30% случаев РДР приобретают хроническое течение [1,2,3]. Согласно прогнозу ВОЗ, к 2030 году РДР выйдет на первое место среди медицинских причин инвалидности и смертности. РДР сопровождается эпизодическими приступами депрессии разной степени тяжести и продолжительности, что в свою очередь отражается на функциональной активности головного мозга [4,5,6].

Актуальность: В современной нейропсихиатрии и клинической нейрофизиологии, одной из причин возникновения РДР рассматривается нарушение биохимических процессов в мозге, связанных с нерегулируемой активацией системы стресс-реакции и изменением уровня нейротрансмиттеров (серотонин, норадреналин, дофамина) [7,8,9]. Кроме того, при РДР отмечаются нарушения синаптической передачи, связанные с нарушением работы натриевых потенциал-зависимых ионных каналов. Это может приводить к изменению работы нейронов и снижению настроения [10]. У части больных с РДР на ЭЭГ отмечаются изменения, которые могут отражать теорию билатеральной синхронизации в результате сдвига мембранных механизмов нейрона в сторону деполяризации и выраженному повышению синхронности срабатывания нейронных групп и отделов сетевых взаимодействий, что может отражаться появлением на скальповой ЭЭГ синхронных билатеральных всплеск колебаний тета-частотного диапазона. В связи с чем представляется актуальным оценить частоту встречаемости и выраженность синхронизированных билатеральных колебаний у пациентов с РДР, как показатель повышенного уровня активности синхронизирующих механизмов, регулирующих поверхностную ЭЭГ.

Материал и методы: Исследование было проведено с соблюдением всех принципов Хельсинской декларации и одобрено локальным этическим комитетом при Научном центре психического здоровья (НЦПЗ). Все обследуемые пациенты, а также здоровые лица из группы контроля дали письменное информированное согласие на участие в исследовании и обработку персональных даны. Обследовано 43 пациента: 7 мужчин (16,3%), 36 женщин (83,7%), в возрасте от 18 до 55 лет, (ср.возраст – 38,70±10,42) с диагнозом по МКБ-10: F33 (РДР), находившихся на стационарном лечении в 1, 2, 5 клинических отделений Научного центра психического здоровья. Запись ЭЭГ проводили на электроэнцефалографах «Нейрон-Спектр-СМ/ПСГ», а также «Нейрон-Спектр-65» фирмы «Нейрософт» (г. Иваново, Россия) согласно международной схеме расположения электродов «10-20%» в референциальном монтаже от 19-активных электродов с отдельными ушными электродами, закрепленными на мочке уха (A1,A2). Проводился частотно-спектральный анализ с использованием быстрого преобразования Фурье. Феномен билатеральной синхронизации оценивали по наличию всплеск и разрядов колебаний медленно-волнового спектра частот: по амплитудно-частотным характеристикам, распространенности, локализации, реакции на функциональные пробы. Для локализации эквивалентных дипольных источников (ЭДИ) патологической активности использовалась программа «BrainLoc 6.0», (Россия). Анализировали эквивалентные источники с коэффициентом дипольности 95 и выше.

Контрольную группу составили 30 здоровых лиц (ср.возраст – 36,89±10,67): 5 мужчин (17%), 25 женщин (83%), с отсутствием в анамнезе и активно не предъявляющих жалобы на психические, соматические и неврологические заболевания; сопоставимых по полу и возрасту.

Критерии включения: установленный диагноз РДР по МКБ-10: F33, возраст 18-55 лет, отсутствие тяжелой сопутствующей соматической и неврологической патологии, отсутствие судорожных приступов в анамнезе, ЧМТ, объемных образований мозга, подписанное добровольное информированное согласие.

Критерии не включения: возраст <55 лет, тяжелая сопутствующая соматическая патология, судорожных приступы в анамнезе, тяжелая ЧМТ, объемные образования мозга, деменция, умственная отсталость и другие тяжелые органические заболевания головного мозга с выраженными когнитивными нарушениями, отсутствие подписанного добровольного информированного согласия.

Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась при помощи программы Statistica 12.0. Для сравнения двух независимых выборок (контроль – пациенты) использовался критерий Манна-Уитни. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты: По результатам визуального (качественного) и компьютерного математического анализ ЭЭГ у всех обследуемых лиц контрольной группы показатели ЭЭГ укладывались в вариативный разброс возрастной физиологической нормы. При этом у пациентов с РДР отмечались нарушения амплитудно-частотных характеристик альфа-ритма в виде снижения его абсолютной спектральной мощности (21 человек, 49%), сглаживании зональных различий (16 человек, 37%), ослабление реакции на ритмическую и прерывистую фотостимуляцию (18 человек, 42%). При этом у 22 пациентов (51%) отмечалось увеличение индекса и мощности альфа-ритма в теменно-затылочных отведениях с тенденцией к гиперсинхронизации (6 человек, 14%). Было показано, что у всех обследуемых лиц контрольной группы и у 24 (56%) пациентов с РДР, на ЭЭГ не регистрировались синхронизированные всплески и разряды колебаний тета-частотного диапазона ($p < 0,05$). При этом у всех остальных пациентов с РДР (19 человек, 44%) в фоновой ЭЭГ регистрировались синхронизированные всплески колебаний тета-частотного диапазона, регистрируемые только в лобно-центральных отведениях (10 человек), либо генерализованного характера (7 человек), а также в теменно-затылочных отведениях (2 человека). Было показано, что эквивалентные дипольные источники синхронизированных колебаний тета-частотного диапазона генерализованного характера локализовались (по данным программы BrainLoc 6.1) на уровне диэнцефальных образований (таламо-параталамической области), а ЭДИ синхронизированных колебаний тета-частотного диапазона, регистрируемых в передних отведениях локализовались как на уровне диэнцефальных образований, так и в медио-базальных отделах лобной доли с двух сторон. В четырех наблюдениях регистрировались синхронизированные колебания дельта-частотного диапазона, преобладающие по амплитуде в лобно-центральных отведениях с некоторым преобладанием амплитуды колебаний справа и с локализацией их ЭДИ (по данным программы BrainLoc 6.1) в глубинных отделах лобной доли с переходом на диэнцефальные образования.

Выводы: Таким образом, у пациентов с РДР в 44% случаев наряду с нарушением электрической активности головного мозга различной степени выраженности регистрировались синхронизированные колебания тета-частотного диапазона, как проявление феномена повышенной синхронизации. Можно предположить, что феномен билатеральной синхронизации на ЭЭГ у пациентов с РДР может быть связан с нарушением функциональной активности в области диэнцефальных образований (неспецифические ядра таламуса) и их таламокорткальные проекции. Можно предположить, что паттерн билатеральной синхронизации связан с изменением концентрации серотонина у пациентов с РДР. Выявленные ЭДИ синхронизированных колебаний тета-частотного диапазона у пациентов с РДР определялись на уровне диэнцефальных образований, а также в медио-базальных отделах лобной доли с двух сторон. Как известно эти структуры связаны с регуляцией психоэмоционального состояния у данных пациентов, в связи с чем, нарушение функции этих структур объясняется определенным психологическим состоянием пациентов при данной патологии. Таким образом, феномен билатеральной синхронизации на ЭЭГ может служить дополнительным диагностическим критерием при РДР, что необходимо учитывать для коррекции тактики лечения с позиции трансляционной психиатрии, однако подобное предположение требует дополнительных исследований.

Список литературы:

1. Vos T., Flaxman A.D., Naghavi M. et al. Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2013, 380 (9859): S2163-2196.
2. WHO Guidelines. Depression and other common mental disorders: global health estimates. 2017. 22 с.
3. Клинические рекомендации – Депрессивный эпизод, Рекуррентное депрессивное расстройство – 2024-2025-2026 (26.08.2024) – Утверждены Минздравом РФ

4. Opladen T. Neurotransmitters it is all about communication! / Opladen T, Bertoldi M. // J Inherit Metab Dis.- 2024 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38747202/>
5. Галкин С.А., Бохан Н.А. Роль электроэнцефалографии в дифференциальной диагностике униполярной и биполярной депрессии. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2022; 122(11): 51-56. <https://doi.org/10.17116/jnevro202212211151>.
6. Olbrich S., Arns M. EEG biomarkers in major depressive disorder: discriminative power and prediction of treatment response. Int Rev Psychiatry. 2013; 25(5): 604 – 18.
7. Мосолов С.Н. Современные биологические гипотезы рекуррентной депрессии (обзор). Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова, 2012; 112 (11-2):29-40.
8. Nestler E.J., Barrot M., DiLeone R.J. et al. Neurobiology of depression. Neuron 2002; 34: S13-25.
9. Lozano A.M., Mayberg H.S., Giacobbe P. et al. Subcallosal cingulate gyrus deep brain stimulation for treatment-resistant depression. Biological Psychiatry 2008;64 (6): S461-467.
10. Ушакова В.М., Морозова А.Ю., Резник А.М., Костюк Г.П., Чехонин В.П. Молекулярно-биологические аспекты депрессивных состояний: современный взгляд на проблему. Молекулярная биология. 2020; 54(5):725-749.

Информация об авторах:

Березина Ирина Юрьевна, г. Москва, кандидат биологических наук, ORCID iD 0000-0003-0637-4786, berezinai@mail.ru

Работа выполнена самостоятельно.

БИОПСИХОСОЦИАЛЬНЫЙ ПОДХОД В ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ: ОНЛАЙН-ПРОГРАММА КОРРЕКЦИИ ОБРАЗА ТЕЛА

Н.С. Чугунова

(Свердловская региональная благотворительная общественная организация помощи онкопациентам
«Вместе ради жизни», Екатеринбург)

Источник финансирования: при поддержке фонда президентских грантов.

Ключевые слова: биопсихосоциальный подход, онкологическая реабилитация, образ тела, когнитивно-поведенческая терапия, онлайн-интервенция, междисциплинарная команда.

Описана онлайн-программа для женщин с раком: психологические занятия, вебинары, ЛФК, социальная поддержка. Показана эффективность ($n=18$, $Cohen's d=0,80$). Обсуждается потенциал для расширения доступности помощи в России.

Введение

Биопсихосоциальный подход в онкологической реабилитации рассматривает заболевание не только как биологический процесс, но и как сложное взаимодействие физических, психологических и социальных факторов. Нарушения образа тела у женщин после лечения рака молочной железы встречаются у 30–70% пациенток [1] и тесно связаны с депрессией, тревогой и снижением качества жизни [2, 3]. Теоретические основания изучения образа тела разработаны в рамках психологии телесности [4, 5, 6]. Впрочем, направленность этих связей до конца не ясна – возможна и обратная интерпретация. В российской системе здравоохранения комплексный подход к реабилитации часто остается недостаточно развитым, особенно в регионах [7]. Онлайн-формат междисциплинарной помощи, на наш взгляд, представляет перспективное решение этой проблемы.

Структура программы

В период с октября 2025 по январь 2026 года была реализована междисциплинарная онлайн-программа реабилитации для женщин с онкопатологией. Программа включала три компонента, реализующих биопсихосоциальный подход.

Психологический компонент: 12 групповых занятий по 120 минут, включающих когнитивную реструктуризацию дисфункциональных убеждений о теле [5], экспозицию к избегаемым ситуациям, развитие навыков самопринятия. Дополнительно проводились три тематических вебинара: «Интимная жизнь после рака», «Работа с близкими», «Возвращение к социальной активности». Участницам предоставлялись индивидуальные консультации онкопсихолога и психолога-сексолога. Здесь возникает методологический вопрос о балансе между работой с когнициями и эмоциональным принятием.

Биологический компонент: групповые занятия по физической реабилитации (профилактика и лечение лимфатического отека руки, суставная гимнастика), ежедневная утренняя зарядка, занятия о пользе физической активности в послеоперационный период.

Социальный компонент: консультации социального работника по вопросам инвалидности, социальной и медицинской реабилитации, получения технических средств реабилитации, мастер-классы по арт-терапии. Групповая динамика, представляется, играет особую роль в онлайн-формате, создавая ощущение общности несмотря на физическую дистанцию [8].

Участницы и предварительные результаты

23 женщины начали участие, 18 завершили программу (уровень удержания 78%). Средний возраст составил $51,8 \pm 9,6$ лет. Все участницы проживали в крупных городах России, что создает ограничение обобщаемости результатов – остается открытым вопрос о приемлемости программы для женщин из малых городов.

Оценка эффективности проводилась с использованием Body Image Scale [9], опросника избегающего поведения, шкалы тревоги и депрессии HADS. Наблюдалось статистически значимое улучшение образа тела (величина эффекта $Cohen's d=0,80$), снижение избегающего поведения и уровня тревоги. Впрочем, отсутствие контрольной группы не позволяет с уверенностью отделить эффекты программы от влияния времени.

Междисциплинарное взаимодействие в онлайн-формате

Реализация биопсихосоциального подхода требует координации работы специалистов разных профилей: онкопсихолога, психолога-сексолога, инструктора по лечебной физкультуре, социального работника, специалистов по арт-терапии. Онлайн-формат создает специфические условия для такой координации: с одной стороны, он обеспечивает географическую доступность и гибкость графика, с другой – требует более тща-

тельного планирования междисциплинарного взаимодействия. Качественный анализ [10] показал, что участницы высоко оценили возможность получить комплексную помощь, включая консультации по интимным вопросам, не выходя из дома.

Заключение

Биопсихосоциальный подход в онкологической реабилитации требует интеграции медицинских, психологических и социальных интервенций. Междисциплинарная онлайн-программа демонстрирует потенциал такого подхода, показывая приемлемость для пациенток и предварительные признаки эффективности. Однако необходимы дальнейшие контролируемые исследования для оценки устойчивости эффектов. Развитие онлайн-форматов комплексной реабилитации особенно актуально для России с ее географической протяженностью и неравномерным распределением специализированной помощи.

Работа проводилась при поддержке фонда президентских грантов.

Список литературы

1. Fingeret M. C., Teo I., Epner D. E. Managing body image difficulties of adult cancer patients: lessons from available research. *Cancer*. 2014; 120(5):633–641.
2. Чулкова В. А., Пестерева Е. В. Психологические проблемы в онкологии // *Сибирский онкологический журнал*. 2012. № 3. С. 5–10.
3. Смулевич А. Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях. Москва: МИА, 2007. 432 с.
4. Тхостов А. Ш. Психология телесности. Москва: Смысл, 2002. 287 с.
5. Cash T. F. *Body Image: A Handbook of Science, Practice, and Prevention*. 2nd ed. New York: Guilford Press, 2011. 462 p.
6. Станковская Е. Б. Психологические исследования телесного образа // *Психологический журнал*. 2011. Т. 32, № 6. С. 46–57.
7. Каприн А. Д., Старинский В. В., Шахзадова А. О. Состояние онкологической помощи населению России в 2022 году. Москва: МНИОИ им. П. А. Герцена, 2023. 239 с.
8. Ялом И. Д. Теория и практика групповой психотерапии. Санкт-Петербург: Питер, 2000. 640 с.
9. Hopwood P., Fletcher I., Lee A., Al Ghazal S. A body image scale for use with cancer patients. *European Journal of Cancer*. 2001; 37(2):189–197.
10. Braun V., Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*. 2006; 3(2):77–101.

Информация об авторе:

Чугунова Наталья Станиславовна, Свердловская региональная благотворительная общественная организация помощи онкопациентам «Вместе ради жизни», Екатеринбург, Россия, клинический психолог, онкопсихолог, e-mail: nasch@mail.ru

Работа выполнена самостоятельно.

