

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение
«Томский национальный исследовательский медицинский центр
Российской академии наук»

Научно-исследовательский институт психического здоровья

Сибирское отделение Российской академии наук

Администрация Томской области
Департамент по научно-технологическому развитию
и инновационной деятельности

Российское общество психиатров

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ СЕМЬИ В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ

IV Российская конференция с международным участием

Сборник тезисов

(Томск, 24-25 октября 2024 г.)

**Под научной редакцией
академика РАН Н.А. Бохана
доктора мед. наук Т.В. Казенных
доктора мед. наук Е.В. Гуткевич**

Томск

2024

УДК 613.86:616.89:159.9

ББК Р64+Ю95

П863

Р е ц е н з е н т ы :

А.Н. Корнетов – доктор медицинских наук, профессор, первый заместитель директора Федерального государственного бюджетного научного учреждения «Научный центр психического здоровья» (Москва)

Э.В. Галажинский – доктор психологических наук, профессор, академик РАО, ректор Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Национальный исследовательский Томский государственный университет»

П863 Психическое здоровье семьи в современном мире: сборник тезисов IV Российской конференции с международным участием (Томск, 24-25 октября 2024 г.) / под ред. Н.А. Бохана, Т.В. Казенных, Е.В. Гуткевич. Томск: ООО «Интегральный переплет», 2024. 284 с.

ISBN 978-5-907509-60-3

Сборник тезисов IV Российской конференции с международным участием «Психическое здоровье семьи в современном мире» (Томск, 24-25 октября 2024 г.) – четвертый том продолжающегося издания, выходящего под этим названием (первая конференция состоялась в 2009 г., вторая и третья конференции прошли в 2014 г. и 2019 г.). Публикуемые работы посвящены фундаментальным медико-профилактическим, психореабилитационным и социально-демографическим аспектам психического здоровья семьи и общества; клинико-динамическим, семейно-генетическим и превентивным основам психических и аддитивных расстройств; проблемам адаптации и реабилитации при нарушениях психического здоровья в условиях многозадачности современных вызовов и практико-ориентированным исследованиям и трансляционным технологиям диагностики, персонализированной терапии и профилактики психических и аддитивных расстройств в семьях. Тематика конференции нацелена на обмен научными и практико-ориентированными достижениями российских и зарубежных ученых по фундаментальным аспектам развития, распространенности и превенции социально значимых психических и наркологических расстройств; по междисциплинарным исследованиям психического здоровья в семьях для модернизации стратегических целей научных исследований в рамках трансляционной медицины и психологии с целью охраны психического здоровья, повышения качества и продолжительности жизни, активного долголетия всех поколений населения при реализации социально-демографической политики государства. Для широкого круга ведущих специалистов регионов Российской Федерации и международного научно-практического сообщества; научных сотрудников и практических врачей: психиатров, наркологов, неврологов, врачей общей практики, врачей-генетиков и врачей других специальностей, психотерапевтов, психологов, организаторов здравоохранения, социальных работников, педагогов, клинических ординаторов студентов и аспирантов, а также всех заинтересованных лиц, работающих с лицами с психическими расстройствами и их семьями.

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Н.А. Бохан, Т.В. Казенных, Е.В. Гуткевич (научные редакторы)

С.А. Иванова, О.Э. Перчаткина (ответственный за выпуск)

И.А. Зеленская (выпускающий редактор)

© Психическое здоровье семьи в современном мире, 2024

© НИИ психического здоровья, 2024

Federal State Budgetary Scientific Institution
“Tomsk National Research Medical Center of
the Russian Academy of Sciences”

Mental Health Research Institute

Siberian Branch of the Russian Academy of Sciences

Administration of the Tomsk Region
Department of Scientific and Technological Development
and Innovation Activities

Russian Society of Psychiatrists

MENTAL HEALTH OF THE FAMILY IN THE MODERN WORLD

The IV Russian conference with international participation

Book of Abstracts

(Tomsk, October 24-25, 2024)

Edited by
academician of RAS N.A. Bokhan
Doctor of Medicine T.V. Kazennykh
Doctor of Medicine E.V. Gutkevich

Tomsk

2024

UDC 613.86:616.89:159.9
LBC P64+IO95
P863

Reviewers:

A.N. Kornetov – Doctor of Medicine, Professor, First Deputy Director of the Federal State Budgetary Scientific Institution “Mental Health Research Center” (Moscow)

E.V. Galazhinsky – Doctor of Psychology, Professor, academician of the Russian Academy of Education, rector, Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education “National Research Tomsk State University”

P863 Mental health of the family in the modern world: Book of Abstracts of the IV Russian conference with international participation (Tomsk, October 24-25, 2024). N.A. Bokhan, T.V. Kazennykh, E.V. Gutkevich, eds. Tomsk: LLC “Integral Casework”, 2024. 284 p.

ISBN 978-5-907509-60-3

Book of Abstracts of the IV Russian conference with international participation “Mental Health of the Family in the Modern World” (Tomsk, October 24-25, 2024) is the fourth volume of the serial edition being issued under this title (the first conference was in 2009, the second and the third conferences were in 2014 and 2019). The published materials are dedicated to basic medico-preventive, psychorehabilitative and social-demographic aspects of mental health of the family and society; clinical-dynamic, familial-genetic and preventive foundations of mental and addictive disorders; problems of adaptation and rehabilitation under mental health problems in the conditions of multi-tasking of the modern challenges and practice-focused research and translational technologies of diagnostics, personalized therapy and prevention of mental and addictive disorders in families. The topics of the conference aim at the exchange of science- and practice-focused achievements of Russian and foreign scientists in basic aspects of the development, prevalence and prevention of socially significant mental and addictive disorders; in the interdisciplinary research of mental health in families for modernization of strategic goals of scientific investigations within translational medicine and psychology for the purposes of mental health care, heightening of the life quality and expectancy, active longevity of all generations of the population when accomplishing the social-demographic policy of the country. The conference and book of abstracts are intended for wide groups of leading professionals of the regions of the Russian Federation and international scientific-practical community; researchers and practitioners: psychiatrists, addiction specialists, neurologists, general practitioners, physicians-geneticists and physicians of other specialties, psychotherapists, psychologists, health care organizers, social workers, educators, clinical residents graduate and postgraduate students as well as all the interested individuals who work with persons suffering from mental disorders and their families.

EDITORIAL BOARD:

N.A. Bokhan, T.V. Kazennykh, E.V. Gutkevich (scientific editors)
S.A. Ivanova, O.E. Perchatkina (in charge for issue)
I.A. Zelenskaya (executive editor)

© Mental Health of the Family in the Modern World, 2024

© Mental Health Research Institute, 2024

Укрепление и защита психического здоровья многопоколенной семьи в условиях современных вызовов

Предисловие

«Каждый человек есть то, что он есть, только потому, что в свое время был заложен совершенно определенный исторический (а не просто общечеловеческий) фундамент.»

«Реальная психическая жизнь немыслима вне традиций, передаваемых ему через ту человеческую общность, среди которой он живет.»

Карл Ясперс

«Семья – это союз родственников, в основе которого лежит эмоциональное чувство – любовь (родительская, сыновья или дочерняя). Семья – это большая ценность, иметь семью – большое счастье! Только в семье можно получить любовь, заботу, ласку родных нам людей, которые любят нас и которых любим мы.»

Л.Н. Толстой

2024 г. в Российской Федерации решением Президента объявлен «Годом семьи», ключевыми задачами которого стали создание условий для рождения первых детей в молодых семьях, укрепление репродуктивного здоровья, формирование здоровой и полезной моды на многодетную семью, содействие многопоколенным семьям. Государство поддерживает сохранение, укрепление и продвижение традиционных семейных ценностей: брак как равноправный союз мужчины и женщины, преемственность поколений, забота о достойной жизни старшего поколения, многодетность, материнство, отцовство и детство, ответственность родителей за своих детей и забота о них. Семья создаёт человека и поддерживает его стремление к развитию, если членов семьи объединяют общегуманные ценности, в семье могут формироваться духовные качества и здоровье личности.

Значимость влияния семьи на личность, развитие и здоровье, её сложность, многогранность и проблемность определяют большое количество различных подходов к её изучению, таких как анализ влияния генеалогических факторов на возникновение нарушений ментального развития и психического здоровья членов семьи разных возрастов и установление семейных особенностей больных различными психическими заболеваниями с учетом гендерного и возрастного факторов, где отдельно выделяются исследования женщин, в том числе беременных, детей и подростков, лиц пожилого возраста. Проблемы функционирования семьи на современном этапе развития общества в сложных социально-демографических, психологических, экологических и меняющихся общественных условиях среды определяют актуальность комплексного системного подхода к решению проблем психического здоровья всех членов семьи.

Приоритетными направлениями актуальных исследований являются медико-профилактические, психокоррекционные, психосоциореабилитационные и социально-демографические аспекты психического здоровья общества и семьи, клинико-динамические, семейно-генетические и превентивные основы психических

и аддиктивных расстройств, проблемы адаптации и реабилитации при нарушениях психического здоровья в условиях многозадачности современных вызовов, практико-ориентированные исследования и трансляционные технологии диагностики, персонализированной терапии и профилактики психических и аддиктивных расстройств в семьях.

Ставшая традиционной Российская конференция с международным участием «Психическое здоровье семьи в современном мире» проводится в 2024 г. в Томске уже в четвертый раз. Научные проблемы, рассматриваемые на конференции, глубоко связаны с фундаментальными и прикладными научными исследованиями психических, поведенческих и аддиктивных расстройств, проводимых в НИИ психического здоровья Томского Национального исследовательского медицинского центра РАН. Так, систематизация основных периодов и результатов исследований клинических, психологических, социокультуральных и других особенностей психического здоровья семей, медико-социальных аспектов качества жизни и адаптации в семьях больных психическими расстройствами, а также разработанных превентивных технологий семейной реабилитации в психиатрии и наркологии за 1981-2021 гг. позволила установить три периода. Третий период новейшей истории данных исследований характеризуется особыми общественно-политическими, экономическими, технологическими, экологическими и социально-культурными условиями в течение 5 лет после проведения в 2019 г. третьей конференции «Психическое здоровье семьи в современном мире» и продолжается в настоящее время.