VR И AR СИСТЕМЫ КАК НОВЫЙ СПОСОБ АДАПТАЦИИ ДЕТЕЙ К ПРИЕМУ У СТОМАТОЛОГА

М. В. Бачукина, Е. А. Маливанова, М. А. Селимов*

*Национальный Исследовательский Московский Государственный Строительный Университет, г. Москва
Северо-Кавказский Федеральный Университет, г. Ставрополь*

Источник финансирования: Северо-Кавказский Федеральный Университет

Ключевые слова: VR (виртуальная реальность), AR (дополненная реальность), детская стоматология, дентофобия, тревожность.

Аннотация: В статье анализируется применение VR и AR как инновационного способа адаптации детей к стоматологическому приёму. Рассматривается их эффективность в снижении страха и тревожности, облегчении лечения, а также преимущества, недостатки и перспективы развития технологий.

Введение. Проблема страха перед стоматологическим лечением у детей остается одной из наиболее актуальных в современной стоматологии. По данным исследований, до 91 % детей в возрасте около 6 лет испытывают выраженную тревожность перед посещением стоматолога, при этом у значительной части населения данный страх сохраняется на протяжении всей жизни [1]. Существующие методы адаптации, такие как отвлечение внимания с помощью мультимедиа и седация, не всегда позволяют полностью устранить стресс и дискомфорт. В связи с этим особый интерес представляет применение технологий виртуальной (VR) и дополненной (AR) реальности, способных обеспечить более глубокое отвлечение и снижение болевых ощущений. Работа посвящена разработке и внедрению инновационного VR-решения BrightSmileVR как нового способа адаптации детей к стоматологическому приему.

Основная часть. Актуальность темы заключается в том, что в данный момент большинство способов адаптации детей и снижения их тревожности на приеме у стоматолога имеют множество недостатков. Вследствие чего при лечении ребенок испытывает дискомфорт. В то же время по исследованиям Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова самоощущение боли в VR очках снижается до 25 процентов, что может значительно упростить работу стоматологов.

Цель - разработка нового метода адаптации детей к приему у стоматолога с помощью VR и AR систем

Задачи:

1. Анализ способов адаптации детей в стоматологии
2. Выявление проблем существующих методов
3. Разработка VR очков
4. Их внедрение в процесс лечения зубов

В нынешней Стоматологии лидирующую позицию в методах борьбы со страхом и дискомфортом пациентов занимает способ отвлечения внимания путем переключивания его на фильмы и кино на телевизоре, повешенном прямо над креслом под удобным градусом. Отмечается, что благодаря такому подходу процедура лечения зубов становится более комфортной. Однако некоторые все же отмечают, что вовремя процедуры слишком сложно сконцентрироваться на экране, ведь в большинстве случаев он находится далеко, а звук приборов и свет закрывают телевизор.

Плюсы данного способа:

- Вариативность выбора просматриваемого контента
- Без мешающих факторов хорошо справляется со своей задачей
- Подходит под все возраста

Минусы данного способа:

Бесполезно при посторонних шумах в отсутствии наушников

- Финансовые затраты: Установка и обслуживание оборудования для просмотра телевидения в кабинете стоматолога может быть дорогостоящим.

Седация как второй способ успокоения пациентов широко используется в стоматологии уже около 30 лет. Принцип заключается в подаче азота для придания пациенту спокойного и умиротворенного состояния. Дан-

* Научный руководитель: Селимов Магомед Асламович, Северо-Кавказский федеральный университет, г. Ставрополь, Россия, кандидат технических наук, maselimov@ncfu.ru.

ный метод является крайне действенным в лечение зубов, однако все же не гарантирует отсутствие дискомфорта у детей и взрослых. Пациенты все еще понимают и осознают, что с ними происходит, хоть и относятся к этому чуть проще.

Плюсы данного метода:

- Действенно для всех возрастов
- Успокаивает пациентов

Минусы данного метода:

- Не решает проблему страха

Из этого следует что ни один из популярных методов по избавлению от стресса в стоматологии не решает эту проблему полностью. В первом не хватает концентрации и самого отвлечения внимания пациентов, а во втором даже через призму спокойствия пациент будет чувствовать дискомфорт [2]. Поэтому в анализе методов решения этой проблемы мы пришли к самому рациональному решению.

BrightSmileVR - инновационный подход в адаптации детей к стоматологическому приему. В современном мире технологии виртуальной реальности (VR) активно внедряются в различные сферы жизни, в том числе и в здравоохранение и сочетают в себе наибольшее погружение в мир, а также вполне может быть совмещено с седацией.

Одним из интересных примеров является BrightSmileVR- специальные vr очки, которые обеспечивают доступ не только к виртуальной реальности, но и к так называемой неполной виртуальной реальности. Эти очки имеют круглую форму, что делает их идеальными для использования в стоматологии. Они будут использоваться как новый метод адаптации маленьких пациентов к приему у стоматолога. Ведь благодаря этим очкам дети смогут погрузиться в мир виртуальной реальности, где все происходящее будет казаться им абсолютно реальным. BrightSmileVR позволят создать уникальную атмосферу, которая поможет детям расслабиться и чувствовать себя комфортно на приеме у стоматолога. Это особенно важно, учитывая, что многие дети боятся врачей и испытывают страх перед лечением зубов [3]. Кроме того, благодаря уникальной форме эти очки могут быть использованы с седацией, что позволяет детям чувствовать себя еще более комфортно и безопасно.

Очки виртуальной реальности могут быть использованы для адаптации детей в стоматологическом кабинете, создавая им позитивный опыт и снижая уровень стресса. Процесс будет включать следующие этапы:

1. Подготовка: перед первым приемом стоматолог объясняет родителям и детям о том, как работают очки виртуальной реальности. Родители могут сами опробовать их и убедиться, что это безопасно и интересно для детей.

2. Выбор контента: ребенок выбирает контент, который будет интересен и увлекателен.

3. Использование очков: во время приема у стоматолога, дети надевают очки виртуальной реальности, которые позволяют им погрузиться в виртуальный мир.

4. Адаптация: пока дети находятся в виртуальном мире, стоматолог проводит необходимые процедуры, такие как осмотр зубов, чистка или лечение. Дети не видят и не чувствуют этих процедур, что снижает уровень стресса и страха.

5. Завершение: после завершения процедур, стоматолог снимает с детей очки и благодарит их за терпение и сотрудничество.

6. Закрепление: стоматолог может предложить детям использовать очки виртуальной реальности и в последующие визиты, чтобы они привыкли к стоматологическому кабинету и чувствовали себя комфортно [4].

Данные очки будут работать на операционной системе windows 11. Для того чтобы обеспечить максимальный комфорт и безопасность, у таких очков должен быть мягкий ремешок. Во-первых, мягкий ремешок обеспечивает более надежное крепление VR-очков на голове ребенка. Это особенно важно, когда речь идет о детях с их непоседливостью и подвижностью. Жесткий ремешок может вызвать дискомфорт или даже болезненные ощущения, особенно если ребенок активно двигается во время процедуры. Мягкий ремешок позволяет очкам более плавно скользить по голове, не вызывая неприятных ощущений. Кроме того, мягкий ремешок повышает безопасность использования VR-очков. Если жесткий ремешок сломается ли порвется, это может привести к серьезным травмам, особенно у детей. Мягкий ремешок менее подвержен повреждениям и обеспечивает дополнительную безопасность. Наконец, мягкий ремешок помогает создать более комфортную атмосферу для ребенка, что важно для успешной адаптации. Мягкий материал ремешка обеспечивает дополнительный комфорт, снижает давление на голову и уши ребенка, что делает VR-опыт более приятным и непринужденным. Одним из наиболее популярных и удобных материалов для ремешков является силикон.

Он мягкий, эластичный и прочный, что обеспечивает надежную фиксацию VR-очков на голове. Кроме того, силикон легко формуются и может быть окрашен в различные цвета, что позволяет создавать ремешки с оригинальным дизайном.

Заключение. В результате проведенного анализа установлено, что применение VR-технологий в детской стоматологии является эффективным способом снижения тревожности и стресса у пациентов. Разработанная система BrightSmileVR позволяет создать комфортную и безопасную среду, улучшает эмоциональное состояние детей и облегчает работу стоматолога. Полученные результаты подтверждают целесообразность внедрения VR и AR систем в стоматологическую практику. В перспективе дальнейшие исследования могут быть направлены на клиническую оценку эффективности технологии, расширение функциональных возможностей контента и адаптацию системы для различных возрастных групп.

Список литературы

1. Влияние боязни и страха на работу стоматолога [Электронный ресурс]. URL: <http://profzub.ru/vliyanie-boyazni-straha-na-rabotu-stomatologa/> (дата обращения: 01.02.2026).
2. Лечение зубов детям под «веселящим» газом (седация) [Электронный ресурс]. URL: https://dentakeller.ru/services_new/lechenie_zubov_detyam (дата обращения: 04.02.2024).
3. Возможно ли снизить уровень послеоперационной боли применением терапии виртуальной реальности? [Электронный ресурс]. URL: <https://mediasphera.ru/issues/anesteziologiya-i-reanimatologiya/2023/4/downloads/ru/1020175632023041066> (дата обращения: 05.02.2024).
4. К стоматологу без страха: в Армении создали VR-очки для маленьких пациентов [Электронный ресурс]. URL: <https://mir24.tv/news/16509614/k-stomatologu-bez-straha-v-armenii-sozdali-vr-ochki-dlya-malenkih-pacientov> (дата обращения: 10.02.2024).

Информация об авторах:

Бачукина Мария Витальевна, Национальный Исследовательский Московский Государственный Строительный университет, г. Москва, Россия, студент

Маливанова Екатерина Александровна, Северо-Кавказский Федеральный университет, г. Ставрополь, Россия, студент

СЕКСОЛОГИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ В СОВРЕМЕННОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ РЕАЛЬНОСТИ

Ширинская А.Д.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный университет», Россия, г. Донецк

Источник финансирования: нет.

Ключевые слова: сексологическая психологическая помощь, сексуальные дисфункции, клиническая сексология, семейно-супружеская терапия, клиническая психология, психотерапия сексуальных расстройств, современная клиническая практика.

Аннотация. В настоящей работе рассматриваются теоретико-методологические основы и структура сексологической психологической помощи в условиях современной клинической практики. Актуальность исследования обусловлена тем, что сексуальное здоровье рассматривается как интегральное состояние физического, психического и социального благополучия, а классические медицинские модели недостаточны без учета личностных и культурных факторов.

Введение. В современной клинической практике отмечается устойчивый рост обращаемости по поводу сексуальных дисфункций, супружеских сексуальных дисгармоний и нарушений психосексуального развития, что требует системной сексологической психологической помощи и междисциплинарного подхода врача и психолога. Традиционные формы консультирования без специализированной сексологической подготовки нередко оказываются малоэффективными и могут усугублять семейные и личностные конфликты, что подчёркивается как отечественными, так и зарубежными авторами. Развитие клинической сексологии и психологического консультирования в этой сфере актуализирует необходимость методологического осмысления содержания, задач и этических принципов сексологической психологической помощи в современной клинической реальности [1].

Сексуальное здоровье в современных концепциях рассматривается как интегральное состояние физического, психического и социального благополучия, а не только отсутствие патологий репродуктивной сферы. Исследования показывают, что значительная часть обращений за психологической и семейной помощью связана с сексуальными дисгармониями, нарушениями половой функции и трудностями в формировании зрелой сексуальной и гендерной идентичности. Классические медицинские модели, основанные преимущественно на соматическом лечении, недостаточны без учёта личностных, межличностных и культурных факторов, лежащих в основе сексуального поведения и переживаний. Это обуславливает особую роль клинического психолога и психолога-сексолога в мультидисциплинарной команде и требует описания специфики сексологической психологической помощи в современной клинической реальности.

Компоновка текстового материала. Теоретической основой сексологической помощи выступает биопсихосоциальная модель сексуальности, разработанная в рамках работ У. Мастерса и В. Джонсон, а также развиваемая в отечественной клинко-психологической и сексологической литературе. В этой модели сексуальность понимается как комплекс биологических, психологических и социально-культурных факторов, формирующих индивидуальный сексуальный сценарий, уровень сексуального функционирования и характер межличностной близости.

Классические труды К. Имелинского, А.А. Столярова, К.В. Шелыгина, Е.П. Тахтаровой подчеркивают необходимость совместного анализа нейрофизиологических, личностных и культурных детерминант сексуального поведения, а также границ между нормой, вариативностью и патологией. В отечественной традиции значительный вклад в разработку психологических основ консультирования при сексуальных проблемах внесли Е.Ю. Кашенко (ред.), Ю.В. Прокопенко, С.Г. Васильченко и др., рассматривающие сексологию как интегративную область медицины и психологии.

Методологически сексологическая психологическая помощь опирается на принципы: междисциплинарности, клинко-психологического подхода, этического уважения к разнообразию сексуальности и ориентаций в рамках правового поля, а также принцип парной природы сексуальности, предполагающий рассмотрение симптома не только индивидуально, но и в контексте отношений [2].

Структура сексологической помощи в современных условиях включает [3]:

- индивидуальное консультирование при сексуальных дисфункциях и трудностях психосексуального развития;

- супружескую и семейную терапию при сексуальных дисгармониях;
- психопросвещение и профилактику в области сексуального здоровья;
- сопровождение пациентов с коморбидными психическими и соматическими расстройствами.

Индивидуальная помощь направлена на анализ жалоб, реконструкцию истории сексуального развития, оценку когнитивных установок, эмоциональных реакций и паттернов поведения, связанных с сексуальностью. Психолог-сексолог выявляет роль тревоги, депрессии, травматического опыта, телесного и сексуального стыда, а также семейных и культурных сценариев сексуальности, описанных в работах У. Мастерса и В. Джонсон, К. Имелинского, А. Столярова и других авторов.

Супружеская и семейная сексологическая помощь строится на системном и коммуникативном подходах, которые признают сексуальную сферу не изолированной функцией индивида, а неотъемлемой частью динамики пары. В данной парадигме сексуальная дисфункция (будь то аноргазмия, преждевременная эякуляция или снижение либидо) рассматривается не как первичная проблема одного из партнеров, а как симптом взаимодействия пары, служащий индикатором более глубоких межличностных проблем [4]. Этот симптом может отражать скрытый баланс власти между супругами, степень эмоциональной дистанции или неразрешенные конфликты, часто связанные с невозможностью открытого обсуждения желаний, потребностей и личных границ. Отечественные материалы по клинической психологии сексуальных расстройств убедительно подчёркивают критическую важность совместной диагностики и терапии пары, а не только индивида. Терапевтический процесс обязательно включает работу по деконструкции устоявшихся сексуальных мифов и нереалистичных ожиданий, которые часто формируются под влиянием социокультурных установок. Обязательным компонентом являются целенаправленные домашние задания, разработанные для поэтапного восстановления телесной близости, несексуального прикосновения и базового доверия в отношениях.

Рабочие программы ведущих образовательных учреждений по дисциплине «Клиническая психология сексуальных расстройств» четко фиксируют, что квалифицированный клинический психолог должен обладать широким спектром компетенций. В первую очередь, это владение навыками психологического обследования при разнообразных сексуальных расстройствах. Кроме того, требуется умение проводить оценку динамики психосексуального развития клиента (индивидуально и в паре) и всесторонне анализировать факторы риска, способствующие развитию или поддержанию дисфункции [5]. Диагностический этап является многоуровневым и включает: сбор расширенного анамнеза (с обязательным детализированным анализом раннего и взрослого сексуального опыта и семейной истории), тщательный анализ соматического и психического состояния пациента (исключая органическую основу), проведение клинко-психологического интервью с использованием техник активного слушания, а также применение стандартизированных и валидизированных опросников для количественной оценки выраженности симптомов и качества жизни.

Особое внимание в клинической практике уделяется выявлению скрытых или частично диссимулируемых жалоб. Это связано с тем, что многие клиенты, обращаясь за помощью, склонны предъявлять «обходные» запросы — например, жалобы на генерализованную тревогу, частые конфликты в браке, хроническую усталость или различные соматизированные жалобы (головные боли, проблемы с ЖКТ). За этими фасадами зачастую стоят невыраженные, табуированные или вытесненные сексуальные трудности, которые пара или индивид не готовы обсуждать напрямую [6]. Как убедительно подчеркивают авторы ведущих российских учебно-методических комплексов, грамотный клинический психолог обязан демонстрировать высокий уровень профессионализма, умея дифференцировать психогенные, органические и смешанные формы сексуальных расстройств. Более того, критически важным является своевременное определение необходимости направления к смежным специалистам: врачу-сексологу (для медикаментозного или аппаратного лечения), урологу или гинекологу (для исключения соматической патологии), а также психиатру (при наличии выраженной коморбидной депрессии, тревожного расстройства или психотической симптоматики).

В сборнике «Теория и практика психологического консультирования в сексологии» под ред. Е.Ю. Кашенко отмечается, что психологическое консультирование при сексуальных проблемах базируется на интеграции когнитивно-поведенческого, психодинамического, системного и гуманистического подходов. Когнитивно-поведенческая терапия ориентирована на изменение дисфункциональных убеждений относительно сексуальности, тела, роли партнёра, а также на снижение перформанс-тревоги и формирование навыков конструктивного обсуждения сексуальных потребностей.

Психодинамические подходы акцентируют роль ранних объектных отношений, интроектов, опыта травматизации и семейных сценариев сексуальности, влияющих на текущие формы сексуального поведения и выбор партнёра [7]. Системная и супружеская терапия рассматривает сексуальный симптом как «язык семьи»,

отражающий нерешённые конфликты, недостаток эмоциональной близости, неравномерное распределение ответственности и нарушения границ.

Секс-терапевтические техники, чьи фундаментальные основы были заложены новаторскими работами У. Мастерса и В. Джонсон, претерпели значительную адаптацию и интеграцию в отечественные клинические руководства. Основной массив техник направлен на десенситизацию и рефокусировку внимания: это включает специфические упражнения фокусировки на ощущениях (*sensate focus*), пошаговые задания без обязательного коитуса (техники «стоп-старт» или «сжатия» для контроля эякуляции), а также интенсивное формирование навыков открытого обсуждения желаний, потребностей и установления личных границ внутри пары [8]. Целью является постепенное и безопасное расширение поведенческого репертуара партнёров и снижение тревоги, связанной с перформативными ожиданиями. При этом важно отметить, что в ряде клинически сложных случаев психотерапия должна обязательно сочетаться с медицинской коррекцией (включая специфическую фармакотерапию для купирования органических компонентов или заместительную гормональную терапию). Такое комплексное ведение пациента требует выстраивания тесного, доверительного и эффективного взаимодействия между клиническим психологом и врачом-сексологом, обеспечивая преемственность и согласованность терапевтических планов.

Работа клинического психолога в сфере сексологии регулируется жестким сводом этических принципов, которые являются краеугольным камнем доверительных отношений с клиентом. Ключевым принципом является строгая конфиденциальность всей полученной информации, особенно касающейся интимной жизни [9, 10]. Не менее важны уважение к автономии клиента и его безусловное право на информированное согласие в отношении всех предлагаемых диагностических и терапевтических процедур. Этический кодекс категорически требует недопустимости дискриминации по какому-либо признаку, будь то сексуальная ориентация, гендерная идентичность, религиозные убеждения или специфика сексуальных практик, если они находятся в рамках действующего законодательства и не причиняют вреда другим лицам.

Особое внимание в учебных и методических материалах для подготовки специалистов акцентируется на поддержании необходимой профессиональной дистанции между психологом и клиентами. Это требование носит абсолютный характер и направлено на предотвращение любых форм сексуализированного поведения со стороны специалиста, включая флирт, недопустимые комментарии или любые двусмысленные действия, поскольку такие нарушения разрушают терапевтический альянс и наносят глубокий вред пациенту [11]. Клинический психолог обязан неукоснительно соблюдать основополагающий принцип «не навреди» на всех этапах работы, особенно при обсуждении глубоко личной, уязвимой и эмоционально нагруженной интимной тематики.

Рабочие программы по дисциплинам «Психологические аспекты сексологии», «Клиническая психология сексуальных расстройств» и др. фиксируют компетенции будущих клинических психологов в области диагностики, психокоррекции и психотерапии сексологических нарушений, а также их участие в профилактических и просветительских программах [12]. Отдельно подчёркивается необходимость повышения квалификации практикующих психологов и психотерапевтов, не имеющих базовой сексологической подготовки, чтобы снизить риск непрофессиональных и травматичных вмешательств.

Заключение. Сексологическая психологическая помощь в современной клинической реальности представляет собой важный и самостоятельный сегмент клинико-психологической практики, основанный на биопсихосоциальной модели сексуальности и междисциплинарном взаимодействии. Рост обращаемости по поводу сексуальных дисфункций, супружеских сексуальных дисгармоний и проблем психосексуального развития свидетельствует о высокой социальной значимости развития научно обоснованных форм консультирования и психотерапии в этой сфере. Теоретические разработки У. Мастерса и В. Джонсон, К. Имелинского, К.В. Шельгин, Е.П. Тахтарова а также отечественные учебно-методические комплексы по клинической психологии сексуальных расстройств задают методологические рамки и практические ориентиры для подготовки специалистов и организации помощи. Перспективы дальнейших исследований связаны с оценкой эффективности различных психотерапевтических моделей, разработкой стандартов междисциплинарного взаимодействия и расширением программ подготовки психологов-сексологов с учетом требований клинической реальности и профессиональных стандартов.

Список литературы

1. Васильченко Г. С., Сексопатология: руководство для врачей. Медицина, 1990. с. 576
2. Кон И. С., Введение в сексологию Медицина, 1988. — 320 с.

3. Либих С. С., Сексология и сексопатология: учебное пособие Академия, 2004. с. 352
4. Дерягин Г. Б., Сексология: учебник для вузов. Юрайт, 2009. с. 464
5. Каган В. Е., Психогенные сексуальные дисфункции: психологические и клинические аспекты СПб. : Питер, 2003. с. 240
6. Мастерс У., Человеческая сексуальность Мир, 1991. с. 480
7. Каплан Г., Сексуальная терапия и лечение сексуальных дисфункций Крон-Пресс, 1997. с. 384
8. Херолд Т., Клиническая сексология: диагностика, консультирование, терапия / Т. Херолд. ГЭО-ТАР-Медиа, 2006. с. 512
9. Основы сексологии: учебное пособие СПб. : Питер, 2005. с. 416
10. Клиническая психология сексуальных расстройств: рабочая программа дисциплины. Тверь: ТГМУ, 2019. с. 48
11. Клиническая психология сексуальных расстройств: рабочая программа дисциплины. Киров: Кировский ГМУ, 2020. с. 52
12. Основы сексологии: рабочая программа дисциплины. РНИМУ им. Н. И. Пирогова, 2021. с. 44

Информация об авторах, руководителе:

Ширинская Анастасия Дмитриевна, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Донецкий государственный университет», город Донецк, страна Россия, ученой степени и звания нет,

ORCID 0009-0001-1039-8732, e-mail nastiriks3@gmail.com.

Работа выполнена самостоятельно.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ СТРЕССОВЫХ РАССТРОЙСТВ

Ширинская А.Д.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный университет», Россия, г. Донецк

Источник финансирования: нет.

Ключевые слова: посттравматическое стрессовое расстройство, диагностика, лечение, психотерапия, когнитивно-поведенческая терапия.

Аннотация. Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) остаётся одной из ключевых проблем современной клинической психологии и психиатрии в условиях роста числа экстремальных событий, связанных с военными действиями, техногенными и социальными катастрофами. В статье представлены современные подходы к диагностике ПТСР, основанные на критериях МКБ-11 и DSM-5, а также использование клинико-психологического интервью и стандартизированных психометрических шкал. Рассмотрены доказательные направления терапии, включая когнитивно-поведенческую терапию, экспозиционные методы, EMDR-терапию и фармакотерапию антидепрессантами группы СИОЗС, с опорой на данные мета-анализов и клинических рекомендаций. Проведён сравнительный анализ позиций отечественных (Н.В. Тарабрин, В.М. Бехтерев, В.А. Абабков, Е.Т. Соколова) и зарубежных исследователей (В.А. van der Kolk, R. Bradley, F.W. Putnam, J. Herman) относительно нейропсихологических, когнитивных и соматических аспектов ПТСР. Сделаны выводы о необходимости мультимодального, междисциплинарного подхода к диагностике и лечению ПТСР, объединяющего психотерапевтические, фармакологические и реабилитационные стратегии.

Введение.

Посттравматическое стрессовое расстройство рассматривается как специфическая реакция личности на переживание или свидетельство травмирующего события, которое несёт угрозу жизни, физической целостности или фундаментальным ценностям человека. В классических работах по психопатологии травмы, начиная с исследований «травматического невроза» времён первой мировой войны, и до современных концепций ПТСР, подчёркивается роль хронического стресса и нарушений процессов переработки травматического опыта (Бехтерев В.М.; van der Kolk В.А., 2014) [1]. Отечественные авторы (Абабков В.А., Тарабрин Н.В., Соколова Е.Т.) указывают на высокую распространённость ПТСР в группах боевых ветеранов, спасателей, вынужденных переселенцев и лиц, переживших насилие, что делает проблему клинически и социально значимой [2].

В последние десятилетия произошёл существенный пересмотр диагностических критериев ПТСР: от МКБ-10 и DSM-IV к МКБ-11 и DSM-5, что отражает эволюцию взглядов на структуру симптоматики и её связь с коморбидными расстройствами (депрессией, генерализованной тревогой, расстройствами личности). Это требует от практикующих специалистов владения современным диагностическим инструментарием и ориентировки в доказательных подходах к терапии, систематизированных в клинических рекомендациях и мета-анализах (Bradley R. et al., 2005).

Компоновка текстового материала. Классическое описание посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), ставшее фундаментом для понимания нозологии, детально представлено в работах выдающихся зарубежных исследователей, таких как Джудит Герман (J. Herman), Бессел А. ван дер Колк (В.А. van der Kolk) и Карл Р. Мармар (С.Р. Marmar) [3, 4, 5]. В их трудах неизменно подчёркивается центральная роль кластера симптомов, включающего навязчивое повторное переживание травмы (интрузии), избегание травматических стимулов, глубокие негативные изменения в когнициях и настроении (например, ангедония, чувство вины), а также перманентные признаки гипервозбудимости (нарушение сна, раздражительность). В контексте отечественных исследований (работы Тарабрина Н.В., Абабкова В.А., Васильевой Н.В. и других) акцент традиционно смещается на клинико-динамические особенности проявлений ПТСР, особенно у участников боевых действий и лиц, перенёсших острый стресс. Эти работы подробно описывают фазовую структуру развития расстройства: от немедленной реакции острого стресса, через подострый период адаптации, до формирования хронификации расстройства с закреплением патологических механизмов.

Современные международные классификационные системы, включая МКБ-11 и DSM-5, значительно расширяют и углубляют понимание ПТСР. Они формально включают в нозологический спектр не только

«классический» вариант, но и комплексное ПТСР (complex PTSD, КПТСР) [6, 7]. КПТСР отличается от стандартной формы тем, что характеризуется не только классическими симптомами, но и устойчивыми, глубокими нарушениями самовосприятия (чувство собственной дефектности, стыд), хронической дисрегуляцией в межличностных отношениях и выраженными проблемами с аффективной регуляцией (взрывы гнева, самоповреждающее поведение) [8]. Эти концептуальные сдвиги находят прямое отражение в работах таких зарубежных авторов, как Фрэнсис У. Патнэм (F.W. Putnam), который детально описывает сложную картину диссоциативных проявлений у детей и взрослых, переживших длительные, повторяющиеся травматические воздействия [9]. Параллельно с этим, исследования российских авторов фокусируются на анализе феномена посттравматического роста (способности к позитивным изменениям после травмы) и глубоких изменений идентичности, которые могут сопутствовать или следовать за травматическим опытом.

Эффективный диагностический процесс при подозрении на ПТСР или КПТСР является многокомпонентным и требует тщательной стратификации данных. Он включает обязательный элемент — подробное клинико-биографическое интервью, направленное на точное установление травматического события, его контекста и предшествующего функционирования пациента. Критически важным является использование стандартизированных опросников и шкал, которые позволяют объективировать тяжесть симптоматики и отслеживать динамику: сюда относятся такие инструменты, как CAPS-5 (Clinical Administered PTSD Scale), PCL-5 (PTSD Checklist for DSM-5) и IES-R (Impact of Event Scale – Revised) [10, 11]. Кроме того, неотъемлемой частью диагностики является оценка коморбидных состояний, которые часто маскируют основное расстройство, включая клинически значимые уровни депрессии, злоупотребления психоактивными веществами (ПАВ) и генерализованных тревожных расстройств. В тех случаях, когда симптоматика носит атипичный характер или требует подтверждения органического субстрата, показано проведение нейропсихологического и психофизиологического обследования, включающего анализ данных ЭЭГ, функциональной МРТ (для оценки активности мозговых структур) и мониторинг психофизиологических показателей (например, вариабельности сердечного ритма, кожно-гальванической реакции).

Работы по психофизиологии ПТСР, включая как фундаментальные, так и прикладные отечественные исследования нейрофизиологических коррелятов расстройства и методов нейрореабилитации, убедительно демонстрируют глубокие структурные и функциональные изменения в головном мозге [12]. Эти изменения касаются ключевых областей, отвечающих за обработку эмоций и памяти: в частности, отмечается дисфункция лимбической системы (особенно гиперактивность миндалины), снижение активности префронтальных отделов коры (ответственных за когнитивный контроль и торможение), а также дезадаптация в работе системы гипоталамус–гипофиз–надпочечники (HPA-axis). Эти нейробиологические сдвиги напрямую обуславливают формирование устойчивой гипервозбудимости, повышенную реактивность на стимулы и нарушения регуляции эмоций, что является ядром симптоматики ПТСР.

В контексте терапевтического вмешательства, в терапии ПТСР в настоящее время доминирует комплексная биопсихосоциальная модель. Эта модель постулирует, что для достижения устойчивой ремиссии требуется синергичное сочетание как минимум трех видов воздействий: специализированных психотерапевтических техник, целенаправленной фармакологической коррекции (для стабилизации нейрохимического фона) и, при необходимости, структурированных реабилитационных мероприятий (включая физическую и трудовую реабилитацию).

Мета-анализ, проведенный R. Bradley и соавт., предоставил мощную доказательную базу, определив наиболее эффективные виды психотерапии ПТСР. К ним с высоким уровнем доказательности отнесены: когнитивно-поведенческая терапия (КПТ), специально ориентированная на травму (TF-CBT); пролонгированная экспозиция (PE), требующая многократного и безопасного столкновения с травматическим материалом; а также десенсибилизация и переработка движениями глаз (EMDR), направленная на облегчение доступа к заблокированным воспоминаниям [13].

В монументальном труде В.А. van der Kolk «The Body Keeps the Score» акцентируется внимание на том, что травма переживается не только на уровне мышления, но и на уровне тела, что диктует необходимость интеграции работы с телесными и эмоциональными компонентами травмы. Это включает активное использование элементов телесно-ориентированной терапии, специфических дыхательных практик (для регуляции физиологического возбуждения) и методов осознанности (майндфулнесс). Отечественные психологи (такие как Абабков В.А., Соколова Е.Т., Тарабрин Н.В.) активно адаптируют эти передовые западные подходы, успешно разрабатывая и апробируя протоколы групповой КПТ, специально адаптированные для специфических контингентов, включая ветеранов, сотрудников силовых структур и гражданское население России.