Результаты представлены в 12 опубликованных научных монографиях и главах монографий: 1) Куприянова И., Ротова И. Пограничные нервно-психические расстройства при патологии беременности (клиническая динамика, качество жизни и психотерапия) (2019), 2) Чуйкова К.И., Куприянова И.Е., Ковалева Т.А. Психосоциальные, клинико-эпидемиологические, патогенетические аспекты здоровья беременных с хроническими вирусными гепатитами В и С (2020), 3) Игумнов С.А., Гелда А.П., Гуткевич Е.В., Счастный Е.Д. Медико-социальные аспекты суицидального поведения подростков и молодежи (2020), 4) Артемьев И.А., Бохан Н.А. Миграция населения и психические расстройства (2020), 5) Карауш И.С., Дашиева Б.А., Куприянова И.Е. Негативные события в жизни подростка и риск депрессии (ранние дезадаптивные схемы, психотерапия) (2021), 6) Гуткевич Е.В., Колпакова Е.В. Созависимость и самосострадание у женщин в аддиктивных семьях (2021), 7) Мандель А.И., Мазурова Л.В. Семейная психотерапия созависимых родственников больных алкоголизмом (глава в монографии, 2021), 8) Гуткевич Е.В. Семейно-генетическая помощь в сфере психического здоровья: принципы, этические основания, особенности в условиях пандемии COVID-19 (глава в монографии, 2022), 9) Гуткевич Е.В. Психологическая адаптация семьи: новые парадигмы здоровья и оказания помощи (глава в монографии, 2023), 10) Дашиева Б.А., Карауш И.С., Куприянова И.Е. Аддиктивное поведение подростков: риск развития, связь с аффективными симптомами, психотерапия (2023), 11) Симуткин Г.Г., Бохан Н.А., Иванова С.А. Вероятностная диагностика биполярного аффективного расстройства: современные подходы, возможности и ограничения (2023), 12) Bokhan N.A., Belokrylova M.F., Gutkevich E.V., Kornetova E.G., Kupriyanova I.E., Lebedeva V.F., Mandel A.I., Nikitina V.B., Didenko E.V., Kisel N.I., Vasilieva S.N. Mental Health of Women in Midlife and Beyond. In: Zangeneh, M. (eds) Essentials in Health and Mental Health. Advances in Mental Health and Addiction (2024).

Разработана и предложена для внедрения медицинская технология Игумнов С.А., Станько Э.П., Гуткевич Е.В., Аболонин А.Ф., Мандель А.И. Комплексная оценка уровня социального и физического функционирования потребителей инъекционных наркотиков с применением методики «Карта аддиктивного поведения потребителей инъекционных наркотиков (КАПИН)» (2019). Подготовлено и издано учебное пособие Гуткевич Е.В. Психогенетика. Избранные лекции (2023). Десятки научных статей, материалов и тезисов опубликованы в российских и зарубежных журналах.

На базе НИИ психического здоровья Томского НИМЦ выполнены и защищены диссертационные исследования, 3 из них на соискание степени доктора медицинских наук: Лебедева Е.В. Аффективные расстройства у пациентов с хронической ишемической болезнью сердца: закономерности формирования, терапия и реабилитация (2021), Казенных Т.В. Пароксизмальные состояния в психиатрии: этиопатогенетический, клинко-динамический и организационный аспекты (2022), Воеводин И.В. Алкогольная зависимость и невротические, связанные со стрессом расстройства у высокообразованной молодежи (клинко-психологические закономерности формирования, коморбидность, когнитивная копинг-терапия (2023). Защищены кандидатские диссертации: Хохлов М.С. Суицидальное поведение больных, злоупотребляющих синтетическими психостимуляторами: клинко-динамические, реабилитационные, превентивные аспекты, учет (2019), Хамина В.В. Клинко-конституциональные особенности и адаптационные возможности у больных шизофренией с сопутствующим метаболическим синдромом (2020), Селиванов Г.Ю. Клинко-динамические особенности, социально-психологическая адаптация и реабилитация больных параноидной шизофренией, зависимых от синтетических каннабиноидов (спайсов) (2021), Лисовская М.Я. Психическое здоровье беременных с преэклампсией (клинко-динамическая динамика, качество жизни и психотерапия) (2021), Гончарова А.А. Клинко-конституциональные особенности и адаптация больных шизофренией с акатизией на фоне антипсихотической терапии (2021), Гураль Е.С. Психические расстройства у пациентов с диагнозом рак легких, желудка и кишечника (2022).

Глобальная цель IV Российской конференции с международным участием «Психическое здоровье семьи в современном мире» – это обмен научными и практико-ориентированными достижениями российских и зарубежных ученых за последние 5 лет по фундаментальным аспектам развития, распространенности и превенции социально значимых психических расстройств, по междисциплинарным исследованиям психического здоровья в семьях для модернизации стратегических целей научных исследований в рамках трансляционной медицины и психологии с целью охраны психического здоровья, повышения качества и продолжительности жизни, активного долголетия всех поколений населения при реализации социально-демографической политики государства.

В рамках конференции пройдет очередное заседание секции «Молекулярная психиатрия» Российского общества психиатров (РОП). Основной целью секции является генерация новых фундаментальных знаний в области изучения патогенеза психических расстройств на основе применения современных молекулярно-биологических и смежных методов, в том числе омиксных и биоинформационных технологий. Исследователи и практики в сфере психического здоровья обсудят основные вопросы этнокультуральных исследований в различных регионах России

и совместных исследований в рамках Международной ассоциации этнопсихологов и этнопсихотерапевтов, а также этические аспекты психических расстройств на заседании секции «Этнопсихиатрия» и комиссии по этике РОП.

В сборник тезисов докладов конференции вошло около 100 публикаций – это работы авторов из Донецка (Донецкая Народная Республика), Херсона, Нальчика (Кабардино-Балкарская Республика), Москвы, Санкт-Петербурга, Смоленска, Архангельска, Ярославля, Краснодара, Тольятти, Чебоксар (Чувашская Республика), Казани (Республика Татарстан), Великого Новгорода, Тамбова, Нижнего Новгорода, Уфы (Республика Башкортостан), Самары, Ставрополя, Сочи, Астрахани, Тюмени, Челябинска, Томска, Новосибирска, Новокузнецка, Красноярска, Кызыла (Республика Тыва), Читы, Якутска – Республика Саха (Якутия), Хабаровска и других, а также зарубежных врачей и психологов, ученых и специалистов из Минска и Гомеля (Республика Беларусь), Сухума (Республика Абхазия), Италии, Берлина (Германия), Сантьяго (Чили). С докладами на конференции выступят ведущие и молодые отечественные и зарубежные ученые и специалисты.

Организаторы конференции уверены, что реализация всех представленных задач конференции пройдет в профессиональной, дружеской и продуктивной атмосфере с участием ведущих специалистов регионов Российской Федерации и международного научно-практического сообщества, научных сотрудников и практических врачей: психиатров, наркологов, неврологов, врачей общей практики, врачей-генетиков и врачей других специальностей, психотерапевтов, психологов, представителей органов власти и организаторов здравоохранения, социальных работников, педагогов, клинических ординаторов и аспирантов, студентов и магистрантов, а также всех заинтересованных лиц, работающих с лицами с психическими расстройствами и их семьями.

Желаем участникам IV Российской конференции с международным участием «Психическое здоровье семьи в современном мире» творческой и продуктивной работы, созидательных встреч, конструктивных интересных дискуссий и плодотворного продолжения контактов, благополучия и здоровья, новых достижений в профессиональном благородном деле охраны психического здоровья человека, семьи и общества.

Н.А. Бохан, директор НИИ психического здоровья, академик РАН, доктор медицинских наук, профессор, Заслуженный деятель науки РФ

Е.В. Гуткевич, ведущий научный сотрудник НИИ психического здоровья, профессор ТГУ, доктор медицинских наук

Психокоррекционная работа и психотерапия в семьях пациентов с агорафобией

Аксенов М.М., Перчаткина О.Э.

**НИИ психического здоровья, ТНИМЦ Российской академии наук
Томск, Россия**

Проведено сравнительное обследование двух групп пациентов: с агорафобией (F40.0) и паническим расстройством (F40.0). В отношении семей пациентов с агорафобией выявлена частая встречаемость ряда факторов, таких как высокая частота алкоголизации родителей и семейных скандалов, проявлений насилия (родителей по отношению друг другу и к детям), что создает ощущение угрозы и нестабильности у ребенка, психических расстройств у родителей (выявляемых по данным медицинской документации, историй болезни, при сборе анамнестических сведений, в беседах с родителями), а также частые разводы, воспитание у родственников или в неполной семье, повторные браки. У больных с агорафобией с высокой частотой зарегистрирована коморбидность с другими психическими расстройствами (склонность к алкоголизации, аффективные, тревожно-фобические и патохарактерологические расстройства, шизофрения). Таким образом, пациенты с агорафобией чаще воспитывались в нестабильных, дисфункциональных семьях с типичными особенностями родительского воспитания (повышенный контроль над ребенком при эмоциональном отчуждении, нечувствительность к нуждам ребенка или т.н. моральная жестокость, бесчувственный контроль), гиперопека, гипоопека. В периоде детства часто отмечались недостаток родительской любви, внимания и поддержки, что вызывало мрачные мысли и замкнутость, соперничество с сиблингами за родительскую любовь, детские страхи, особенно такие как страх одиночества, боязнь оставаться дома в одиночестве без близких, панический страх засыпать в одиночестве, страх темноты. Эти страхи у пациентов с агорафобией встречаются в 2 раза чаще, чем при паническом расстройстве. Вместе с тем у пациентов обеих групп боязнь темноты и засыпания в одиночестве чаще сопровождается страхом собственной смерти или опасением потерять родителей, сопровождающимся психовегетативной симптоматикой, ипохондрической переработкой, развитием чувства вины за происходящее в семье.

В семьях пациентов с паническим расстройством значительно реже отмечаются родительские конфликты, разводы и алкоголизация, преобладают полные семьи, дети в меньшей степени испытывают разочарование и беспокойство из-за нехватки родительской любви. Более того, многие пациенты с паническим расстройством характеризуют свои семьи как «идеальные», «замечательные», а родителей как заботливых и искренне любящих друг друга и детей и никогда не ссорящихся. Такое описание

более характерно для женщин. Мужчины чаще более сдержанно характеризуют родительские семьи («обычная семья», «нормальные родители», «отношения как у всех»), затрудняясь дать более точное и детальное эмоционально окрашенное описание. Вместе с тем часть пациентов с паническим расстройством сообщает, что отношения между родителями не были теплыми и сплоченными, а скорее отчужденными, но конфликты между ними возникали редко. По отношению к детям родители часто эмоционально сдержаны, с тенденцией к повышенному контролю не только над собственными эмоциональными проявлениями, но и ребенка. В семьях пациентов с паническим расстройством не принято открыто выражать эмоции, особенно негативные, хотя это имеет решающее значение в детско-родительских отношениях. Вследствие этого у пациентов с паническим расстройством формируется склонность к неконструктивному гиперконтролю с тенденцией к накоплению гетероагрессивных импульсов, что при неблагоприятных внутренних и внешних условиях приводит к возникновению панических атак.

Психокоррекция и психотерапия. Клинический психолог (врач) должен дать понять пациенту, что воспринимает его симптомы как следствие психических переживаний в детстве, определяющих физическое и психологическое самочувствие, относится к ним с таким же вниманием, как и он сам. Большинство пациентов с паническим расстройством обращаются к психиатру, уже имея прошлый опыт множества диагностических обследований в соматической сети, не обнаруживших таких заболеваний, которые объясняли бы природу панических приступов. Для пациентов, 81,6% которых имеют собственную соматическую модель заболевания, это означает только то, что они больны какой-то особой страшной болезнью, которую до сих пор не выявили. Этим пациентам свойственно ощущение, что врачи их не понимают, не слышат и, что еще хуже, у них формируется настороженное недоверие. К психиатру в большинстве случаев они обращаются потому, что никакие другие специалисты не смогли им помочь, а не потому, что осознают психогенную природу своего заболевания. Многие из них неоднократно слышали от других врачей, что их заболевание связано с нервной системой, соответственно им нужно «лечить нервы». В их представлении «нервная система» – это непостижимая часть организма, с которой происходит что-то непонятное, неподвластное их воле, недоступное пониманию и не зависимое от них самих. Они ожидают от психиатра каких-то особых обследований, связанных с «нервной системой», которые помогут установить конкретную причину болезни и позволят назначить эффективное лечение. Большинство этих пациентов полагаются именно на медикаментозное лечение и выражают сомнения в возможностях и эффективности психотерапии.

На первом этапе велика роль рациональной терапии. Пациенту необходимо дать максимально полные и доступные разъяснения относительно его актуального психического состояния, роли нейрогуморальной регуляции в целостном функционировании системы органов, аргументированно дать понять, что ипохондричные опасения за свое здоровье не обоснованы. Пациенту недостаточно просто сказать, что не нужно бояться инфаркта или инсульта (или другого состояния, которое он себе представляет в качестве возможной причины смерти). Необходимо доступно объяснить, почему нет объективных причин опасаться за свое здоровье, устранить имеющийся недостаток информации, что является благодатной почвой для фантазий о возможной соматической катастрофе. Пройдя множество обследований, пациенты не только не избавляются от своих страхов, но и приобретают новые, часто ятрогенные. Например, при диагностике пролапса митрального клапана (по данным некоторых авторов, при паническом расстройстве обнаруживается с частотой до 50%) пациент ошибочно считает, что болен тяжелым пороком сердца, который в любой момент может привести к фатальным последствиям. Вследствие ятрогенного воздействия на пациента термины «вегетососудистая дистония», «спазм сосудов головного мозга» порождают страх инсульта. В таких случаях пациенту необходимо дать соответствующие разъяснения, что, с одной стороны, позволяет устранить недостаток информации и снизить нарастающую тревогу, а с другой стороны, помогает врачу установить с пациентом доверительные отношения, что в свою очередь позволяет пациенту ощутить себя в безопасности. Поскольку собственная способность противодействовать стимулам, вызывающим тревожные реакции у пациента крайне низка, эти функции на первом этапе полностью переадресуются с последующей их интернализацией.

Большинство современных авторов рассматривают панические атаки в качестве основного этиологического фактора для развития агорафобии [1, 2, 5]. Однако тот факт, что агорафобия развивается далеко не у всех пациентов с паническим расстройством, даже при затяжном течении заболевания [3, 4], а также существование агорафобии без панических расстройств ставит под сомнение прямую обусловленность агорафобии паническими атаками. Приведенные данные свидетельствуют о более тяжелом протекании тревожно-фобических расстройств в виде выраженного эмоционального напряжения, перепадов настроения, нарушений сна, повышенной конфликтности, снижения остроты реагирования, более выраженных нарушений социальной адаптации у пациентов с агорафобией по сравнению с пациентами, страдающими паническим расстройством без агорафобии, склонности этих расстройств к затяжному течению, высокой частоте коморбидных расстройств, что обуславливает трудности в терапии, а в ряде случаев приводит к инвалидизации пациентов.

Список литературы

1. Бохан Н.А., Аксенов М.М., Белокрылова М.Ф., Ветлугина Т.П., Никитина В.Б., Гычев А.В., Куприянова И.Е., Рудницкий В.А., Перчаткина О.Э., Смирнова Л.П., Лукьянова Е.В., Дашиева Б.А., Карауш И.С. Клинико-биологические закономерности и социально-психологические предпосылки формирования непсихотических психических расстройств у лиц, проживающих в регионе Сибири. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2015. № 3 (88). С. 9-18.
2. Аксенов М.М., Жигинас Н.В., Петрова Ю.В. Посттравматическое стрессовое расстройство при некоторых видах профессиональной деятельности: постановка проблемы. Вестник Томского государственного педагогического университета. 2014. № 5 (146). С. 117-122.
3. Никитина В.Б., Перчаткина О.Э., Аксенов М.М., Костин А.К. Возможности прогнозирования течения невротических, связанных со стрессом расстройств на основе гормональных показателей. Якутский медицинский журнал. 2019. № 4. С. 51-54. DOI: 10.25789/УМЖ.2019.68.13
4. Диденко А.В., Аленина О.К., Иванова А.А., Чойзнонова Е.Е., Казенных Т.В. Персоналогические характеристики и показатели качества жизни пациентов с социальной фобией, коморбидной с расстройствами личности и другими психическими расстройствами. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2023. № 3 (120). С. 37-44. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2023-3\(120\)-37-44](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2023-3(120)-37-44)
5. Караваева Т.А., Васильева А.В., Шойгу Ю.С., Радионов Д.С. Профилактика развития посттравматического стрессового расстройства у пострадавших в результате чрезвычайных ситуаций. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2023. № 2 (119). С. 86-95. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2023-2\(119\)-86-95](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2023-2(119)-86-95)

Системная семейная терапия в преодолении и профилактике семейного кризиса

Аксенов М.М., Перчаткина О.Э., Артемьев И.А.

**НИИ психического здоровья, ТНИМЦ Российской академии наук,
Томск, Россия**

Цель исследования: изучение влияния отрицательных эмоций на психическое здоровье женщин, находящихся в семейном кризисе, и разработка психокоррекционных подходов в работе с данными пациентами.

Семейный кризис (развод, супружеские проблемные отношения, проблемы с детьми или престарелыми родителями) для большинства женщин является стрессом, труднопереносимым состоянием, которое сопровождается нарушением эмоций [1, 2]. Нами было обследовано 148 женщин, находящихся в ситуации семейного кризиса, в возрасте от 23 до 56 лет со средним специальным (47%) и высшим (53%) образованием, из них 32 находились на лечении в отделении пограничных состояний, 116 посещали психокоррекционные занятия амбулаторно.

Для выявления нарушений эмоций был предложен опросник самооценки эмоционального состояния, в котором представлен перечень присущих человеку положительных и отрицательных эмоций. Известно, что эмоция понимается как субъективное отражение объективных отношений между людьми. Эмоции украшают жизнь здорового человека, делают личность привлекательней и яркой. Эмоции проблемного человека снижают качество жизни, ухудшают клиническую картину болезни, приводят к психосоматическим нарушениям [3, 4]. Эмоции характеризуются динамикой, фазностью (напряжение и угасание), различаются по силе переживания и влиянию их на жизнедеятельность, часто могут быть полярны, поэтому один и тот же человек может любить и ненавидеть. В зависимости от личностных особенностей и сложившейся ситуации эмоциональные проявления отличаются разнообразием. Эмоциональные свойства личности могут выражаться аффективностью, впечатлительностью, страстностью, холодностью, добродушием, альтруизмом, эгоизмом и т.д. Эмоциональные нарушения регистрируются уже при первичной беседе. На лице женщин, переживающих отрицательные эмоции, выражение печали и скорби, потухший усталый взгляд.

В зависимости от эффекта обратной связи и характера реагирования в контексте беседы пациенты условно были разделены на две группы. Пациенты первой группы говорили мало, отвечали только на прямые вопросы консультанта, их речь была тихой, маловыразительной, не сопровождалась мимикой и жестикуляцией, часто глубоко вздыхали, нередко тихо плакали, рассказывая о ненужности собственного существования и ощущении внутренней пустоты, вспоминая стрессовые ситуации, когда их бросали, предавали. Пациентки второй группы говорили много и очень громко, не всегда последовательно излагая конфликтную ситуацию, бурно и открыто выражали свои эмоции (громко рыдают или смеются), зачастую употребляя следующие фразы: «я должна отомстить, постоять за себя», «не успокоюсь, мне очень плохо».