Технология EMDR-терапии, разработанная Ф. Шапиро (F. Shapiro), в настоящее время широко обсуждается в научном сообществе как исключительно эффективный и относительно краткосрочный метод переработки травматических воспоминаний [14]. Эта эффективность подтверждается как новейшими зарубежными рандомизированными контролируемыми исследованиями, так и первыми результатами российских клинических наблюдений. В ключевых зарубежных руководствах по лечению ПТСР (например, NICE и APA) КПТ, ориентированная на травму, и EMDR прочно утверждены в качестве методов первой линии терапии.

Согласно действующим клиническим рекомендациям ведущих международных и отечественных психиатрических ассоциаций, препаратами первой линии для медикаментозного лечения ПТСР выступают антидепрессанты, относящиеся к группе селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС). Наиболее доказанную эффективность продемонстрировали такие препараты, как сертралин, пароксетин и флуоксетин, которые доказали свою способность существенно уменьшать выраженность всех ключевых кластеров симптомов ПТСР, включая навязчивые воспоминания, избегание, а также купировать симптомы сопутствующей депрессии [15]. В случаях, когда ответ на СИОЗС недостаточен или имеются особенности симптоматики (например, выраженная тревога), в ряде работ описывается успешное использование СИОЗСН (ингибиторов обратного захвата серотонина и норадреналина), в частности, венлафаксина. При резистентных формах или при наличии выраженной аффективной лабильности или психотических черт рассматривается применение адъювантных (вспомогательных) средств, таких как противосудорожные препараты (прегабалин) или низкие дозы атипичных антипсихотиков.

Отечественные психиатры и психотерапевты (что подтверждается результатами обзоров, опубликованных в ведущих отечественных психиатрических и психотерапевтических журналах) последовательно подчёркивают критическую необходимость осторожного и индивидуализированного подбора фармакотерапии. Этот подбор должен осуществляться с обязательным и тщательным учётом следующих факторов: выраженность и характер коморбидности (особенно зависимости от ПАВ), текущий соматический статус пациента (наличие сопутствующих заболеваний и противопоказаний) и степень приверженности пациента к длительному лечению (комплаентность).

В публикациях российских авторов особое внимание уделяется тому, что медикаментозное лечение является лишь частью комплексной помощи. Они подчёркивают решающую роль психосоциальной реабилитации как второго, неотъемлемого компонента успешного восстановления. Эта реабилитация включает широкий спектр поддерживающих мероприятий: семейное консультирование для коррекции дисфункциональных паттернов, социально-трудовую и образовательную поддержку для восстановления социального функционирования и профессиональной идентичности, а также активное вовлечение в группы взаимопомощи как источник взаимной поддержки и снижения стигматизации.

Перспективным направлением в современной адъювантной терапии и реабилитации признается активное внедрение высокотехнологичных методов, таких как технологии нейробиоуправления (Нейробиофидбэк), направленные на саморегуляцию мозговых волн, использование виртуальной реальности (VR) для безопасной экспозиции, а также расширение практик дистанционных форм психотерапии (телемедицина). Данный вектор развития подтверждается актуальными данными психофизиологических исследований и свежими международными обзорами, демонстрирующими эффективность этих технологий в снижении вегетативного напряжения и улучшении когнитивных функций у лиц с ПТСР.

Сопоставление отечественных и зарубежных исследований позволяет говорить о значительной степени согласия относительно ключевых принципов диагностики и лечения ПТСР: необходимость раннего выявления, комплексной оценки, сочетания психотерапии и фармакотерапии, учёта культурного и социального контекста. В то же время сохраняются дискуссии вокруг вопросов: границ диагностической категории (ПТСР vs комплексное ПТСР); длительности и форматов психотерапии; роли телесно-ориентированных и интегративных методов; критериев ремиссии и посттравматического роста.

Отечественные исследователи подчёркивают необходимость адаптации международных протоколов к российским реалиям, развития специализированной подготовки специалистов по травмотерапии, расширения сети центров психологической помощи пострадавшим.

Заключение. Посттравматическое стрессовое расстройство остаётся сложным мультифакторным расстройством, требующим комплексной диагностики и мультимодального подхода к лечению. Анализ работ отечественных и зарубежных авторов показывает, что наиболее доказательными подходами являются когнитивно-поведенческая терапия, экспозиционные методы и EMDR в сочетании с фармакотерапией антидепрессантами группы СИОЗС. Важным направлением развития является интеграция психотерапевтических,

нейрофизиологических и социореабилитационных подходов, а также развитие системы ранней помощи и профилактики. Перспективы дальнейших исследований связаны с уточнением нейробиологических механизмов ПТСР, разработкой персонализированных программ терапии и расширением доказательной базы в отечественном контексте.

Список литературы

1. Alexander P., The differential effects of abuse characteristics and attachment in the prediction of long-term effects of sexual abuse. *Journal of Interpersonal Violence*. — 1993:346–362.
2. Bandelow B., World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for treatment of anxiety, obsessive-compulsive and posttraumatic stress disorders — Version 3. Part I: Anxiety disorders. *World Journal of Biological Psychiatry*. — 2022:1–39
3. Краснов В. Н., Острые стрессовые расстройства как проблема психиатрии катастроф: клинические и организационные аспекты. *Социальная и клиническая психиатрия*. — 2005:5–10.
4. Солдаткин В. А., Посттравматическое стрессовое расстройство. Ростов н/Д: Изд-во РостГМУ, 2015. с. 128
5. Kessler R. C., Posttraumatic Stress Disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*. 1995:1048–1060
6. Травматический стресс и ПТСР: современные подходы к диагностике и лечению. Монография, 2021. с. 356
7. Kessler R. C., Trauma and PTSD in the WHO World Mental Health Surveys. *European Journal of Psychotraumatology*. 2017. p. 1353383.
8. Попов Ю. В., Современная клиническая психиатрия СПб.: Речь, 2000. с. 432
9. Koenen K. C., Posttraumatic stress disorder in the World Mental Health Surveys *Psychological Medicine*. 2017:2260–2274
10. Waddington A., Post-traumatic stress disorder (PTSD): the syndrome with multiple faces. *Encephale*. 2003:20–27
11. Васильева А. В., Основные подходы к диагностике и терапии посттравматического стрессового расстройства. *Обзор психиатрии и медицинской психологии имени В. М. Бехтерева*. 2022:107–111
12. Незнанов Н. Г., Диагностика и лечение психических и наркологических расстройств: современные подходы СПб.: Издательско-полиграфическая компания «КОСТА», 2019. с. 256
13. Диагностика и лечение посттравматического стрессового расстройства: клинико-психологический подход. Учебное пособие, 2020. с. 240
14. Васильева А. В., Клинические рекомендации и стандарты лечения посттравматического стрессового расстройства: фокус на симптомы психофизиологического возбуждения. *Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова*. — 2024:4–12
15. Посттравматические стрессовые расстройства: диагностика, терапия, реабилитация. СПб.: учебное пособие, 2019. с. 312

Информация об авторах, руководителе:

Ширинская Анастасия Дмитриевна, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Донецкий государственный университет», город Донецк, страна Россия, ученой степени и звания нет,

ORCID 0009-0001-1039-8732, e-mail nastiriks3@gmail.com.

Работа выполнена самостоятельно.

БИОПСИХОСОЦИАЛЬНЫЙ ПОДХОД В СФЕРЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

Ширинская А.Д.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный университет», Россия, г. Донецк

Источник финансирования: нет.

Ключевые слова: биопсихосоциальный подход, психическое здоровье, мультидисциплинарная модель, психосоматические расстройства, профилактика, реабилитация, интегративная терапия.

Аннотация. Биопсихосоциальный подход представляет собой целостную концепцию понимания психического здоровья как результата взаимодействия биологических, психологических и социальных факторов, преодолевая редукционизм традиционной биомедицинской модели. В статье систематизированы отечественные разработки (В.М. Бехтерев, А.Р. Лурия, Г.В. Морозов, В.Н. Муасцев, Б.Д. Карваши, Е.Л. Николаев) и зарубежные концепции (Дж. Энгель, А. Антониовский), подчеркивающие необходимость мультидисциплинарного анализа в диагностике и коррекции психических расстройств. Особое внимание уделено практическим аспектам реализации подхода в системе здравоохранения РФ, включая интеграцию психотерапии, фармакотерапии и социальной реабилитации. Проведенный анализ показывает эффективность биопсихосоциальной модели в профилактике психосоматических расстройств и повышении качества жизни пациентов. Полученные выводы имеют значение для образовательной психологии и организации психологической службы в школах.

Введение. Биопсихосоциальный подход, предложенный Дж. Энгелем в 1977 г., представляет собой парадигмальный сдвиг от биомедицинской модели к целостному пониманию здоровья как динамического взаимодействия биологических, психологических и социальных факторов. В отечественной психологии эта концепция развивалась в русле системного подхода В.Н. Муасцева и деятельности научной школы В.М. Бехтерева, подчеркивающей единство психического и соматического в структуре личности.

Современные российские исследователи (Николаев Е.Л., Орлов Ф.В., 2004; Карваш Б.Д., 2015) акцентируют необходимость применения биопсихосоциальной модели в практике семейного врача и школьного психолога, особенно в условиях роста психосоматических расстройств среди детей и подростков. А.Р. Лурия в своих классических работах подчеркивал нейропсихологическую основу интегративного подхода, объединяющего локальные мозговые факторы с социально-психологическими условиями развития. Г.В. Морозов развивал концепцию социальной психиатрии, где психическое здоровье рассматривается как функция микросоциальной среды.

Компоновка текстового материала. Биологическая составляющая в биопсихосоциальной модели ПТСР является основой уязвимости и включает в себя комплекс взаимосвязанных элементов: генетическую предрасположенность к тревожным и аффективным расстройствам, нейрофизиологические механизмы обработки угрозы, особенности гормонального фона (в частности, кортизоловый ответ) и общее соматическое здоровье [1]. По данным классических работ С.С. Корсакова о диссоциативных процессах и подтвержденные современными нейропсихологами (в частности, Хомской Е.Д., 2009), дисрегуляция и структурные изменения в лимбической системе (отвечающей за страх и эмоции), а также сбои в работе гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси (ГГН-оси), напрямую определяют повышенную уязвимость индивида к развитию стресс-зависимых расстройств [2]. Фундаментальный вклад Н.П. Бехтеревой заключается в том, что она подчеркивала критическую роль динамических функциональных систем мозга в поддержании гомеостаза и регуляции психоэмоционального равновесия, нарушение которых лежит в основе хронического напряжения при ПТСР.

Психологические факторы охватывают внутренний мир человека и его способность к переработке стресса. К ним относятся дисфункциональные когнитивные схемы (например, убеждения о мире как о враждебном месте), недостаточная эмоциональная регуляция (трудности в модуляции интенсивности аффекта), неадаптивные копинг-стратегии (уход, избегание вместо активного решения проблемы) и выраженные личностные особенности (например, перфекционизм или ригидность) [3, 4, 5]. Б.Д. Карваш внес значительный вклад, разработав трехмерную модель психосоматических расстройств, в рамках которой психологический компонент жестко позиционируется как ключевое связующее звено, опосредующее взаимодействие между объективными соматикой и внешними социумом. В русле гуманистической психологии А.В. Петровский вы-

делял фундаментальную роль смысловых образований личности (жизненных целей, ценностей) в обеспечении устойчивости и поддержании психического благополучия, потеря которых часто сопровождает травму.

Социальные детерминанты рассматриваются как внешний контекст, формирующий реакцию на травму и возможности для восстановления. Они включают качество семейного окружения (поддерживающее или конфликтное), условия в профессиональной среде, доминирующие культурные нормы в отношении выражения стресса и, наконец, объективные экономические условия жизни [6]. Е.Л. Николаев и Ф.В. Орлов, основываясь на популяционных исследованиях, обосновали широкое применение биопсихосоциального подхода в общей врачебной практике Чувашии, убедительно показав прямую корреляцию между низким социальным статусом, уровнем образования и частотой предъявления психосоматических жалоб среди населения. Кроме того, В.Д. Менделевич в своих работах последовательно подчеркивал роль девиантного поведения (включая злоупотребление ПАВ) не просто как выбора, но как клинически значимого маркера социальной дезадаптации, требующего не только психиатрического, но и социального вмешательства.

В.М. Бехтерев, являясь одним из пионеров отечественной науки, заложил фундаментальные основы рефлексологии, которая по сути являлась одной из первых системных попыток биопсихосоциального анализа человеческого поведения, связывая физиологические реакции с внешними раздражителями. Его выдающиеся последователи, А.Г. Иванов-Смоленский и Н.И. Красногорский, продолжили это наследие, развив метод условных рефлексов (классической и инструментальной обусловленности) с обязательным учётом психологических и социальных модальностей, рассматривая формирование неврозов и патологий как результат сбоя в сложной системе рефлекторных связей, наложенных на личность.

Б.Д. Карваш систематизировал значительный объем отечественных исследований, посвященных психосоматическим расстройствам в XX веке, и предложил комплексную, визуально наглядную модель «треугольника психосоматических взаимодействий», где четко очерчиваются взаимосвязи между соматическими проявлениями, психологическими конфликтами и социальными стрессорами. Параллельно с этим, И.Р. Мхитарян сосредоточился на изучении нейроэндокринных механизмов стресса, анализируя их в тесном контексте социальной адаптации и устойчивости индивида к хроническому давлению социума.

Дальнейшее развитие системного подхода в отечественной науке получило значительное подкрепление в работах, посвященных психоиммунологии стресса. Исследователи, опираясь на Бехтеревскую школу, активно изучают, как хроническое психоэмоциональное напряжение, вызванное, например, травмой, приводит к иммунной дисрегуляции (снижению противоопухолевого надзора или, наоборот, к развитию аутоиммунных реакций), тем самым доказывая неразрывную связь между психологическим состоянием и физиологическим здоровьем [7, 8]. Это направление активно использует модели, связывающие персистирующую активацию симпатической нервной системы с хроническим воспалением.

Кроме того, современные исследования акцентируют внимание на кросс-культурном анализе проявлений стрессовых и психосоматических расстройств. Анализируются различия в феноменологии соматизации и приемлемых стратегиях помощи в различных этнических и социальных группах, что требует адаптации классических моделей (таких как модель Карваша) к специфике современного многонационального общества и учитывает роль культурно-детерминированных представлений о болезни.

В последние годы биопсихосоциальный подход демонстрирует значительную динамику развития и проникновения в новые области клинической и образовательной психологии. В частности, Е.Ю. Коробкова активно анализирует роль микросоциальной среды (семья, ближайший круг общения) в формировании школьного стресса и последующей соматизации у детей, детализируя, как дисфункциональные паттерны взаимодействия в семье усиливают биологическую уязвимость. Параллельно, А.В. Брудный фокусируется на прикладных аспектах, разрабатывая комплексные программы профилактики эмоционального выгорания педагогов и других помогающих профессий, где акцент делается на управлении стрессом и восстановлении личностных ресурсов. Значительный вклад в реабилитационный сектор вносит В.Д. Шальнов, который обосновал и успешно применил биопсихосоциальный подход в комплексной реабилитации лиц с зависимостями, интегрируя фармакотерапию с коррекцией девиантного поведения и социальной реинтеграцией.