Отрицательные эмоции в супружестве возникают при неудовлетворённости базовых потребностей в браке (безопасность, доверие, взаимопонимание, совместное обсуждение основных семейных проблем, честность, стабильность и открытость отношений, финансовая и моральная поддержка, уважение и признание роли жены и матери). Анализ личностных характеристик исследуемых женщин выявил роли жены-матери и жены-дочери. Жену-мать отличает потребность помогать, решать многие проблемы за мужа, поддерживать, спасать, принимать самостоятельно ответственные решения, быть нужной для всех членов семьи, соответственно, иметь право на уважение и признание близкими. В то же время слабость, нередко подчиняемость и потребность мужчины в опеке раздражают и вызывают напряжение у жены, тем самым нарушая семейную адаптацию.

Жена-дочь ориентирована на постоянную поддержку, понимание, решение семейных проблем своим мужем, испытывает потребность в проекции со стороны мужа, хочет быть «маленькой девочкой рядом с мужем – большим отцом», о которой заботятся, исполняют желания, одобряют поступки, дарят подарки. Такие женщины инфантильны, зависимы, капризны. Если подобные отношения прекращаются, в душе их зарождается смутная тревога, они впадают в отчаяние, тревогу, панику. Рольевые несоответствия женщин приводят к семейным ссорам, супружеским конфликтам, которые в большинстве своем вызваны неспособностью, неумением понять и прощать друг друга. Многим из них кажется, что что-то простить – значит уступить, унизиться, отсюда неверный посыл: «лучше разведусь, чем буду перед ним унижаться».

Несоответствие ролевых функций и реальных возможностей, нарочитая неуступчивость, своенравие, подозрительность и неуживчивость, склонность к драматизации, неумение в кризисной жизненной ситуации отделить главное от второстепенного приводят к дисгармонии семейных отношений, накоплению отрицательных эмоций. В свою очередь это усиливает типовые ситуации конфликта, супруги стремятся сократить общение, иногда испытывают неприязнь, в служебной карьере у них возникают проблемы продвижения и сужение социальных возможностей, появляется склонность к избеганию общения и одиночеству, возникают проблемы со здоровьем. Если негативные эмоции осознаются, это приводит к заниженной самооценке, провоцирует односторонние/обоюдные словесные или физические оскорбления, ассоциируются с неуправляемой ездой на автомобиле, способной привести к столкновению с законом, влекут за собой профессиональную неудовлетворенность и неспособность адаптироваться, снижение качества общения с коллегами по работе и профессиональной продуктивности, неспособность принимать решения, проявлять ответственность за свои действия, непродуктивное решение проблем вследствие усталости и обиды. Кроме того, зачастую становятся причиной принятия алкоголя, наркотиков, курения. Постепенно жизненное пространство сужается до упрощенной схемы «работа-дом», прошлые интересы утрачивают свою актуальность (кино, театр, выставки, походы в гости). Из-за неопределенности ситуации тревога усиливается, в таких случаях наблюдались обращения за советом к гадалкам и экстрасенсам. В итоге в проблемной ситуации снижена способность к длительной и требующей внимания работе, к дифференциации главного от второстепенного, усиливается драматизация переживаний, утрачиваются дальнейшие перспективы развития и поддержки отношений, нарушается выполнение родительских функций, возникают пассивные суицидальные мысли.

При консультировании женщин, находящихся в семейном кризисе, важно установить с ними личную и положительную эмоциональную связь, чтобы повысить уровень доверия и вероятность согласия в поведенческом плане с поставленными задачами. Цель психотерапевта – продемонстрировать свое умение видеть ситуацию глазами пациента, понимание степени испытываемого им напряжения. Пациенты часто приходят на консультацию с негативным настроением, склонны преувеличивать конфликты, не способны переносить неприятности. Одна из задач консультанта – снизить уровень интенсивности негативных эмоций с помощью изменения отношения к окружающему миру. При работе с больными мы использовали принципы рациональной эмотивной бихевиоральной терапии А. Эллиса. На первом этапе информация пациентов не подвергается сомнению, принимается в предоставляемом субъективном виде. Такое открытое принятие становится для них положительным мотивом в дальнейшей психокоррекционной работе. Совместная оценка семейных кризисов, неприятных жизненных ситуаций, сложных взаимоотношений с мужем ведут к снижению отрицательных эмоций и увеличению возможности решения проблем. Психолог помогает заменить негативные и ригидные интерпретации на более гибкие и сдержанные. Практически во всех случаях пациенты ошибочно полагают, что их отрицательные эмоции формируют члены семьи, а психолог на примерах объясняет, что это их частный взгляд на ситуацию. Подобная проработка реакций на ситуацию приводит к выводу, что отрицательные эмоции есть собственные эмоции, а не воздействие других людей на эмоции пациентов, в результате возвращается контроль собственных эмоций. Происходит осознание, что не сама проблемная ситуация вызывает отрицательные эмоции, а оценка ситуации зачастую драматизированная. Необходимо точно описать и оценить кризисную ситуацию, не преуменьшая и не преувеличивая её. Консультант в процессе занятий помогает пациентам реально посмотреть на проблемную ситуацию и определить ориентацию на решение проблемы, таким образом снижая негативные эмоции. В результате анализа актуальной проблемы пациенты в конечном счёте приспособляются и адаптируются к реальной ситуации и начинают рассматривать альтернативные варианты решения проблем. Зачастую в результате обсуждения они самостоятельно определяют позитивные позиции в своей сложной ситуации, это может быть переключение на другой вид деятельности (спорт, театр, изучение иностранных языков, поездка в другой город), ориентировка на личностный рост, расширение жизненного пространства. При обсуждении реальной ситуации пациент видит себя со стороны и тем самым снижает интенсивность негативных переживаний, стремится найти позитивные моменты в своей жизни (родительская семья, дети, значимые другие) и ориентироваться на них в дальнейшем.

Пациентки стремятся изменить свою речь путем употребления оптимистических слов, что положительно влияет на психическое состояние. Пишут по просьбе психотерапевта рассказы о своем будущем с благоприятным исходом. Таким образом, отрицательные эмоции, которые являются разрушительными для пациента, в результате совместной с клиентом работы постепенно снижаются и меняются на позитивные [5].

Список литературы

1. Бохан Н.А., Белокрылова М.Ф., Никитина В.Б., Гарганеева Н.П., Аксенов М.М., Рудницкий В.А. Пессимистические размышления у женщин с непсихотическими психическими расстройствами в возрасте 40-65 лет. *Psychiatry Psychotherapy and Clinical Psychology*. 2022;13(1):41-52. <https://doi.org/10.34883/PI.2022.13.1.003>
2. Карпушкин А.М., Овчинников А.А., Климова И.Ю. Роль дисфункциональной семьи в формировании психопатологического профиля личности пациентов с соматизированным расстройством. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2022. № 1 (114). С. 65-71. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2022-1\(114\)-65-71](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2022-1(114)-65-71)
3. Аксенов М.М., Перчаткина О.Э., Иванова С.А., Левчук Л.А. Психосоциальные и биологические факторы формирования стрессоустойчивости при диссоциативных состояниях. *Российский психиатрический журнал*. 2014. № 2. С. 38-44.
4. Аксенов М.М., Белокрылова М.Ф., Лебедева В.Ф., Рудницкий В.А., Перчаткина О.Э., Костин А.К. Типология пограничных психических расстройств и стрессоустойчивость. *Медицинская психология в России: электрон. науч. журн*. 2014. № 2 (25) [Электронный ресурс]. URL: <http://mprj.ru>
5. Кожевникова Т.А., Иокст Т.А. Динамика изменения психологического статуса в процессе психотерапии в комплексной психореабилитации пациентов с невротическими расстройствами. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2020. № 1 (106). С. 89-96. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2020-1\(106\)-89-96](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2020-1(106)-89-96)

Структура психических и поведенческих расстройств у несовершеннолетних с самоповреждающим поведением (по результатам мониторинга в Забайкальском крае)

Аксенова Е.В., Ступина О.П., Сахаров А.В.

ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия»

ГКУЗ «Краевая клиническая психиатрическая больница

им. В.Х. Кандинского»

Чита, Россия

Актуальность. В настоящее время в контингенте несовершеннолетних часто встречается так называемое самоповреждающее поведение, которое, как считает ряд авторов, не всегда связано с суицидальными намерениями [1, 3].

При этом акты самоповреждения у детей и подростков остаются недостаточно изученным явлением, информация об их распространенности варьирует в зависимости от региона и используемых диагностических подходов [2, 3]. В нашей стране исследования данного вопроса не менее актуальны, учитывая серьезные региональные различия по встречаемости суицидального поведения у населения при отсутствии единой системы национального мониторинга [4].

Цель исследования: изучить структуру психических и поведенческих расстройств у детей и подростков в Забайкальском крае с самоповреждающим поведением на основе стандартизированного ВОЗ мониторинга.

Исследование проведено на базе Центра мониторинга актов самоповреждения в Забайкальском крае – структурной единицы ГКУЗ «Краевая клиническая психиатрическая больница им. В.Х. Кандинского». Были произведены выкопировка и анализ данных по зарегистрированным случаям самоповреждения детей и подростков (в возрасте от 10 до 17 лет) в Забайкальском крае за 2019-2023 гг. Всего за анализируемые 5 лет зафиксировано 904 таких случая среди несовершеннолетних в возрасте от 10 до 17 лет (средний возраст – 14,9 года), большинство из них приходилось на подростков (60,4%) по сравнению с детьми (39,6%). Соотношение девочек и мальчиков составило 5,9:1 (85,6% и 14,4% соответственно). Городскими жителями были 56,9%, сельскими – 43,1%. Ранее совершали акты самоповреждения 16,9% несовершеннолетних. Нуждались в последующем лечении в соматическом стационаре 15,1%.

В настоящее время в Забайкальском крае на постоянной основе продолжается анализ информации по завершенным случаям суицидов и суицидальным попыткам среди населения, в том числе в возрастной группе несовершеннолетних. Необходимость создания в крае эффективной системы мониторинга актов самоповреждения послужило главным основанием для участия региона в пилотном проекте ВОЗ в 2019 г., цель которого – улучшение системы мониторинга и наблюдения за самоповреждениями для обеспечения стандартизации регистрации суицидальных попыток на субнациональном уровне. В последующем предполагалось расширение выработанных методик на национальный уровень. В результате при Кризисной службе ГКУЗ «ККПБ им. В.Х. Кандинского» было создано отдельное подразделение – «Центр мониторинга актов самоповреждения в Забайкальском крае». Каждый случай суицидальной попытки несовершеннолетнего, обратившегося за медицинской помощью, сопровождается направлением на консультацию к специалисту Кризисной службы. Дети с высоким суицидальным риском, имеющие рубцы и шрамы от самоповреждения, направляются на консультацию к психиатру, решается вопрос о необходимости госпитализации.

Регистрация случаев самоповреждающего поведения в регионе в соответствии со стандартизованным ВОЗ мониторингом привела к росту количества выявленных актов самоповреждения среди несовершеннолетних: с 40,9 на 100 тыс. в 2019 г. до 73,2 на 100 тыс. населения в 2023 г. (увеличение в 1,8 раза).

Структура способов самоповреждающего поведения несовершеннолетних была следующей: самопорезы – 66,4%, медикаментозные самоотравления – 18,7%, падения с высоты – 2,7%, попытки самоповешения – 2,3%, самоотравления химическими жидкостями – 0,9%, падения под транспорт – 0,7%, самосожжение/нанесения ожогов – 0,6%, огнестрельные самоповреждения – 0,3%, сочетание разных способов – 2,1%, неуточненные способы – 5,3%. На консультацию психиатра были направлены 52,8% (n=477) несовершеннолетних с самоповреждающим поведением, структура выявленных психических и поведенческих расстройств оказалась следующей: смешанные расстройства поведения и эмоций (F92) – 50,3%, расстройства поведения (F91) – 11,1%, умственная отсталость (F70) – 8,2%, расстройство приспособительных реакций (F43.2) – 7,1%, легкое когнитивное расстройство (F06.7) – 4,8%, шизофрения (F20) – 4,2%, шизотипическое расстройство (F21) – 4,2%, специфическое расстройство личности (F60) – 2,7%, органическое расстройство личности (F07) – 2,3%, острые и преходящие психотические расстройства (F23) – 1,5%, биполярное аффективное расстройство (F31) – 1,1%, депрессивный эпизод (F32) – 0,9%, нервная анорексия (F50.0) – 0,6%, расстройства, связанные с потреблением ПАВ (F1x) – 0,6%, шизоаффективное расстройство (F25) – 0,4%.

Выводы. Благодаря внедрению на территории Забайкальского края стандартизованной ВОЗ системы мониторинга актов самоповреждения регистрация таких случаев среди несовершеннолетних за 5 лет возросла в 1,8 раза. В структуре установленных диагнозов психических нарушений наиболее представлены эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся в детском и подростковом возрасте (61,4%), шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства (9,9%), умственная отсталость (8,2%), расстройства приспособительных реакций (7,1%).

Список литературы.

1. Григорьева А.А. Характеристика подростков с риском самоповреждающего поведения и употребления психоактивных веществ. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2019. № 2 (103). С. 32-40. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2019-2\(103\)-32-40](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2019-2(103)-32-40)
2. Давидовский С.В., Игумнов С.А., Козлов К.С. Несуицидальные самоповреждения у подростков: современные концепции. Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2022. Т. 22, № 2. С. 80-91.
3. Любов Е.Б., Зотов П.Б., Банников Г.С. Самоповреждающее поведение подростков: дефиниции, эпидемиология, факторы риска и защитные факторы. Сообщение I. Суицидология. 2019. Т. 10, № 4 (37). С. 16-46.

4. Положий Б.С. Современные подходы к превентивной суицидологии. Суицидология. 2021. Т. 12, № 1 (42). С. 73-79.

Влияние стиля родительского воспитания на формирование личности пациентов с социальной фобией

Аленина О.К., Диденко А.В., Иванова А.А., Мальцев В.С.

**НИИ психического здоровья, ТНИМЦ Российской академии наук
Томск, Россия**

Актуальность. Феноменология социальной фобии (СФ) характеризуется множественностью клинических проявлений, простирающихся от непатологических форм социальной тревожности, позитивно влияющих на социальное функционирование личности, повышающих её чувствительность к социальным сигналам, до явно патологических проявлений, отражающихся в социальной дезадаптации (Stein D.J., Ono Y., Tajima O., Muller J.E., 2004). Эпидемиологические и социодемографические исследования показывают, что СФ чаще всего начинаются в подростково-юношеском возрасте. Ряд исследователей подразделяют возраст начала СФ в виде бимодального распределения манифестации патологии: с дебютом в возрасте до 10 лет и в возрасте от 14 до 17 лет (Rosellini A.J., Rutter L.A., Bourgeois M.L., 2013).

В качестве преморбидных черт, предрасполагающих к развитию СФ, выделяют сочетание невротических черт темперамента со склонностью к негативной аффективности, сопровождающейся переживанием тревоги, чувства стыда и вины, низким уровнем экстраверсии со склонностью к социальной замкнутости или застенчивости в сочетании с низким локусом воспринимаемого контроля (Barlow D.H., 2000). Важность родительских фигур и их роль в формировании различных личностных качеств ребенка, в том числе определяющих особенности межличностных отношений, обсуждалась неоднократно (Выготский Л.С., 2005). Специфика отношения родителей к ребенку в детстве, в частности транслирование родителями определенного представления о ребенке, обуславливающего формирование его идентичности, создание психологического пространства развития, предпочитаемых способов поведения в трудных ситуациях, распознавания эмоционального контекста и соответствующего эмоционального реагирования может способствовать или препятствовать формированию СФ (Мякотин И.С., 2018). В практическом аспекте изучение роли семьи в формировании личности, нравственных принципов, потребностей пациентов с СФ позволит расширить представление о социально-психологических факторах, способствующих формированию и развитию социальной тревожности.

Цель. Выявить особенности отношения родителей к ребенку в детском и подростковом возрастах как фактора формирования и развития социальной фобии, провести анализ особенностей личностных характеристик.

Методы. Клинико-психопатологический, психометрический (Классификация стилей семейного воспитания, Эйдемиллер Э.Г., Личко А.Е., 1990), клинико-катамнестический, статистический.

Результаты. Всего обследовано 135 пациентов (57,7% женщин) в возрасте от 18 до 47 лет (средний возраст – $32,8 \pm 11,3$ года), проходивших лечение с диагнозом социальной фобии (F40.1 по МКБ-10). Клинико-диагностическая структура обследованных представляла собой сочетанную (коморбидную) патологию в виде следующих основных диагнозов по МКБ-10: F3 Аффективные расстройства ($n=27$, 20%), F4 Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства ($n=90$, 66,7%), F5 Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами, F6 Специфические расстройства личности ($n=18$, 13,3%). Анализ анамнестических сведений показал, что детско-родительские отношения лиц с СФ можно охарактеризовать как дисфункциональные, с отсутствием позитивной валидации (дефицит позитивного подкрепления поведенческих актов ребенка). Отмечалось отсутствие взаимопонимания между членами семьи и ощущения принадлежности к целому с сосуществованием излишней автономии, эмоциональной привязанности и солидарности между членами семьи в решении жизненных проблем, высокая конфликтность, доминирование одного члена семьи, чрезмерная зависимость других. Проведен сравнительный анализ стилей воспитания пациентов с СФ, показавший статистически значимое преобладание у лиц с СФ показателей по стилям семейного воспитания: «гипопротекция» (55%), «эмоциональное отвержение» (20%), «жесткие взаимоотношения» (12%), «повышенная моральная ответственность» (57%), «доминирующая гиперпротекция» (6%). Такие особенности отношения родителей непосредственно связаны с проявлениями социальной фобии: тревогой социального взаимодействия и избеганием потенциально трудных ситуаций, сопряженных с оценкой. Детско-родительские отношения способствовали формированию определенных представлений о социальных контактах как потенциально предъявляющих к личности повышенные требования в сочетании с заниженной самооценкой.

Выводы: при социальной фобии характерным родительским отношением к ребенку является сочетание недостаточной опеки и отсутствие позитивной валидации в виде предъявления повышенных требований к личности, с жестким контролем, осуждением (редкие положительные эмоциональные контакты, отсутствие доверия и конструктивного диалога в отношениях). При этом коммуникативный стиль родителей сочетал в себе

агрессивную стимуляцию к самостоятельности, чрезмерную строгость и критику ребенка при любых совершаемых ошибках. У пациентов с СФ в детско-подростковом возрасте присутствует систематическое нарушение психологического пространства, затрудняющее формирование позитивных представлений о себе и восприятие окружающего мира как безопасного.