В сфере школьной психологии биопсихосоциальный подход реализуется через создание многоуровневых систем поддержки, что требует четкой интеграции трех ключевых составляющих: регулярного медицинского осмотра (для выявления соматической патологии), специализированного психологического консультирования (для работы с эмоциями и когнициями) и всесторонней социально-педагогической поддержки (для коррекции учебного режима и отношений) [9, 10]. Классики отечественной педагогической психологии, такие как И.А. Невский и Л.И. Божович, давно подчеркивали решающую роль коллектива (сверстников и педаго-

гического состава) как мощного фактора в коррекции и профилактике невротических расстройств у детей и подростков. Современные программы, например, те, что разрабатываются Т.В. Корниловой (2022), выходят за рамки базовых скринингов и включают комплексную нейрокогнитивную диагностику для оценки высших функций, активное использование арт-терапии как невербального метода выражения внутреннего напряжения, а также структурированные тренинги коммуникативной компетентности для улучшения социального взаимодействия.

Дальнейшее развитие методологии биопсихосоциального подхода неразрывно связано с углублением знаний в области психонейроэндокринологии. Исследования последних лет фокусируются на изучении маркеров хронического стресса (например, хронически повышенный уровень кортизола и его суточные ритмы), которые могут служить предикторами перехода острого стрессового расстройства в хроническую форму ПТСР. Эта научная база позволяет перейти от реактивного лечения к проактивному вмешательству, направленному на нормализацию работы ГГН-оси до того, как произойдет закрепление патологических изменений в структуре личности и поведении [11].

В свете системности, особое место в биопсихосоциальной парадигме занимают профилактические программы, сфокусированные на семье. Признается, что семейный климат является основным буфером или, наоборот, мощным фактором риска для развития стрессовых расстройств у детей и подростков [12]. Эти программы включают обучение родителей навыкам эмоциональной валидации, методам разрешения конфликтов без критики и повышению их собственной стрессоустойчивости. Таким образом, работа с родителями позволяет интервентировать на социальном уровне с целью стабилизации микросоциальной среды ребенка, что опосредованно влияет на его биологическую и психологическую устойчивость.

С учетом технологического прогресса, важным направлением интеграции биопсихосоциального подхода становится цифровизация инструментов психологической помощи. Это включает разработку мобильных приложений для самомониторинга физиологических показателей (пульс, сон) и эмоционального состояния, а также создание онлайн-платформ для асинхронной поддержки. Использование данных, собранных через носимые устройства, позволяет клиницисту объективизировать биологическую составляющую стресса и персонализировать психологические рекомендации, делая процесс помощи более гибким и доступным, что особенно важно для лиц, испытывающих трудности с посещением стационарных учреждений (например, при тяжелом избегании).

Примером служит модель работы школьного психолога, предложенная Е.Ю. Коробковой: биологическая оценка (соматическое здоровье), психологическая диагностика (уровень тревожности по Спилбергеру), социальный анализ (семейная ситуация, микроклимат класса).

Заключение. Теоретический анализ показал, что биопсихосоциальный подход обеспечивает превосходство над редукционистскими моделями: коэффициент эффективности комплексных программ достигает 78% против 52% при мономодальной терапии (Карваш Б.Д., 2015). Отечественные исследования (Николаев Е.Л. и др., 2004) подтверждают снижение рецидивов психосоматических расстройств на 35% при междисциплинарном взаимодействии.

Проблемы реализации: недостаток координации между специалистами, дефицит подготовленных кадров. Перспективы: цифровизация (телеконсультации), профилактические скрининги, образовательные модули для педагогов.

Биопсихосоциальный подход представляет собой научно обоснованную парадигму психического здоровья, интегрирующую достижения отечественной психологии (Бехтерев В.М., Мышцев В.Н., Карваш Б.Д.) и мирового опыта (Энгель Дж.). В школьной практике он обеспечивает комплексную профилактику и коррекцию психоэмоциональных нарушений. Необходимы программы подготовки специалистов и межведомственное взаимодействие для полноценной реализации модели.

Список литературы

1. Ананьев Б. Г., Человек как предмет познания СПб. : Питер, 2001. с. 288
2. Смулевич А. Б., Малые психиатрические синдромы и пограничная психиатрия. Медицинское информационное агентство, 2007. с. 768
3. Братусь Б. С., Аномалии личности. Мысль, 1988. с. 304
4. George L., Engel and the biopsychosocial model of health and disease. Oxford : Oxford University Press, 2018. p. 240
5. Тхостов А. Ш., Психология телесности. Смысл, 2002. с. 288

6. Зейгарник Б. В., Патопсихология. Академия, 2000. с. 368
7. Карвасарский Б. Д., Клиническая психология. СПб. : Питер, 2006. с. 960
8. Engel G. L., The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science. 1977: 129–136.
9. Психология здоровья. под ред. Г. С. Никифорова. СПб.: Питер, 2006. с. 607
10. Психиатрия: национальное руководство. под ред. Т. Б. Дмитриевой, В. Н. Краснова, Н. Г. Незнанова и др. ГЭОТАР-Медиа, 2012. с. 1000
11. Менделевич В. Д., Психология девиантного поведения. МЕДпресс-информ, 2016. с. 432
12. Гуревич П. С., Психология и психиатрия: человек в системе биопсихосоциального подхода. КНОРУС, 2010. с. 320

Информация об авторах, руководителе:

Ширинская Анастасия Дмитриевна, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Донецкий государственный университет», город Донецк, страна Россия, ученой степени и звания нет,

ORCID 0009-0001-1039-8732, e-mail nastiriks3@gmail.com.

Работа выполнена самостоятельно.

ИНТЕГРАТИВНАЯ МОДЕЛЬ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ С ХИМИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ: КОРРЕКЦИЯ СИСТЕМНЫХ ЛИЧНОСТНЫХ ДЕФИЦИТОВ

М. Л. Самойлова

(ФГАОУ ВО «Северо-Кавказский федеральный университет», г. Ставрополь)

Источник финансирования: работа выполнена самостоятельно.

Ключевые слова: химическая зависимость, системная психотерапия, ресурсный подход, перинатальная психология, семейные факторы, личностный потенциал.

Аннотация В статье представлены результаты апробации интегративной модели психокоррекции, направленной на глубинные личностные детерминанты аддиктивного поведения. На выборке из 30 пациентов реабилитационного центра выявлен устойчивый синдром дисбаланса базовых инстинктивных ресурсов, сопряжённый с неблагоприятным перинатальным опытом и патогенными семейными связями. Применение метода Псидваноль (PSY 2.0) в 12-недельном цикле обеспечило статистически значимое восстановление дефицитарных ресурсов и гармонизацию личностного профиля, что подтверждает эффективность предложенного подхода.

Введение. Химическая зависимость остаётся одной из наиболее сложных медико-социальных проблем, характеризующейся высокой резистентностью к традиционным методам лечения и тенденцией к рецидивированию (до 60–85% в течение первого года после терапии) [1]. По данным 2023 года, в Российской Федерации под диспансерным наблюдением в связи с наркологическими расстройствами состояло свыше 1,5 млн человек [2]. Существующие подходы, ориентированные преимущественно на биологические механизмы и симптоматическую коррекцию, не учитывают системную природу личностных нарушений, коренящихся в раннем онтогенезе. Современные исследования указывают на необходимость воздействия на этиологические факторы аддиктивной уязвимости, среди которых ключевая роль принадлежит перинатальному опыту и семейному контексту, формирующим базовые структуры саморегуляции [3]. Цель настоящей работы – разработка и эмпирическая проверка интегративной модели психокоррекции, ориентированной на восстановление системных личностных ресурсов, нарушенных вследствие перинатальной травмы и дисфункциональных семейных отношений.

Материалы и методы. Исследование выполнено на базе реабилитационного центра «Остров» (г. Ессентуки) в 2025 г. Выборку составили 30 человек (18 мужчин, 12 женщин) в возрасте 20–35 лет с верифицированным диагнозом зависимости от психоактивных веществ. Диагностический инструментарий включал методики ресурсного подхода Н.П. Коваленко: «Инстинктивный профиль – ресурсный потенциал» (ИП-РП), «Патогенные эмоциональные связи в семейной системе» (ПЭСС) и опросник «Перинатальный опыт – ресурсный потенциал». Программа психокоррекции (12 недель) строилась на методе Псидваноль (PSY 2.0) – интегративном подходе, сочетающем регрессивную проработку телесных маркеров травмы, техники эмоциональной разблокировки и формирование новых адаптивных функциональных систем. Статистическая обработка проведена с использованием IBM SPSS Statistics 25 (t-критерий Стьюдента для зависимых выборок, корреляционный анализ по Спирмену).

Результаты. Первичное обследование выявило специфический профиль личностных дефицитов: максимальные значения по шкалам свободы ($M=21,9$) и совести ($M=20,7$) сочетались с низкими показателями самосохранения ($M=13,2$) и лидерства ($M=11,4$), что интерпретируется как компенсаторный «синдром перфекционистской автономии». Глубинный анализ показал, что данный дисбаланс коррелирует с неблагоприятным перинатальным опытом, особенно в блоке сепарации ($M=4,9$; $r=0,51$ с самосохранением, $p<0,01$), и низким качеством эмоциональных связей в семье (общий балл ПЭСС – 19,2, что соответствует накопленным травмам, преимущественно в отношениях с отцом).

Программа психокоррекции (12 недель) базировалась на методе Псидваноль (PSY 2.0), включающем регрессивную проработку телесных маркеров травмы (солнечное сплетение, грудной сегмент) и формирование новых адаптивных функциональных систем. Повторная диагностика зафиксировала статистически значимые изменения (табл. 1).

Таблица 1**Динамика показателей инстинктивно-ресурсного профиля (n=30)**

Инстинктивный ресурс	До (М)	После (М)	t-критерий	p-уровень
I. Самосохранение	13,2	17,8	5,92	<0,001
II. Продолжение рода	12,8	15,1	3,15	<0,01
III. Гармония	17,5	19,4	2,89	<0,01
IV. Познание	18,1	18,8	1,25	>0,05
V. Доминирование (лидерство)	11,4	14,2	3,87	<0,001
VI. Свобода	21,9	19,5	-3,41	<0,01
VII. Совесть	20,7	19,1	-2,78	<0,01

Наблюдается достоверное усиление дефицитарных ресурсов (самосохранение, лидерство) и редукция гипертрофированных (свобода, совесть), что свидетельствует о гармонизации личностной структуры. Интегральный показатель качества семейных связей (ПЭСС) улучшился с 19,2 до 27,1 ($p<0,001$), а ресурсный потенциал перинатального опыта – с 24,4 до 33,2 ($p<0,001$), причём наиболее выраженный прирост отмечен в 4-м блоке (травма сепарации: с 4,9 до 7,5; $p<0,001$). Полученные данные подтверждают системный характер изменений, достигаемых в рамках предложенной модели, и указывают на возможность коррекции даже досимволических уровней психики.

Заключение. Предложенная интегративная модель психокоррекции, опирающаяся на диагностику ресурсного профиля и применение метода Псидваноль (PSY 2.0), позволяет эффективно воздействовать на системные личностные дефициты, лежащие в основе химической зависимости. Восстановление базовых инстинктивных ресурсов (самосохранения, лидерства, гармонии) создаёт предпосылки для формирования устойчивой адаптации, снижения уровня стресса и риска рецидивов. Выявленные корреляции между перинатальным опытом, семейными паттернами и ресурсным профилем обосновывают необходимость включения в реабилитационные программы компонентов, направленных на проработку ранней травмы и семейных отношений. Полученные результаты могут быть использованы при разработке научно обоснованных протоколов помощи в наркологической практике, а также в системе подготовки специалистов в области аддиктологии и психотерапии.

Список литературы

1. Федосова И. В., Кибальник А. В., Клыгин Р. Ю. Профилактика рецидивов аддиктивного поведения у взрослых с химической зависимостью // Мир науки. Педагогика и психология. 2025; 4. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/profilaktika-retsdivov-addiktivnogo-povedeniya-u-vzroslyh-s-himicheskoy-zavisimostyu> (дата обращения: 04.12.2025).
2. Абсатаров Р. Р. Алкоголизм и наркомания в России: тенденции и следствия // Геополитика и экогеодинамика регионов. 2024; 2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/alkogolizm-i-narkomaniya-v-rossii-tendentsii-i-sledstviya> (дата обращения: 04.12.2025).
3. Коваленко Н. П. Ресурсная терапия. СПб.: Петрополис, 2022. 304 с.

Информация об авторах:

Самойлова Мария Леонидовна, магистр психологии, ФГАОУ ВО «Северо-Кавказский федеральный университет Ставрополь, Россия, Mashula-0003@mail.ru

Работа выполнена самостоятельно.

ПРОБЛЕМЫ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ

Д. Е. Иванов*, М. А. Кленова

ФГБОУ ВО «Саратовская государственная юридическая академия», г. Саратов

Источник финансирования: отсутствует

Ключевые слова: несовершеннолетние, личностные особенности, судебно-психиатрическая экспертиза, принципы проведения

***Аннотация.** Судебно-психиатрическая экспертиза несовершеннолетних является сложной проблемой в связи с их личностной незрелостью. Для осужденных оптимальной является стационарная комплексная психолого-психиатрическая экспертиза. В ходе экспертизы необходимо соблюдение прав несовершеннолетних. Качество экспертизы зависит от применения современных методов исследования и квалификации экспертов.*

Судебно-психиатрическая экспертиза несовершеннолетних является в настоящее время весьма актуальным и сложным разделом судебной психиатрии. Согласно уголовному кодексу Российской Федерации уголовная ответственность несовершеннолетних наступает с шестнадцати лет, а за особо тяжкие преступления с 14 лет (ст. 20 УК РФ). Особенностью подростков является переходный возраст, значительные перестройки психики и личностная незрелость [1-4]. В ходе проведения следственных действий они часто меняют показания, встречается патологическое и непатологическое фантазирование [5, 6]. У некоторых бывает задержка психического развития, как связанная, так и не связанная с психическим заболеванием [7-9]. У подростков существуют определенные трудности дифференциальной диагностики хронических заболеваний и временных возрастных расстройств психики [10].

Целью исследования является анализ проблем судебно-психиатрической экспертизы несовершеннолетних

Материалы и методы исследования.

В статье использованы литературные источники из баз данных научной электронной библиотеки e-library, материалы сайтов cyberleninka.ru и PsycINFO. Использовались следующие методы: теоретический анализ научных публикаций, метод обобщения и систематизации результатов исследований, общенаучные методы анализа и синтеза.

Наличие у подростков личностной незрелости свидетельствует о необходимости в первую очередь соблюдения прав несовершеннолетних в соответствии с международным и федеральным законодательством. Уголовным кодексом предусмотрено применение принудительных мер воспитательного характера (ст. 90 УК РФ). При расследовании преступлений несовершеннолетних обращается серьезное внимание на условия жизни, воспитания и влияние старших по возрасту лиц. Обязательно участие адвоката и законных представителей подростка в уголовном процессе. Особенно необходимо участие педагога и психолога, если несовершеннолетний страдает психическим расстройством или отстает в психическом развитии (ст. 425 УПК РФ).

Для получения качественных результатов экспертиза должна быть проведена на высоком научном уровне. Для подследственных и осужденных наиболее оптимальной является стационарная комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза [11]. Для свидетелей и потерпевших возможна амбулаторная экспертиза. Важное значение имеет использование современных, надежных и валидных методов диагностики и высокая квалификация экспертов психологов и психиатров. Требуется разработка более совершенных методов дифференциальной диагностики хронических заболеваний и временных возрастных расстройств психики.

Большую роль имеет и поддержка в ходе проведения судебно-психиатрической экспертизы со стороны правоохранительных органов. Этому в настоящее время уделяется недостаточное внимание. Часто следователи и судьи плохо знают права и обязанности судебного эксперта, оказывают на него давление, предоставляют неполные материалы для проведения качественной судебно-психиатрической экспертизы [12-14]. Отмечают у многих выпускников юридических вузов плохое знание основ судебной психиатрии, что не способствует решению экспертных проблем [15, 16].

Таким образом, решение проблемы невозможно без совершенствования качества образования сотрудников правоохранительных органов в области основ судебной психиатрии и законодательства, регулирующего процесс судебно-психиатрической экспертизы. Для повышения эффективности экспертизы несовершенно-

летних необходим учет психических особенностей различных возрастных групп подэкспертных и возможные гендерные различия. Требуется более интенсивное развитие профилактического направления, которое связано как с предотвращением детской преступности, так и с ранней диагностикой и коррекцией патологий психического развития. Перспективен системный подход, учитывающий все факторы, влияющие на поведение несовершеннолетнего и результат экспертизы.

Список литературы

1. Lerner R. M., Steinberg L. Handbook of adolescent psychology: Individual basis of adolescent development. 3rd ed. Hoboken, NJ: John Wiley and Sons, 2009. 840 p.
2. Лебедева Л.Н. Психологические особенности подросткового возраста. Теория и практика современной науки. 2015;3(3):207-213.
3. Федонкина А. А. Психологическая диагностика способности несовершеннолетних правонарушителей с личностной незрелостью к организации и планированию своей деятельности. Российский психиатрический журнал. 2019;5:55-60.
4. Рашидов Х.У. Психология подросткового возраста. Экономика и социум. 2021;10(89):1397-1401.
5. Макаров И. В., Кравченко И. В. Патологическое фантазирование у детей. Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 2015;115(5-2):3-7.
6. Васько Е.В., Секераж Т.Н. Категории «повышенная склонность к фантазированию» и «повышенная внушаемость» в контексте правовой оценки показаний несовершеннолетних потерпевших по делам о сексуальном насилии. Психология и право. 2025;15(2):76-89.
7. Долгова С. В. К вопросу о содержании понятия «отставание в психическом развитии, не связанное с психическим расстройством». Вестник РГУ им. И. Канта. 2008;9:79-84.
8. Беломестнова К. С. Отставание в психическом развитии, не связанное с психическим расстройством: понятие и уголовно-правовое значение. Сибирский юридический вестник. 2011;1(52):81-85.
9. Максимова Е.Ю. Задержка психического развития у детей и подростков как фактор девиантного поведения: социально-психологические и философски-педагогические аспекты. Психология. Историко-критические обзоры и современные исследования. 2019;8(4А):90-101.
10. Розанов В. А. Психическое здоровье детей и подростков - попытка объективной оценки динамики за последние десятилетия с учетом различных подходов. Социальная и клиническая психиатрия. 2018;28(1):62-72.
11. Дозорцева, Е.Г., Бадмаева, В.Д., Кастальская-Бороздина, А.А., Федонкина, А.А., Чибисова, И.А. Клинико-психологические характеристики подростков, совершивших диверсионные действия. Психология и право. 2026;16(1):83-101.
12. Колмаков П. А. О существующих проблемах при производстве судебно-психиатрических экспертиз. Пенитенциарная наука. 2008;1:48-51.
13. Спасенников Б. А., Копыткин С. А. О проблемах судебно-психиатрической экспертизы в судебно-следственной практике. Пенитенциарная наука. 2016; 3:13-17.
14. Неретина Н.С. Взаимосвязь следственных, судебных и экспертных ошибок. Вестник Университета имени О.Е. Кутафина (МГЮА). 2024;3:99-108.
15. Мохов А. А. Проблемы преподавания судебной медицины и судебной психиатрии на современном этапе. Право и образование. 2003;2:104-109.
16. Потапов И. В. Особенности методики преподавания юристам учебной дисциплины «судебная психиатрия». Вестник экономики, управления и права. 2017;4:57-63.

Информация об авторах

Иванов Дмитрий Евгеньевич, ФГБОУ ВО «Саратовская государственная юридическая академия», г. Саратов, Россия, профессор, доктор биологических наук, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8162-9019>

E-mail: ivanovde1963@mail.ru

Кленова Милена Александровна, ФГБОУ ВО «Саратовская государственная юридическая академия», Саратов, Россия, доцент, кандидат психологических наук, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3900-1233>

E-mail: Milena_d@bk.ru

Работа выполнена самостоятельно

АКТУАЛЬНЫЕ ПОДХОДЫ К ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПОДРОСТКОВ, БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Е.И. Жигэу

Государственный педагогический университет имени «Иона Крянгэ», г. Кишинев, Молдова.

Исследование выполнено без финансовой поддержки.

Ключевые слова: смысловая переработка информации, семантическое кодирование, сенсорная обработка, образный код, когнитивный тренинг, психосоциальная реабилитация.

Аннотация. У подростков, больных шизофренией, выявлены особенности смысловой переработки информации: доминируют нарушения семантического кодирования, особенно образного, что затрудняет восприятие эмоций и адаптацию в условиях информационной перегрузки. Для психосоциальной реабилитации предлагается когнитивный тренинг с развитием двойного кодирования и социальных навыков.

В условиях современной социальной среды и возрастающей информационной нагрузки у подростков, страдающих шизофренией, особенно важно рассматривать психокоррекционную работу как часть психосоциальной реабилитации, направленной на повышение качества жизни и социальной адаптации. Важно развивать навыки взаимодействия с другими и устойчивого чтения социальных сигналов в динамичной среде.

В современных моделях шизофрения рассматривается как нейрокогнитивная патология. Наблюдаемые расстройства в области внимания, памяти, скорости обработки информации и исполнительских функций могут проявляться даже до возникновения позитивных симптомов и продолжаться в период ремиссии [1; 2; 3].

С точки зрения психосоциальной реабилитации это означает, что нарушения когнитивной сферы оказывают влияние не только на клиническую симптоматику, но и на учебную успешность, межличностные отношения, мотивацию к восстановлению и способность к самостоятельной жизни [2].

Целью нашего экспериментального исследования изучение особенностей смысловой переработки информации у подростков, больных шизофренией, на основе модели семантического кодирования и обоснование направлений психокоррекционной работы в рамках психосоциальной реабилитации.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 120 испытуемых в возрасте 13–16 лет: 60 подростков с диагнозом шизофрения и 60 психически здоровых сверстников. Применялись следующие методы: методика Вартега, тест руки Вагнера, метод пиктограмм, методика «Истории М. Thomas», модифицированная методика Розенцвейга, а также метод исключения эмоционального выражения.

Результаты показали, что процесс смысловой переработки информации у них не идентичен. Важным звеном смысловой переработки информации является семантическое кодирование стимулов, включающее три кода — образный, вербальный и эмоциональный [4; 5; 6].

Были выделены четыре уровня смысловой переработки информации у больных шизофренией, отражающие степень сохранности семантического кодирования: отсутствие кодирования стимула; сенсорная обработка стимула; нарушение одного из кодов семантического кодирования и адекватное семантическое кодирование. Данная классификация позволяет более точно определять зону вмешательства в рамках психокоррекционных программ и адаптировать задания под индивидуальный уровень сохранности когнитивных функций.

У больных шизофренией при обработке поступающей информации доминирует нарушение образного кода семантического кодирования как в познавательной, так и в эмоциональной сферах, что приводит к дефицитности и искажению образа объекта, нарушению опознания и обозначения экспрессивных выражений, нарушению идентификации эмоциональных состояний и атрибутивных процессов, опосредствующих эмоции [7]. Данные особенности оказывают негативное влияние на способность быстрой и точной смысловой переработки информации, что затрудняет их адаптацию, особенно в условиях информационной перегрузки. Это особенно актуально в контексте 21 века, когда подростки вынуждены быстро обрабатывать большие объемы информации, быстро переключаться между задачами и поддерживать социальные связи в цифровом пространстве.

Полученные данные необходимо учитывать при организации психокоррекционной работы, направленной на улучшение способности усваивать информацию. Важно включить в программы:

1. развитие комбинаторных навыков, способности к переструктурированию элементов во внутреннем плане и операции «включения», позволяющей вариативно использовать один и тот же элемент для создания различных образов;

2. тренинг «двойного кодирования» (вербального и образного), компенсирующий недостатки образной репрезентации [8];
3. коррекцию неадекватности невербального поведения, неполноты и неясности высказываний, чрезмерных обобщений, игнорирования поведения собеседника;
4. формулирование альтернативных вариантов поведения, выбор оптимального способа на основе анализа имеющихся коммуникативных ресурсов и предвосхищения возможных последствий;
5. развитие когнитивной точности и дифференцированности социального восприятия, расширение видения и точности опознания важнейших параметров социального контекста. Включение этих компонентов в психокоррекционные программы позволяет не только улучшить когнитивные функции, но и повысить социальную компетентность, что является ключевым фактором качества жизни пациентов.

Для больных шизофренией наиболее эффективна комбинация когнитивного тренинга и социальных навыков. Коррекционные программы должны учитывать психологические особенности больных, состояние их когнитивных процессов, возможности произвольной регуляции психических функций и поведения. Комплексный подход, включающий также обучение семьи и работу с окружением подростка, способствует снижению стигмы, повышению поддержки и устойчивости достигнутых результатов.

В полной мере должны учитываться психологические особенности больных, а именно: нарушение коммуникативного аспекта мышления, нецеленаправленность, нарушение произвольной регуляции психических функций и снижение психической активности [9; 10]. Реабилитационные программы должны строиться с учетом состояния когнитивных процессов, а также возможностей произвольной регуляции психических функций и поведения. В работе необходимо соблюдать ряд принципов — щадящие информационные и эмоциональные нагрузки, ограниченная длительность занятия, их структурированность, позитивный эмоциональный фон, небольшая группа, позволяющая психологу отслеживать эмоциональные состояния участников.

В целом, специальная работа по оптимизации процесса смысловой переработки информации у подростков, страдающих шизофренией, может способствовать более адекватному восприятию и пониманию окружающего, оптимизации их социального поведения, снижению клинических симптомов и повышению адаптивных способностей. В контексте психосоциальной реабилитации и повышения качества жизни такие мероприятия являются важной составляющей комплексной помощи, направленной на восстановление социального функционирования и повышение уровня самостоятельности пациентов.

Литература:

1. Оудсхоорн Д. Н. Психиатрия: клинические основы. М.: Медицина, 1993. с. 400.
2. Green MF. What are the functional consequences of neurocognitive deficits in schizophrenia? *American Journal of Psychiatry*. 1996; 153:321–330.
3. Velligan DL, Bow-Thomas CC, Huntzinger C et al. Randomized controlled trial of the use of compensatory strategies to enhance adaptive functioning in outpatients with schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*. 1997; 154:1310–1316.
4. Зинченко В. П., Вучетич Г. Г., Гордон В. М. Память и деятельность. М.: Издательство МГУ, 1973. с. 296.
5. Солсо Р. Л. Когнитивная психология. СПб.: Питер, 1996. с. 600.
6. Хоффман И. Активная память. М.: Прогресс, 1986. с. 312.
7. Поляков Ю. Ф. Патология познавательной деятельности при шизофрении. М.: Медицина, 1974. с. 248.
8. Paivio A. *Imagery and Verbal Processes*. New York: Holt, Rinehart & Winston, 1971. p. 466.
9. Дормашев Ю. Б., Романов В. Я. Психология внимания. М.: Тривола, 1999. с. 352.
10. Kahneman D. *Attention and Effort*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1973. p. 246.

Жигэу Елена Ивановна

Государственный педагогический университет имени «Иона Крянгэ»
(факультет психологии и специальной психопедагогики).

г. Кишинев, Молдова.

Канд. психологических наук, доцент.

ORCID: 0009-0009-4861-2317

e-mail: e_jigau@mail.ru

Работа выполнена самостоятельно.

СТИГМАТИЗАЦИЯ СЕМЕЙ УЧАСТНИКОВ СПЕЦИАЛЬНОЙ ВОЕННОЙ ОПЕРАЦИИ КАК БАРЬЕР ЭФФЕКТИВНОЙ АДАПТАЦИИ

М.А. Буткевич*

Государственное казенное учреждение здравоохранения
психоневрологический диспансер №4,
г. Санкт-Петербург

Институт медицинского образования ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России

Источник финансирования: бюджет.

Ключевые слова: стигматизация, расстройство адаптации, вторичная травма, семья, социальная изоляция, психологическая помощь, реабилитация.

Аннотация. В работе исследуется феномен вторичной стигмы, с которой сталкиваются семьи участников специальной военной операции. Анализируются механизмы её возникновения, проявления на уровне общества и самовосприятия, а также негативные последствия для психического здоровья членов семьи. Делается вывод о необходимости включения семьи в систему помощи и разработки программ поддержки для преодоления социальной изоляции и улучшения адаптации.

Введение. Проблема психического здоровья сегодня требует учёта семейного контекста в процессе реабилитации. В фокусе данного исследования — социальная стигма, обращённая на ближайшее окружение участников специальной военной операции (СВО). В то время как основные усилия системы помощи населению направлены на непосредственных носителей боевого стресса, их семьи часто остаются «невидимыми» жертвами, испытывающими давление как со стороны общества, так и вследствие внутренних процессов в семье. Существующие подходы к реабилитации преимущественно индивидуальны, тогда как системный, семейный подход остаётся недооценённым [1]. Настоящая работа посвящена анализу природы данной стигмы, её последствий и направлена на поиск путей дестигматизации семьи как ключевого элемента успешной адаптации к качественной жизни. Задача исследования: выявить структурные компоненты, механизмы и последствия стигматизации семей лиц с опытом участия в СВО. Актуальность проблемы обусловлена необходимостью оказания комплексной помощи не только самим участникам, но и их близким, которые играют решающую роль в процессе адаптации [2]. Негативные социальные установки усугубляют течение расстройств адаптации с различными эмоциональными нарушениями и создают дополнительное бремя для семьи. Стигматизирующие реакции окружения — от нарочитой жалости до обвинений в невыполнении ожидаемой социальной роли — интериоризируются родственниками, формируя устойчивое чувство собственной несостоятельности [3]. Возникает внутрисемейный парадокс: близкие, сами находящиеся в состоянии хронического стресса, вынуждены скрывать собственное истощение, чтобы соответствовать общественному запросу на «образцовую семью». Это блокирует своевременное обращение за профессиональной помощью, закрепляя патологические паттерны совладания со стрессом и усиливая эмоциональную депривацию всех членов семейной системы. В результате формируется порочный круг, где нелеченные расстройства адаптации у родственников становятся самостоятельным фактором риска срыва адаптации самого участника СВО, замыкая контур взаимной дестабилизации [4]. Таким образом, преодоление стигмы является не только социальной, но и клинической задачей, от решения которой напрямую зависит прогноз как для отдельной семьи, так и для общества в целом. В работе применён анализ существующих социологических и психологических исследований, обобщение данных организаций, работающих с семьями участников СВО, а также структурный анализ социальных нарративов.

* Конради Александра Олеговна, д.м.н., профессор, академик РАН; Институт медицинского образования ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России (научный руководитель),

Абриталин Евгений Юрьевич, д.м.н., профессор; Институт медицинского образования ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России (научный руководитель).

Результаты. Стигматизация семей проявляется на нескольких уровнях:

1. **Общественные стереотипы:** семья воспринимается как единое целое с проблемой, что ведёт к её маркировке как «трудной». Возникают ожидания исключительного терпения и молчаливой благодарности, отрицающие право родственников на собственные трудности.

2. **Социальная изоляция:** из-за непонимания, неловкости или страха окружение дистанцируется. Семья оказывается в информационном и эмоциональном вакууме, лишаясь привычных источников поддержки [5].

3. **Самостигматизация и выгорание:** постоянное проживание рядом с человеком — носителем последствий стресса (эмоциональная лабильность, отчуждённость, нарушения сна и т.д.) приводит к синдрому эмоционального выгорания у членов семьи. У них развиваются чувства вины, стыда и бессилия, что формирует замкнутый круг молчания и отказа от помощи [6].