Список литературы

1. Диденко А.В., Аленина О.К., Иванова А.А., Чойнзонова Е.Е., Казенных Т.В. Персоналогические характеристики и показатели качества жизни пациентов с социальной фобией, коморбидной с расстройствами личности и другими психическими расстройствами. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2023. № 3 (120). С. 37-44. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2023-3\(120\)-37-44](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2023-3(120)-37-44)
2. Stein MB, Chavira DA, Jang KL. Bringing up bashful baby. Developmental pathways to social phobia. Psychiatr Clin North Am. 2001 Dec;24(4):661-75. doi: 10.1016/s0193-953x(05)70256-2. PMID: 11723626.
3. Rosellini AJ, Rutter LA, Bourgeois ML, Emmert-Aronson BO, Brown TA. The relevance of age of onset to the psychopathology of social phobia. J Psychopathol Behav Assess. 2013 Sep 1;35(3):356-365. doi: 10.1007/s10862-013-9338-5. PMID: 23935239; PMCID: PMC3736863.
4. Barlow DH. Unraveling the mysteries of anxiety and its disorders from the perspective of emotion theory. Am Psychol. 2000 Nov;55(11):1247-63. doi: 10.1037//0003-066x.55.11.1247. PMID: 11280938.
5. Бохан Н.А., Диденко А.В., Аленина О.К. Коморбидные психические расстройства и качество жизни пациентов с социальной фобией. Психиатрия. 2022. Т. 20, № 2. С. 14-23. doi: <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2022-20-2-14-23>

Статистика клинических признаков большого депрессивного расстройства

**Байкеев Р.Ф.¹, Карпов А.М.², Ягудин И.Р.³, Ахметзянов И.И.⁴,
Гурьянова Т.В.⁴, Хасанов Р.Ш.², Бикбулатов А.Р.¹, Сираева З.Р.¹**

¹ Казанский государственный медицинский университет

² Казанская государственная медицинская академия

³ СОНКО «Фонд ресоциализации Республики Татарстан»

⁴ Республиканская клиническая психиатрическая больница МЗ РТ
Казань, Россия

Актуальность. По данным ВОЗ (<https://www.who.int/news>), депрессией страдают 3,8% населения, в том числе 5% взрослых (4% среди мужчин, 6% среди женщин) и 5,7% взрослых старше 60 лет. Около 280 млн человек в мире страдают депрессией (<https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>). Депрессия примерно на 50% чаще встречается среди женщин, чем среди мужчин. Во всем мире более 10% беременных и только что родивших женщин переносят депрессию [1]]. Ежегодно в результате самоубийств умирает более 700 000 человек.

Самоубийство является четвертой по значимости причиной смерти среди молодых людей в возрасте 15–29 лет. По данным эпидемиологических исследований, распространенность депрессии в России составила 25,6%, а клинический уровень депрессии достигает 8,8% [2].

Цель: провести статистический анализ распространенности клинических признаков у пациентов с большим депрессивным расстройством.

Материалы и методы. Выполнен анализ медицинских карт стационарного пациента (n=228), из них 48 мужчин (21.05%) и 180 женщин (78.95%), с диагнозами, отнесенными к трём группам депрессивных расстройств: 1) экзогенные (органические): F.06.0, F.06.3, F.06.329, F.06.36, F.06.378, F.06.4, F.06.49, F.06.61, F.06.68, F.06.8, F.06.828, F.06.83, F.07.08, 2) эндогенные: F.20.9, F.21.3, F.31.3, F.32.0, F.32.00, F.32.01, F.32.1, F.32.10, F.32.11, F.32.2, F.32.3, F.32.30, F.32.33, F.32.34, F.33.0, F.33.00, F.33.1, F.33.10, F.33.11, F.33.2, F.33.33, F.33.8, F.33.9, F.34.0, 3) психогенные (связанные со стрессом): F.41.2, F.43.21, F.43.22, F.48. Все пациенты лечились в стационарных отделениях Республиканской клинической психиатрической больницы им. акад. В.М. Бехтерева Минздрава Республики Татарстан в период с 2000 по 2022 г. Клинические признаки идентифицировали согласно клиническим рекомендациям, разработанным Российским обществом психиатров (2021). Выделяли группу пациентов с эффективностью лечения. В качестве критерия эффективности лечения принимали факт однократной госпитализации.

Результаты. Распределение общей группы пациентов по частоте встречаемости клинического признака оказалось следующим (абс., %): А1. Сниженное настроение – 225 (98,6) А2. Утрата интересов и удовольствия – 90 (39,47) А3. Повышенная утомляемость и сниженная активность – 62 (27,19) А4. Значительная напряженность или ажитация, либо особенно выраженная заторможенность – 21 (9,21) В1. Снижение способности концентрации внимания – 43 (18,86) В2. Сниженные самооценка и чувство уверенности в себе – 13 (5,7). В3. Идеи вины и самоуничтожения – 13 (5,7). В4. Мрачное и пессимистическое видение будущего – 15 (6,8). В5. Идеи или действия, направленные на самоповреждение или суицид – 42 (18,42). В6. Нарушенный сон – 155 (67,98). В7. Сниженный аппетит – 89 (39,04). С1. Состояние пониженного настроения мало подвержено изменениям в течение депрессивного эпизода, однако настроение может претерпевать суточные колебания (более снижено в утренние часы) – 3 (1,32). С2. Значительные затруднения в трудовой и социальной адаптации – 1 (0,44). С3. Больной практически не способен продолжать трудовую, социальную и домашнюю деятельность. Такая деятельность может выполняться очень ограничено – 1 (0,44). D. Длительность эпизода – 2 недели – 11 (4,82). E. В анамнезе нет маниакальных/гипоманиакальных симптомов, отвечающих критериям маниакального эпизода – 0.

F1. Снижение интересов или удовольствия от деятельности, обычно приятной для больного – 0. F2. Отсутствие обычной реакции на события или деятельность – 0. F3. Пробуждение утром за два или более часа до обычного времени – 0. F4. Депрессия тяжелее по утрам – 0. F5. Объективные свидетельства заметной психомоторной заторможенности или ажитации (отмеченные или описанные другими лицами) – 0. F6. Заметное снижение аппетита – 4 (1,75). F7. Снижение веса (5 или более процентов от веса тела в прошлом месяце) – 0. F8. Заметное снижение либидо – 5 (2,19). Суицидальное поведение: G1. Мысли – 54 (23,68). G2. Подготовка – 13 (5,7). G3. Попытка незавершенная – 13 (5,7).

Ранжирование группы пациентов с однократной госпитализацией (n=89) по частоте встречаемости клинического признака позволило выявить следующее распределение (абс., %): A1. Сниженное настроение – 64 (71,9). A2. Утрата интересов и удовольствия – 25 (28,1). A3. Повышенная утомляемость и сниженная активность – 13 (14,6). A4. Значительная напряженность или ажитация, либо особенно выраженная заторможенность – 2 (2,2). B1. Снижение способности концентрации внимания – 8 (9). B2. Сниженные самооценка и чувство уверенности в себе – 3 (3,4). B3. Идеи вины и самоуничужения – 4 (4,5). B4. Мрачное и пессимистическое видение будущего – 6 (6,7). B5. Идеи или действия, направленные на самоповреждение или суицид – 13 (14,6). B6. Нарушенный сон – 40 (44,9). B7. Сниженный аппетит – 23 (25,8). C1. Состояние пониженного настроения мало подвержено изменениям в течение депрессивного эпизода, однако настроение может претерпевать суточные колебания (более снижено в утренние часы) – 1 (1,1). C2. Значительные затруднения в трудовой и социальной адаптации – 1 (1,1). C3. Больной практически не способен продолжать трудовую, социальную и домашнюю деятельность. Такая деятельность может выполняться очень ограничено – 1 (1,1). D. Длительность эпизода – 2 недели – 0. E. В анамнезе нет маниакальных/гипоманиакальных симптомов, отвечающих критериям маниакального эпизода – 0. F1. Снижение интересов или удовольствия от деятельности, обычно приятной для больного – 0. F2. Отсутствие обычной реакции на события или деятельность – 0. F3. Пробуждение утром за два или более часа до обычного времени – 0. F4. Депрессия тяжелее по утрам – 0. F5. Объективные свидетельства заметной психомоторной заторможенности или ажитации (отмеченные или описанные другими лицами) – 0. F6. Заметное снижение аппетита – 0. F7. Снижение веса (5 или более процентов от веса тела в прошлом месяце) – 0. F8. Заметное снижение либидо – 0. Суицидальное поведение: G1. Мысли – 21 (23,6). G2. Подготовка – 4 (4,5). G3. Попытка незавершенная – 4 (4,5).

Таким образом, из общего списка клинических признаков, рекомендованных к идентификации при диагностике большого депрессивного расстройства, не был выявлен признак, имеющий место в 100% клинических наблюдений. С частотой более 50% встречается клинический признак «нарушенный сон». В группе пациентов с однократной госпитализацией с частотой более 50% имел место клинический признак «сниженное настроение».

Список литературы

1. Woody CA, Ferrari AJ, Siskind DJ, Whiteford HA, Harris MG. A systematic review and meta-regression of the prevalence and incidence of perinatal depression. *J Affect Disord.* 2017 Sep;219:86-92. doi: 10.1016/j.jad.2017.05.003. Epub 2017 May 8. PMID: 28531848.
2. Шальнова С.А., Евстифеева Е.С., Деев А.Д., Артамонова Г.В., Гагагонова Т.М., Дупляков Д.В., Ефанов А.Ю., Жернакова Ю.В., Конради А.О., Либис Р.А., Минаков Э.В., Недогода С.В., Ощепкова Е.В., Романчук С.В., Ротарь О.П., Трубочева И.А., Шляхто Е.В., Бойцов С.А. Распространенность тревоги и депрессии в различных регионах Российской Федерации и её ассоциации с социально-демографическими факторами (по данным исследования ЭССЕ-РФ). *Терапевтический архив.* 2014. Т. 86, № 12. С. 53-60.

Психологическая поддержка членов семьи.

Требование законодательства и практика

Бибчук М.А.

АНО «Институт интегративной семейной терапии»

Москва, Россия

На протяжении второй половины XX века в медицине и психологии меняются представления о единице воздействия (вмешательства) специалиста: происходит расширение от одного (пациент) или двух человек (больной ребенок и мать) до трех (мать, отец, ребенок) и более (бабушки, дедушки, братья и сестры) человек [1]. Идеи системного подхода способствовали появлению в мышлении врачей-психиатров новой парадигмы. Суть заключается в том, что причины симптоматического поведения коренятся не только в самом индивиде, следовательно, необходима смена фокуса диагностики, анализа и описания случая с одного члена семьи (пациента) на способ функционирования семьи в целом. Центральным становится предположение, что для диагностики психического расстройства недостаточно привычного для врача-психиатра получения анамнестических данных от одного из родителей (законного представителя), а скорее/точнее понять симптоматику пациента, например ребенка (т.е. части семейной системы) можно лишь при условии понимания взаимодействия и взаимовлияния всех членов семьи (т.е. целого) [2].

Проникновение в психиатрию системного видения клинического случая способствовало появлению термина и отдельного направления – «системная психиатрия» [3], в рамках которого врач-психиатр расценивает симптомы психического расстройства как имеющие в семье определенную функцию и направленные на решение проблемной ситуации в окружении пациента [4]. Представления о «семейном диагнозе» (выявление в жизни семьи характерных нарушений, которые способствуют возникновению и закреплению у какого-либо члена семьи различных психологических проблем и психических расстройств) [5], облегчают врачу-психиатру диагностику и помогают построить план лечения и реабилитации.

Согласно новому Порядку оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения, утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14 октября 2022 г. № 668н, оказание мер психологической поддержки членам семей лиц, страдающих психическими расстройствами, и лиц с проблемами социального функционирования и адаптации в социальной среде вследствие развития прогрессирования у них психического расстройства консультирование членов семьи либо иных законных представителей по вопросам, связанным с имеющимся заболеванием, стрессовой ситуацией, комплаентным поведением и эффективной коммуникацией, ожидается от всех организаций и структурных подразделений, оказывающих первичную специализированную или специализированную помощь при психических расстройствах и нарушениях поведения, за исключением лишь организационно-методического отдела, отделения «телефон доверия», лечебно-производственной мастерской, отделений для принудительного лечения общего и специализированного типа, психиатрической больницы специализированного типа с интенсивным наблюдением. Названный выше Порядок не определяет, в компетенцию каких специалистов входит работа с семьей пациента с психическими расстройствами.

Опыт практической работы с семьями и образовательная деятельность АНО «ИИСТ» по повышению квалификации специалистов в области семейного консультирования и психотерапии в течение 25 лет свидетельствуют, что адресная помощь семьям, воспитывающим детей с психическими расстройствами, возможна при наличии в медицинской организации специалистов, имеющих дополнительное профессиональное образование в названной области и компетентных в построении эффективной коммуникации с семьей пациента.

Для врача-психиатра могут представлять интерес вопросы организации консультирования семьи, постановка задач перед специалистами, непосредственно работающими с семьями, контроль за процессом и результатом в динамике функционирования семьи пациента с психическим расстройством.

С организационной точки зрения психотерапия семьи с ребенком может осуществляться на догоспитальном (амбулаторно), в стационаре и на постгоспитальном (амбулаторно) этапах. Организация семейной психотерапии в условиях детской психиатрической больницы строится с учетом влияния условий стационара на детей, родителей, семью в целом и на собственно процесс психотерапии в рамках относительно закрытого медицинского учреждения. Пребывание ребёнка в психиатрической клинике отражается на всей семье в целом. Большинство родителей испытывают стресс, вызванный необходимостью стационарного лечения, принятием этого решения и собственно госпитализацией ребенка. Семейному психологу приходится сталкиваться с беспомощностью родителей, их амбивалентными чувствами к ребенку и его госпитализации, стыдом и виной за состояние ребенка.

На госпитальном этапе чаще осуществляется кризисная семейная психотерапия продолжительностью 4-6 недель с интенсивностью занятий 1-3 раза в неделю. Следует выделить стадии семейной психотерапии в условиях детского психиатрического стационара: начальная стадия (1-2 встречи, посвящённых мотивации членов семьи на психотерапию, формированию отношений сотрудничества, сбору семейного анамнеза, семейной диагностике, оценке семейных рисков и ресурсов, определению ведущих потребностей семьи), основная стадия (4-5 встреч, на которых происходит формирование системной гипотезы, оценка готовности семьи к изменениям, снижение уровня тревоги, поиск внутри- и внесемейных ресурсов, обучение родителей новым формам поведения и воспитания, анализ и реконструкция семейной истории, коррекция родительских и детско-родительских отношений), заключительная стадия (1-2 встречи, направленные на фиксацию изменений и подведение итогов, рекомендации по поддержанию изменений в период после выписки, по обращению к специалистам амбулаторного звена и организации контактов семьи с социальным окружением (родственники, друзья, образовательные учреждения).

Постгоспитальный этап включает в себя поддерживающую семейную психотерапию с интенсивностью 1 раз в неделю и продолжительностью до 10 недель. Каждое занятие с семейным психологом разделяется на фазы. Задачами социальной фазы являются формирование атмосферы безопасности, установление контакта, формирование отношений доверия и сбор первичной информации о функционировании семьи. Проблемная фаза включает в себя изучение семейной мифологии кризиса, сбор информации о психическом состоянии ребенка, пусковых, закрепляющих и санирующих факторах, выявление циркулярной последовательности (проблемного стереотипа) и анализ предпринятых семьей попыток решения проблемного поведения ребенка.

Следующим звеном работы становится построение гипотезы с определением функции симптома в семейной системе и формирование программы психологического вмешательства. Фаза интервенции посвящена блокаде «целесообразности» симптоматического поведения, укреплению родительской компетенции и устойчивости. Важной темой является деконструкция мифа, существующего при психическом нарушении (об исключительных талантах детей с расстройствами аутистического спектра, о безопасности, «безобидности» демонстративных, шантажных суицидальных и парасуицидальных проявлений, мифов о малой частоте насилия и незначительности страданий при детском горе). Затем наступает время для формирования и закрепления навыков: обучение контролю поведения и эмоциональной саморегуляции, валидации и прямой коммуникации. Завершается встреча с семейным психологом домашним заданием. В большинстве случаев задание направлено на разрушение проблемного стереотипа, повышение уровня доверия, закрепление навыков в домашних условиях и в ситуациях кризиса.

Встречи с семейным психологом независимо от их частоты, длительности, продолжительности направлены на формирование системы поддержки, новых способов взаимодействия, новых смыслов существования для ребенка и всей семьи. Помимо улучшения контакта ребенка с родителями и членами семьи с первых дней госпитализации семейный психолог, сопровождая лечебный процесс в отделении стационара, решает следующие задачи: 1) снижение уровня тревоги и напряжения в семье, ощущения беспомощности/растерянности у родителей, помощь в осознании родителями собственных эмоциональных переживаний относительно состояния здоровья ребенка и прогноза психического расстройства за счет понимания механизмов поведения, 2) корректировка внутренней картины болезни ребенка «глазами родителей» с формированием реалистичного отношения к заболеванию и лечению, 3) помощь в построении эффективной системы воспитания, постепенного формирования навыков устойчивого/последовательного родительского поведения, 4) формирование единой и согласованной родительской позиции по вопросам воспитания, образования, лечения и реабилитации ребенка с психическим расстройством, 5) оптимизация семейного взаимодействия за счет уменьшения дисфункциональных процессов, включая снижение частоты и интенсивности конфликтов в семье, 6) формирование ответственной позиции в контакте с лечащим врачом, мотивация к коррекционным мероприятиям и сотрудничеству со смежными специалистами (дефектолог, логопед, нейропсихолог) в составе полипрофессиональной команды, 7) формирование мотивации к действиям по социальной адаптации ребенка после выписки с учетом особенностей состояния, развития ребенка и прогноза заболевания.

В заключение отметим, что улучшение психического состояния ребенка, возможность предупреждения рецидива и сокращение потребности в госпитализации запускают/подкрепляют у родителей «цепную реакцию» позитивного стимулирования (круг корреляции) и улучшают отношения сотрудничества со специалистами. В свою очередь информирование врачей-психиатров о семейной психологии и знакомство с системным подходом дает возможность переносить акцент с медицинского вмешательства на медицину профилактическую, эффективно сотрудничать с семьей психически больного ребенка в полипрофессиональных командах и повышать качество профильной медицинской помощи.

Список литературы

1. Палаццоли М.С., Босколо Л., Чеккин Д., Прата Д. Парадокс и контрпарадокс. Новая модель терапии семьи, вовлеченной в шизофреническое взаимодействие. Пер. с итал.: М.: Когито-центр, 2002. 204 с.
2. Бертаганфи Л. фон. История и статус общей теории систем. Системные исследования. Ежегодник. М., 1973. С. 20-36.
3. Ruf GD. Systemische Psychiatrie: Ein ressourcenorientiertes Lehrbuch. Front Cover. Klett-Cotta Verlag, 2012:308.
4. Берн Э.Л. Трансактный анализ в психотерапии: Системная индивидуальная и социальная психиатрия. М.: Академический проект. 2015. 320 с.
5. Эйдемиллер Э.Г., Добряков И.В., Никольская И.М. Семейный диагноз и семейная психотерапия. СПб., 2003. 336 с.

Анализ суицидального поведения несовершеннолетних по данным мониторинга в Республике Саха (Якутия)

Бекенева Л.В.

ФГАОУ ВО «Северо-Восточный федеральный университет им. М.К. Аммосова»

Якутск, Россия

В последнее время уверенно набирает обороты проблема подросткового парасуицида, ввиду этого с 2018 г. в Якутии внедрена программа мониторинга суицидов и парасуицидов среди несовершеннолетних. В отношении мониторинга парасуицидов в первую очередь специалисты столкнулись с методологической проблемой. В медицинской и юридической практике используются разные системы и подходы статистического подсчета. В психиатрии парасуицид рассматривается как один из компонентов пресуицидального синдрома: незавершенные суицидальные действия, представляющие собой проявления суицидального шантажа либо этап суицидального поведения, который предшествует завершенному истинному суициду [3]. Попытка (от общеславянского «пытать», соответствующего латинскому *putare* – думать, полагать, взвешивать, подсчитывать) – усилие, действие, совершаемое с целью что-то выполнить. Т.е. суицидная попытка –

действие, не доведённое в силу разных причин до завершения. Если подросток строит конкретные планы и имеет четкие намерения покончить жизнь самоубийством, но не смог в силу не зависящих от него обстоятельств завершить эту попытку, то данные о таких несовершеннолетних включаются в категорию парасуицидов. В то время как Следственный комитет рассматривает суицидальную попытку в проекции «доведения до самоубийства», исключая детей с поверхностными самопорезами и другими попытками, не имеющими фактического подтверждения (отравления без обращения за медицинской помощью). В результате для удобства разработки индивидуальных подходов проведено деление парасуицидов на непосредственно суицидальные попытки и группу детей с суицидальным риском.