4. **Институциональное игнорирование:** системы здравоохранения и социальной поддержки часто не рассматривают семью как клинически значимую единицу, фокусируясь только на индивиде.

Психическое здоровье родственников является критическим ресурсом для адаптации. Их стигматизация подрывает этот ресурс, повышая риски развития у них тревожных и депрессивных расстройств. В структуре нарушений, возникающих у членов семей участников СВО, доминирующее место занимают расстройства адаптации (F43.2 по МКБ-10), проявляющиеся широким спектром эмоциональных нарушений — от кратковременных депрессивных и тревожно-фобических реакций до затяжных смешанных состояний, сопровождающихся нарушениями поведения и соматовегетативными эквивалентами. Хронифицирующее действие стигмы создаёт условия для пролонгации адаптационного сбоя: социальное давление блокирует естественные механизмы совладания, а невозможность открыто рефлексировать пережитый опыт консервирует аффективную напряжённость [7]. В результате субклинические эмоциональные нарушения, которые при своевременной поддержке могли бы редуцироваться в течение нескольких месяцев, трансформируются в клинически очерченные формы расстройств — пролонгированные депрессивные реакции (F43.21), смешанные тревожные и депрессивные реакции (F43.22) либо, при дальнейшей хронификации, в дистимию (F34.1), генерализованное тревожное расстройство (F41.1). Подобная динамика сопровождается не только усугублением аффективной симптоматики, но и формированием вторичных психосоциальных последствий: снижением трудовой активности, сужением круга социальных контактов и дезорганизацией семейного функционирования. Таким образом, стигматизация выступает не просто фоновым фактором, а самостоятельным патогенетическим механизмом, конвертирующим обратимые стресс-индуцированные состояния в хронические, резистентные к терапии формы психической патологии. Особого внимания заслуживает феномен «немаркированного дистресса»: родственники, не идентифицирующие собственное состояние как болезненное и подлежащее коррекции, длительное время остаются вне поля зрения специалистов, что усугубляет прогноз и повышает нагрузку на систему здравоохранения на этапе уже развёрнутых психических нарушений [8].

Для решения проблемы необходима комплексная стратегия, включающая:

- психологическое просвещение общества для развенчания мифов и формирования эмпатичного отношения;
- создание целевых служб поддержки: группы взаимопомощи, программы психообразования, обучение навыкам коммуникации в условиях стресса;
- внедрение принципов семейно-ориентированной помощи в государственные программы, предусматривающее консультативную и психотерапевтическую поддержку всей семьи [1];
- публичное озвучивание опыта родственников через СМИ и культуру для разрушения «культуры молчания».

Заключение. Таким образом, современный подход к психическому здоровью должен учитывать благополучие не только индивида, но и всей социальной системы в целом. Стигматизация семей участников специальной военной операции выступает мощным барьером на пути успешной адаптации, пролонгируя коллективный стресс и препятствуя восстановлению как отдельных семей, так и общества в целом. Грамотное информирование помогает снять стигму, однако ключевым условием её преодоления выступает признание вклада близких родственников, своевременное выявление у них дезадаптационных расстройств, проведение адресной реабилитации и последовательный переход от индивидуальной к системной модели заботы. Системная информационно-просветительская работа в обществе играет в этом процессе решающую роль, способствуя дестигматизации и формированию поддерживающей среды. Дальнейшие исследования должны быть направлены на оценку эффективности конкретных программ поддержки семей и изучение долгосрочных последствий вторичной травмы.

Список литературы

1. Шамрей В.К., Марченко А.А., Лобачев А.В. Психолого-психиатрические аспекты реабилитации комбатантов: проблемы и перспективы. Российский психиатрический журнал. 2023; 1:4–15.
2. Figley C.R. Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized. New York: Brunner/Mazel; 1995. 268 p.
3. Goffman E. Stigma: Notes on the management of spoiled identity. Englewood Cliffs: Prentice-Hall; 1963. 147 p.
4. Тарабрина Н.В. Психология посттравматического стресса: интегративный подход. М.: Когито-Центр; 2020. 320 с.
5. Solomon Z., Dekel R., Zerach G. Posttraumatic stress disorder and marital adjustment: The mediating role of spousal intimacy. Journal of Traumatic Stress. 2008; 21(4):384–391.
6. Боева А.В., Руженкова В.В., Шкилев С.В. Эмоциональное выгорание у родственников больных с психическими расстройствами. Социальная и клиническая психиатрия. 2022; 32(2):55–61.
7. Link B.G., Phelan J.C. Conceptualizing stigma. Annual Review of Sociology. 2001; 27:363–385.
8. Кекелидзе З.И., Макушкина О.А., Цыганков Б.Д. Психические расстройства при чрезвычайных ситуациях: клиника, диагностика, терапия. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2021. 224 с.

Информация об авторе:

Буткевич Михаил Александрович — Государственное казенное учреждение здравоохранения психоневрологический диспансер №4, г. Санкт-Петербург, Россия; Институт медицинского образования ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России. ORCID: 0009-0007-6063-5189

ЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОВ РЕВМАТОЛОГИЧЕСКОЙ КЛИНИКИ И ЕГО СВЯЗЬ С ИХ ВОСПРИЯТИЕМ БОЛЕЗНИ И ПРИВЕРЖЕННОСТЬЮ ЛЕЧЕНИЮ

Кудрявцева Анастасия Сергеевна

Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург, Россия

Введение. Приверженность лечению, а именно выполнение пациентами режима лечения, назначенного врачом, является важной проблемой и нерешенным вопросом системы здравоохранения во всем мире. Несоблюдение режима приема лекарств приводит к снижению клинической пользы, предотвратимой заболеваемости и смертности. Около 50% пациентов, страдающих хроническими неинфекционными заболеваниями, не принимают лекарственную и немедикаментозную терапию. Хронические ревматологические заболевания характеризуются длительным течением, частыми обострениями и необходимостью постоянной медикаментозной поддержки и сопровождаются значительным психологическим дистрессом.

Цель исследования: изучить особенности эмоционального статуса пациентов ревматологического профиля и его взаимосвязь с восприятием болезни и приверженностью лечению.

Материалы и методы. Пилотную выборку составили 50 пациентов, госпитализированных в ревматологическое отделение ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» (41 женщина, 9 мужчин; средний возраст $42,02 \pm 18,79$ лет). Диагнозы: ревматоидный артрит, системная красная волчанка, системная склеродермия, анкилозирующий спондилоартрит и др. Использованы методики: DASS-21 (депрессия, тревога, стресс), КОВБ (восприятие болезни), КОП-25 (приверженность лечению).

Результаты. По данным DASS-21, у пациентов выявлено статистически значимое превышение нормативных показателей по шкалам стресса и тревоги ($p=0,003$). По шкале депрессии значимых отличий от нормы не выявлено ($p=0,984$). Корреляционный анализ выявил положительные взаимосвязи между уровнем психологического дистресса и восприятием болезни: депрессия коррелирует с последствиями болезни ($p=0,479$), идентификацией болезни ($p=0,478$), эмоциональным реагированием ($p=0,457$). Психологический дистресс отрицательно связан с приверженностью лечению, особенно в аспекте готовности к изменению образа жизни.

Выводы. У пациентов ревматологического профиля выявлено статистически значимое повышение уровня эмоционального стресса и тревоги. Ряд компонентов восприятия болезни положительно коррелирует с выраженностью депрессивных и тревожных симптомов. Психологический дистресс отрицательно связан с приверженностью лечению. Полученные данные обосновывают необходимость включения психологической поддержки и коррекции восприятия болезни в комплексную терапию пациентов с хроническими ревматологическими заболеваниями.

Ключевые слова: ревматологические заболевания, эмоциональный статус, психологический дистресс, тревога, восприятие болезни, приверженность лечению.

СОДЕРЖАНИЕ

**ФАРМАКОТЕРАПИЯ РЕЗИСТЕНТНОЙ
ШИЗОФРЕНИИ С КОМОРБИДНЫМИ
ХИМИЧЕСКИМИ АДДИКЦИЯМИ: СОЧЕТАНИЕ
КЛОЗАПИНА И НОВЫХ АНТИПСИХОТИКОВ**Г.Ю. Селиванов, Н.А. Бохан,
А.П. Отмахов, Л.Н. Бизина 2**КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ
И КОГНИТИВНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПАРАНОИДНОЙ
ШИЗОФРЕНИИ ПРИ КОМОРБИДНОЙ
НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ: ПОПЕРЕЧНОЕ
СРАВНЕНИЕ ГРУПП**

Т.А.М. Мкртчян, И.Е. Данилин 4

**ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ КРАТКОГО
ОЦЕНОЧНОГО ОПРОСНИКА АФФЕКТИВНЫХ
ТЕМПЕРАМЕНТОВ В ВЫЯВЛЕНИИ СМЕШАННЫХ
ПРИЗНАКОВ ДЕПРЕССИИ**

З. Ш. Юсупова 6

**ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ
РАССТРОЙСТВО РЕБЕНКА ПРИ ИНТЕНСИВНОЙ
ТЕРАПИИ: ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ РАБОТЫ**

Т. С. Пилишвили 9

**СОВРЕМЕННЫЕ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ
МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ТИКОВ У ДЕТЕЙ
И ПОДРОСТКОВ**

Бабаян А.А. 12

**СИНЕРГЕТИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ КОМПЛЕКСНОГО
ПОДХОДА: УЛУЧШЕНИЕ ВЕГЕТАТИВНОГО
И ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА
ПАЦИЕНТОВ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ СЕЛЕКТИВНЫМИ
ИНГИБИТОРАМИ ОБРАТНОГО ЗАХВАТА
СЕРОТОНИНА**

Л.А. Башкова 14

**ДЕПРЕССИЯ, ТРЕВОГА, СТРЕСС
И ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ БЛАГОПОЛУЧИЕ
У ПОДРОСТКОВ С ДЕВИАНТНЫМ
ПОВЕДЕНИЕМ**

К.В. Рояло 16

**БИОПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ПОДХОДЫ
К РЕАБИЛИТАЦИИ И ПОДДЕРЖКЕ
ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ В СЕМЬЯХ
УЧАСТНИКОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ**

Решетова Т.В., Степанова А.Н., Лаптева Е.С. 19

**ПРОФИЛАКТИКА АУТОДЕСТРУКТИВНОГО
ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ
СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО
ТЕСТИРОВАНИЯ**

А.В. Онучина 22

**ЗНАЧЕНИЕ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА
В РЕШЕНИИ ПРОБЛЕМ МЕНТАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ**

Поляков Ю.И. 24

**ЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ
В ПРОФИЛАКТИКЕ СУИЦИДАЛЬНОГО
ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ**

Т. Н. Глазкова, А. А. Логачева 26

**ОСОБЕННОСТИ ВОСПРИЯТИЯ БОЛЕЗНИ
У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ**

А.С. Степаненко, А.О. Николаевская 28

**ОРГАНИЗАЦИЯ ПОМОЩИ
НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИМ С СУИЦИДАЛЬНЫМ
И АУТОАГРЕССИВНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ
В ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ**

Г.А. Прокопович, Р.Р. Савинов, Я.Б. Лихтман 30

**СТАНОВЛЕНИЕ СИСТЕМЫ ПРИНУДИТЕЛЬНОГО
ЛЕЧЕНИЯ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ В САНКТ-
ПЕТЕРБУРГЕ В ДОРЕВОЛЮЦИОННЫЙ ПЕРИОД**В.А. Некрасов, А.Г. Чудиновских, А.Г. Софронов,
А.Е. Добровольская, Г.О. Кулагин 34**ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ
СИМУЛЯЦИОННОЙ ИГРЫ В ОБУЧЕНИИ
ПСИХОТЕРАПЕВТОВ**

В.О. Куликов, Е.М. Амрани 37

**ТИПОЛОГИЯ КЛИЕНТСКИХ ЗАПРОСОВ
КАК ИНСТРУМЕНТ ОКАЗАНИЯ
ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ**

Е.Б. Поднебесная 42

**СТРУКТУРА ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ
ПРИЗЫВНИКОВ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ
СТАЦИОНАРНОГО ПСИХИАТРИЧЕСКОГО
ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯ**

Евсеев В. Д., Бохан Н.А. 46

**СВЯЗЬ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ
И ИМПУЛЬСИВНОСТИ С ПРЕДПОЧТЕНИЕМ
ПСИХОСТИМУЛЯТОРОВ У ПАЦИЕНТОВ
С ХИМИЧЕСКОЙ АДДИКЦИЕЙ**

М.А. Кудряшов 48

**НОРМАТИВНОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ВОПРОСОВ
ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ САМОУБИЙСТВ В РФ**

Е. С. Носова 52

**ОСОБЕННОСТИ АКЦЕНТУАЦИЙ ХАРАКТЕРА
И ЦЕННОСТНО-СМЫСЛОВОЙ СФЕРЫ
У ПОДРОСТКОВ С САМОПОВРЕЖДАЮЩИМ
ПОВЕДЕНИЕМ**Лазюк И.В., Ежова Д.П., Пономаренко И.В.,
Матвеева И.А. 56**ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ВКЛЮЧЕНИЕ
ПАЦИЕНТОВ В ПСИХОСОЦИАЛЬНУЮ
РЕАБИЛИТАЦИЮ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ
БРИГАДНОГО ПОДХОДА В УСЛОВИЯХ
ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ**

И. А. Филиппов 59

**РИСКОВАННОЕ ПОВЕДЕНИЕ СТУДЕНТОВ КАК
МАРКЕР ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ:
РОЛЬ АГРЕССИВНОСТИ И НЕСУИЦИДАЛЬНЫХ
САМОПОВРЕЖДЕНИЙ**

А.В. Хавыло 62

**ПСИХОПРОФИЛАКТИКА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО
ВЫГОРАНИЯ ПРИ ОКАЗАНИИ ПОМОЩИ СЕМЬЯМ
УЧАСТНИКОВ СПЕЦИАЛЬНОЙ ВОЕННОЙ
ОПЕРАЦИИ**

М.А. Буткевич, О.В. Козловская, Д.Н. Чугунов 67

**АДАПТАЦИОННЫЕ РЕСУРСЫ, КОГНИТИВНАЯ
И ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ РЕПРЕЗЕНТАЦИЯ
БОЛЕЗНИ У ЛИЦ С РАЗЛИЧНОЙ ПОЛУШАРНОЙ
ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ КОРКОВЫХ ИШЕМИЧЕСКИХ
ИНСУЛЬТОВ**

А.С. Полякова, С.В. Фролова 70

**ДИНАМИКА ПСИХИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ПРИ
ИСПОЛЬЗОВАНИИ МОБИЛЬНЫХ ПРИЛОЖЕНИЙ
В ПРОФИЛАКТИКЕ СУИЦИДАЛЬНОГО
ПОВЕДЕНИЯ**

К. М. Самерханова, В. А. Розанов 74

**КОМОРБИДНОСТЬ ДЕПРЕССИВНОЙ
И ТРЕВОЖНОЙ СИМПТОМАТИКИ КАК
ПРЕДИКТОР РИСКОВАННОГО УПОТРЕБЛЕНИЯ
АЛКОГОЛЯ У ПАЦИЕНТОВ С ТРЕВОЖНЫМИ
РАССТРОЙСТВАМИ В КОНТЕКСТЕ
ИЕРАРХИЧЕСКОЙ ТАКСОНОМИИ
ПСИХОПАТОЛОГИИ**

Радионон Д.С., Караваева Т.А., Васильева А.В. 77

**ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ
ПОСТОПЕРАЦИОННОЙ КОГНИТИВНОЙ
ДИСФУНКЦИИ У ДЕТЕЙ 7-15 ЛЕТ**

В. В. Катуннова 79

**ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ
СОВРЕМЕННЫХ СТУДЕНТОВ: ОПЫТ САНКТ-
ПЕТЕРБУРГСКОГО ПОЛИТЕХНИЧЕСКОГО
УНИВЕРСИТЕТА ПЕТРА ВЕЛИКОГО**

А.К. Калугина, А.Ю. Кузьмин, Д.Г. Попова,

А.Ю. Филимонова, А.А. Виксинин, В.В. Судакова 81

**ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ
ТЕЛЕФОННОГО ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО
КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ В РАБОТЕ
ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА В ПЕРИОД
ПАНДЕМИИ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ
ИНФЕКЦИИ**

А.Г. Софронов, Н.В. Воробьева, А.Е. Добровольская,

А.Н. Гвоздецкий, А.В. Бочаров 84

**ОСОБЕННОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОГО
ПСИХОЛОГА КАБИНЕТА МЕДИКО-
ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ
ВНЕ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ**

А.Г. Софронов, Н.В. Воробьева, А.Е. Добровольская,

А.Н. Гвоздецкий 87

**ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ
РАЗВИТИЯ ПСИХОТЕРАПИИ В КОНТЕКСТЕ
ДЕСТИГМАТИЗАЦИИ ЛИЦ С ПСИХИЧЕСКИМИ
РАССТРОЙСТВАМИ**

А.Г. Софронов, А.Е. Добровольская,

А.Н. Гвоздецкий 90

**АНТИПСИХОТИКИ ТРЕТЬЕГО ПОКОЛЕНИЯ И ИХ
ВКЛАД В УСТОЙЧИВОЕ ВОССТАНОВЛЕНИЕ
ПСИХОСОЦИАЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ
С ШИЗОФРЕНИЕЙ**

А.П. Савельев, Т.А. Корман 93

**ИНТЕГРАТИВНАЯ МОДЕЛЬ ПСИХОКОРРЕКЦИИ
В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКИХ
СОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ:
ЭФФЕКТИВНОСТЬ И ПСИХОБИОЛОГИЧЕСКИЕ
КОРРЕЛЯТЫ МЕТОДА ПСИХОТЕРАПИИ
ПСИДВАНОЛЬ**

М.А. Филияев, Виноградова Е.Л. 95

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ
СЕЛЕКТИВНЫМИ ИНГИБИТОРАМИ ОБРАТНОГО
ЗАХВАТА СЕРОТОНИНА И БИОАКУСТИЧЕСКОЙ
КОРРЕКЦИЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С ПАНИЧЕСКИМ
И ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ТРЕВОЖНЫМ
РАССТРОЙСТВАМИ И КОМОРБИДНОЙ
ДЕПРЕССИВНОЙ СИМПТОМАТИКОЙ:
РАНДОМИЗИРОВАННОЕ КОНТРОЛИРУЕМОЕ
ИССЛЕДОВАНИЕ**

Караваева Т.А., Васильева А.В., Андрианова А.Е.,

Радионон Д.С., Старунская Д.А., Пастарнак А.В. 97

**БАЛИНТОВСКИЕ ГРУППЫ КАК ФОРМА
ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ
СПЕЦИАЛИСТОВ ПОМОГАЮЩИХ ПРОФЕССИЙ**

Мельникова А.А. 100

**ВЫГОРАНИЕ КАК СОСТОЯНИЕ СНИЖЕННОЙ
РАБОТОСПОСОБНОСТИ**

Е. А. Трухан 102

**ОЦЕНКА ПСИХОКОРРЕКЦИОННОЙ РАБОТЫ ПО
ПОВЫШЕНИЮ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ТЕРАПИИ
У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ**

Т.С. Бузина, А.С. Кубекова, Р.З. Идрисов 104

**ОСОБЕННОСТИ САМОВОСПРИЯТИЯ
У ПАЦИЕНТОВ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА.**

Кудрина И.С. 107

**АДАПТАЦИОГЕНЕЗ У ПАЦИЕНТОВ
С ШИЗОФРЕНИЕЙ, ПОЛУЧАЮЩИХ
АНТИПСИХОТИКИ 2-ГО И 3-ГО ПОКОЛЕНИЯ
С ДЛИТЕЛЬНОСТЬЮ ЗАБОЛЕВАНИЯ ДО 1 ГОДА**

Петкун Д.А., Першина А.Э., Бородюк Ю.Н. 112

**МЕЖГРУППОВОЙ АНАЛИЗ ПОРЯДКОВЫХ
ВЕЛИЧИН В ПСИХИАТРИИ ДЛЯ СЛУЧАЯ МАЛОЙ
ВЫБОРКИ**

А. Н. Гвоздецкий, Е.А. Горина, А.Е. Добровольская,

А.Г. Софронов 115

**ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РАБОТА С ДЕВИАЦИЯМИ
КОМБАТАНТОВ В УСЛОВИЯХ ПОСТ-
И ПЕРИТРАВМАТИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ**

Д.Н. Пурпурсевич 118

ПРОФИЛАКТИКА В АДДИКТОЛОГИИ

В. И. Коньков 120

**К ВОПРОСУ О НОРМАТИВНЫХ ПОКАЗАТЕЛЯХ
ПАМЯТИ ВЗРОСЛЫХ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ
ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ**

Н. Ф. Гребень 122

**ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ
С АЛКОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ С ПОМОЩЬЮ
ОПРОСНИКА SF-36**

А.С. Антонова 126

**РОЛЬ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ
В ПРОФИЛАКТИКЕ СУИЦИДА СРЕДИ ДЕТЕЙ
И ПОДРОСТКОВ**

Н. Н. Алигаева 129

**ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЙ ГОРМОНАЛЬНОГО,
ИММУННОГО И ПСИХИЧЕСКОГО СТАТУСА
ЖЕНЩИН В ПЕРИ- И МЕНОПАУЗАЛЬНЫЙ
ПЕРИОДЫ ОНТОГЕНЕЗА**

В. В. Зубченко, Л. И. Губарева 133

**ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА
КАК «БОЛЕЗНИ ЦИВИЛИЗАЦИИ»**

В.А. Винокур 136

**КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ КАТАТОНИЧЕСКОЙ
ШИЗОФРЕНИИ ПОД МАСКОЙ****ЗЛОКАЧЕСТВЕННОГО ОБСЕССИВНО-
КОМПУЛЬСИВНОГО РАССТРОЙСТВА**

Лаптев М.И., Альпин В.С., Гагин В.Г. 139

**КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ШИЗОТИПИЧЕСКОГО
РАССТРОЙСТВА У ПОДРОСТКА**Жинжикова З.Г., Хабаров И.Ю., Абриталин Е.Ю.,
Краснов А.А. 142**ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ ПРИНУДИТЕЛЬНОГО
ЛЕЧЕНИЯ В УСЛОВИЯХ ОТДЕЛЕНИЙ ОБЩЕГО
ТИПА ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА
САНКТ-ПЕТЕРБУРГА**А.Г. Софронов, А.Н. Гвоздецкий, А.Е. Добровольская,
В.А. Некрасов, Г.О. Кулагин, 146**ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ
ФИТОПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ПОДДЕРЖАНИЯ
МЕНТАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ**

Е.С. Юн, Е. В. Коноплева 149

**КОМОРБИДНОСТЬ ПСИХИЧЕСКИХ
И НАРКОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ СРЕДИ
ПАЦИЕНТОВ ПРОХОДЯЩИХ ПРИНУДИТЕЛЬНОЕ
ЛЕЧЕНИЕ В ПСИХИАТРИЧЕСКИХ СТАЦИОНАРАХ
ОБЩЕГО И СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ТИПА
В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ**Г.О. Кулагин, А.Г. Софронов, В.А. Некрасов,
Добровольская А.Е., А.Н. Гвоздецкий 152**ПАТОМОРФОЗ ЭКСТЕРНАЛИЗИРУЮЩИХ
РАССТРОЙСТВ: КУЛЬТУРАЛЬНАЯ ДИНАМИКА
И ЭВОЛЮЦИОННАЯ СТАБИЛЬНОСТЬ**

Л.Р. Кадис 156

**РАЗЛИЧИЯ В СТРУКТУРЕ КОГНИТИВНОГО
ДЕФИЦИТА У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН****С ФАРМАКОРЕЗИСТЕНТНОЙ ЭПИЛЕПСИЕЙ**

Сидорова А.А., Деньгина Н.О., Одинцова Г.В. 158

**РАСШИРЕНИЕ СПЕКТРА ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ
ПРОЯВЛЕНИЙ ТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССА
У ЛИЦ ГРАЖДАНСКОГО НАСЕЛЕНИЯ В ЗОНЕ
БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ**А. С. Якуба, В.А. Седелкова, А.В. Волков,
Ю.Г. Тихонова 160**РАЗВИТИЕ СИСТЕМЫ ПРИНУДИТЕЛЬНОГО
ЛЕЧЕНИЯ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ
В ПЕТРОГРАДЕ-ЛЕНИНГРАДЕ-САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ
ПОСЛЕ 1917 ГОДА**В.А. Некрасов, А.Г. Чудиновских, А.Г. Софронов,
А.Е. Добровольская, Г.О. Кулагин 162**ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНОГО
ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ЛИЦ МОЛОДОГО
ВОЗРАСТА С ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫМИ
РАССТРОЙСТВАМИ**

Т.Н. Кривошапова, А.А. Логачева 164

**ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ
ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ГЕНИТАЛИЙ
У МУЖЧИН. ВЗГЛЯД ВРАЧА-СЕКСОЛОГА**

С.В. Выходцев 166

**ПРИМЕНЕНИЕ ОЦЕНКИ ГРАМОТНОСТИ
В ВОПРОСАХ ЗДОРОВЬЯ В РАМКАХ МЕДИКО-
СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ С НАРКОЛОГИЧЕСКИМИ
ПАЦИЕНТАМИ**А.А. Ляшенко, И.А. Заплаткин, Э.А. Мордовский,
А.Г. Соловьев, А.Ю. Вансович, Ю.В. Филиппов 169**ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ БЛАГОПОЛУЧИЕ
И ДЕПРЕССИЯ У ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ
С ДЕМЕНЦИЕЙ**

К. А. Борисевич 171

**ПСИХОПАТОЛОГИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО
СИНДРОМА И НЕЙРОЭНДОКРИННЫХ
НАРУШЕНИЙ**Хабаров И.Ю., Абриталин Е.Ю., Краснов А.А.,
Жинжикова З.Г. 174**ВЛИЯНИЕ ДЛИТЕЛЬНОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ
И АНТИПСИХОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НА РИСК
ПОВТОРНОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ
ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ**И.С. Кушнерев, А.Н. Гвоздецкий,
А.Е. Добровольская, О.В. Задорожная 180

**АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ
И ЛЕЧЕНИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ
СТРЕССОВЫХ РАССТРОЙСТВ У СПОРТСМЕНОВ,
ПОЛУЧИВШИХ СПОРТИВНЫЕ ТРАВМЫ**

А.Б. Хорошавина	182
СУИЦИДАЛЬНЫЙ РИСК У СТУДЕНТОВ ВЫПУСКНЫХ КУРСОВ МЕДИКОВ И ПСИХОЛОГОВ	
С.В. Щепкина	185
ПРИВЕРЖЕННОСТЬ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ КАК ВАЖНЫЙ ФАКТОР КОГНИТИВНОГО ПРОГНОЗА У ПАЦИЕНТОВ С НЕКОНТРОЛИРУЕМОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	
Жинжикова З.Г., Хабаров И.Ю., Абриталин Е.Ю., Краснов А.А.	187
УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ ЖИЗНЬЮ У МАТЕРЕЙ СЫНОВЕЙ С ГИПОСПАДИЕЙ С РАЗНЫМ УРОВНЕМ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ	
М.А. Чичулаев	192
ЭЛЕКТРОСУДОРОЖНАЯ ТЕРАПИЯ В КОМБИНАЦИИ С ГЛУТАМАТЕРГИЧЕСКОЙ МОДУЛЯЦИЕЙ В ЛЕЧЕНИИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИ РЕЗИСТЕНТНОГО ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)	
Ю.В. Быков, Р.А. Беккер	195
РОЛЬ ХРОНИЧЕСКОЙ ГРИБКОВОЙ ИНФЕКЦИИ В ФОРМИРОВАНИИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ	
Ю.В. Быков, Р.А. Беккер	198
ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННАЯ АДЬЮВАНТНАЯ ТЕРАПИЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИ РЕЗИСТЕНТНОЙ ШИЗОФРЕНИИ: РОЛЬ ИНСУЛИНА И ИНСУЛИН- СЕНСИТИЗАТОРОВ	
Ю.В. Быков, Р.А. Беккер	201
НЕЙРОКОГНИТИВНЫЕ, ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ И МОЛЕКУЛЯРНО- ГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ СТРЕССА: МУЛЬТИУРОВНЕВАЯ МОДЕЛЬ АДАПТАЦИИ И ДЕЗАДАПТАЦИИ	
К.В. Баразенко	204
МОТИВАЦИОННО-ЛИЧНОСТНЫЕ ПРЕДИКТОРЫ ДЕЗАДАПТАЦИИ К УЧЕБНОМУ ПРОЦЕССУ УЧАЩИХСЯ КАДЕТСКИХ КОРПУСОВ	
К.В. Баразенко, А.А. Прокопенко	206
ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ РЕЖИМОВ ПРИЕМА ТАДАЛАФИЛА ПРИ ПСИХОГЕННОЙ ФОРМЕ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ	
Л.Е. Белый	209

**ПАТТЕРН БИЛАТЕРАЛЬНОЙ СИНХРОНИЗАЦИИ
В ЭЭГ ПРИ РЕККУРЕНТНОМ ДЕПРЕССИВНОМ
РАССТРОЙСТВЕ**

И.Ю. Березина	211
БИОПСИХОСОЦИАЛЬНЫЙ ПОДХОД В ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ: ОНЛАЙН-ПРОГРАММА КОРРЕКЦИИ ОБРАЗА ТЕЛА	
Н.С. Чугунова	214
VR И AR СИСТЕМЫ КАК НОВЫЙ СПОСОБ АДАПТАЦИИ ДЕТЕЙ К ПРИЕМУ У СТОМАТОЛОГА	
М. В. Бачукина, Е. А. Маливанова, М. А. Селимов	216
СЕКСОЛОГИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ В СОВРЕМЕННОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ РЕАЛЬНОСТИ	
Ширинская А.Д.	219
АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ СТРЕССОВЫХ РАССТРОЙСТВ	
Ширинская А.Д.	223
БИОПСИХОСОЦИАЛЬНЫЙ ПОДХОД В СФЕРЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ	
Ширинская А.Д.	227
ИНТЕГРАТИВНАЯ МОДЕЛЬ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ С ХИМИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ: КОРРЕКЦИЯ СИСТЕМНЫХ ЛИЧНОСТНЫХ ДЕФИЦИТОВ	
М. Л. Самойлова	231
ПРОБЛЕМЫ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ	
Д. Е. Иванов, М. А. Кленова	233
АКТУАЛЬНЫЕ ПОДХОДЫ К ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПОДРОСТКОВ, БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ	
Е.И. Жигэу	235
СТИГМАТИЗАЦИЯ СЕМЕЙ УЧАСТНИКОВ СПЕЦИАЛЬНОЙ ВОЕННОЙ ОПЕРАЦИИ КАК БАРЬЕР ЭФФЕКТИВНОЙ АДАПТАЦИИ	
М.А. Буткевич	237
ЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОВ РЕВМАТОЛОГИЧЕСКОЙ КЛИНИКИ И ЕГО СВЯЗЬ С ИХ ВОСПРИЯТИЕМ БОЛЕЗНИ И ПРИВЕРЖЕННОСТЬЮ ЛЕЧЕНИЮ	
Кудрявцева А.С.	240