Тем не менее в Якутии уровень парасуицидального поведения остается высоким. В 2018 г. показатель составлял 68 случаев (25,7 на 100 тыс. населения). С 2020 г. отмечается неуклонный рост суицидального поведения у детей и подростков вплоть до 35,3 случая на 100 тыс. детского населения, возможно, это связано с периодом пандемии и началом специальной военной операции, так как кризисные события в жизни общества приводят общей напряженности и повышению уровня тревоги и депрессии среди всех слоев населения. Подавляющее большинство суицидальных попыток у несовершеннолетних происходило в городской среде. Большинство случаев парасуицидов зарегистрировано в Якутске (71,5%). Из общего числа парасуицидов 79,7% приходится на лиц женского пола в возрасте 11-17 лет; наибольший пик случаев среди девочек прослеживается с 14 до 16 лет. Возраст мальчиков варьировался от 12 до 17 лет. 99% совершивших попытку суицида подростков были организованы, обучались в средних школах или других учебных заведениях, в единичных случаях подростки ничем не заняты, не работают, не учатся. Отмечается неблагоприятная тенденция омоложения суицидентов за последние 3 года, дети всё раньше начинают предпринимать суицидальные попытки, чаще регистрируются случаи парасуицидов до 14 лет. В сравнении с 2022 г. выявлено в 2 раза больше парасуицидов среди детей до 14 лет (47 – в 2023 г., 22 – в 2022 г.).

На первом месте по способам попытки самоубийства находятся самопорезы на руках, реже – на ногах, животе и шее (71%), на втором месте – медикаментозное отравление (25%), в редких случаях встречались попытки спрыгнуть с крыши здания, из окна и повеситься. В 5% случаев в анамнезе отмечались многократные суицидальные попытки, включающие в себя на первых этапах самопорезы, в дальнейшем попытки отравления и прыжки с высоты. Попытки повешения чаще всего приводили к смертельным исходам. Повторные суицидальные попытки у пациентов, находящихся под психиатрическим наблюдением, встречались ежегодно и представляли 2-3 случая медикаментозного отравления антидепрессантами в связи с конфликтными ситуациями в семье.

Причины совершения попыток суицида делятся на 4 категории актуальных проблем: в семье (27,5%), школе (8,6%), нарушенные межличностные взаимоотношения со сверстниками (13%), связанные с тяжелыми жизненными ситуациями, в том числе смерть близких, нарушения половой неприкосновенности (5%). Комплекс разнообразных причин суицидального поведения встречался чаще всего: это дисгармоничные взаимоотношения в родительской семье, низкая самооценка из-за проблем в школе с одноклассниками, учителями, страх перед экзаменами (48,9%). Основными причинами парасуицидов являются переживания или реакция на ситуацию (конфликты в семье, со сверстниками, учителями, проблемы в учебе, переживания из-за предстоящих ЕГЭ, ОГЭ).

С 2018 по 2023 г. общая численность суицидов сократилась практически в 2 раза. Среди несовершеннолетних в Якутии за 2023 г. зафиксировано 2,3 случая завершеного суицида на 100 тыс. детского населения. Возраст умерших варьирует от 13 до 17 лет, чаще всего погибшие дети были жителями районов республики. Основные способы смерти: повешение (65%), прыжок с высоты (30%), утопление (15%). По данным СК, в 99% случаев суициды носили импульсивный характер, ранее несовершеннолетние не состояли под наблюдением врачей и социальных служб. Первопричины завершённых самоубийств определены экспертами как неразделенная любовь, депрессивное состояние, смерть близких (в том числе на специальной военной операции), семейные конфликты. Решающими факторами суицидального поведения в столь раннем возрасте прежде всего являются неудачи в школе и проблемы в семье [2], так как родители часто не понимают своих детей, навязывают им собственное мнение. В других случаях игнорированием проблем подростков они оказывают разрушительное эмоциональное давление на еще не сформировавшуюся психику ребенка, заставляя его решать сложные проблемы самостоятельно, часто даже не пытаясь вникнуть в ситуацию и помочь. Напряженная обстановка в школе обостряется огромной загруженностью, на фоне которой формируются психофизическая астения, низкая стрессоустойчивость, что еще больше усугубляет проблемы в общении со сверстниками и педагогами, сопровождается стеснением, замкнутостью, недоверием к окружающим [1].

Профилактическая работа с несовершеннолетними, совершившим парасуицидальную попытку, производится с согласия родителей. В силу стигматизации родители зачастую уклоняются от наблюдения и лечения у психиатра и психотерапевта, при этом в большинстве случаев дети таких родителей имели множественные самоповреждения. В результате полученных данных были выявлены следующие ключевые проблемы профилактики суицидального поведения несовершеннолетних: 1) ведущая роль в воспитании ребенка и создании комфортной психологической атмосферы в семейной системе принадлежит родителям. В первую очередь профилак-

тическая работа должна быть направлена на обучение психологической грамотности и информирование родителей в отношении особенностей поведения подростков, в том числе и суицидального; 2) так как основную часть своего времени ребенок проводит в школе, в первую очередь педагоги должны обладать психологическими знаниями и возможностью выявления подростка, находящегося в трудном периоде своей жизни, экстремальной ситуации. В большинстве случаев педагоги и психологи школ имеют туманные представления о суицидальном поведении подростков; 3) несоответствие штатного расписания, дефицит психиатров в целом и детских психиатров в частности, психотерапевтов и клинических психологов во многих крупных городах и районах Якутии способствуют росту суицидального поведения несовершеннолетних.

Список литературы

1. Польская Н.А. Факторы риска и направления профилактики самоповреждающего поведения подростков Клиническая и специальная психология. 2018. Т. 7, № 2. С. 1-20.
2. Попов Ю.В., Пичиков А.А. Суицидальное поведение у подростков. СПб.: СпецЛит, 2017. 366 с.
3. Шелехов И.Л., Каштанова Т.В., Корнетов А.Н., Толстолес Е.С. Суицидология: учебное пособие. Томск: Изд-во СибГМУ, 2011. 203 с.

Влияние стресса на пищевое поведение

Белов И.В.

**ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова»
Чебоксары, Россия**

Стресс как один из психологических факторов развития нарушений поведения, психосоматических расстройств может приводить к дезадаптации человека, соответственно является тем фактором, которой нужно учитывать при диагностике, коррекции дезадаптивных форм поведения. Стресс связан с разными сторонами человеческого поведения, в том числе и с пищевым поведением. Например, нервное переедание, которое входит в группу нарушений пищевого поведения, рассматривается многими исследователями как психологический фактор влияния на пищевое поведение. Впервые термин введен в научный дискурс канадским физиологом Г. Селье, определявшим стресс как неспецифическую реакцию организма на вредоносные (с оценочно-эмоциональной точки зрения, испытывающего стресс) стимулы (физические или психологические). Стресс сам по себе является необходимой защитной реакцией, характерной для живых организмов, и носит скорее положительный, с точки зрения приспособляемости и выживаемости, для организма характер.

Г. Селье рассматривал стресс как особого рода процесс, в котором можно выделить несколько взаимосвязанных стадий: 1) стадия восприятия стимула, который воспринимается как угрожающий для человека – происходит мобилизация психологических и физиологических ресурсов, что приводит к увеличению адаптивных возможностей в угрожающей ситуации, 2) стадия сопротивления наступает после длительного воздействия стрессового стимула, на данной стадии психика и тело человека принимает определенное функциональное состояние, нацеленное на адаптацию к угрожающей ситуации, происходит перераспределение ресурсов, 3) стадия истощения или дистресса – после чрезмерно длительного воздействия угрожающих факторов, что приводит к истощению ресурсов организма и, как следствие, носит деструктивный для организма и психики человека характер (Ромашин В.Н., 2023).

Стресс в большинстве случаев выступает в сознании человека как стимул с отрицательным эмоциональным зарядом, т.е. переживается человеком как негативное состояние, от которого он всячески хочет избавиться и прийти в положительное состояние. При определенных психологических характеристиках (стрессоустойчивость, значимость стрессового воздействия) человек сознательно или бессознательно выбирает каким образом он будет справляться со стрессом и дистрессом. Одним из способов преодолеть стресс является определённый тип пищевого поведения, основанный на одной из базовых человеческих потребностей в еде, от которой зависит выживаемость организма. Вследствие этого пищевое поведение ассоциировано с сильными эмоциональными состояниями и переживанием удовольствия и неудовольствия. Таким образом, в большинстве случаев прием пищи или его предвосхищение сопровождается с положительными эмоциями и переживаниями. Вследствие этого в ситуации, когда человек испытывает стресс или находится на стадии дистресса, он может выбрать поведение, направленное на получение положительных эмоций и переживаний, как способ поменять свое состояние с отрицательного на положительное. В дальнейших ситуациях, в которых человек испытывает стресс, может сложиться деструктивная ассоциация приема пищи со снижением негативного влияния стресса, человек будет нацелен не на разрешение объективных трудностей, вызывающих стресс, а на искусственную борьбу с состоянием, обусловленным стрессовыми факторами. В данном случае пищевое поведение, будучи ответом на стрессовые воздействия, может приводить к развитию нервного перенапряжения (Расторгуева В.В., 2021).

Существуют определенные паттерны (стратегии) поведения, направленные на сопротивление стрессовым раздражителям и дистрессу, их совокупность называется «копинг-поведение» или совладающее поведение. Термин впервые введен в научный дискурс американскими психоло-

гами Р. Лазарусом и С. Фолкманом. Авторами было выделено 8 основных копинг-стратегий: 1) планирование – попытка рационально структурировать свои ресурсы для решения трудной ситуации, 2) конфронтация – осуществление конкретных действий, направленных на разрешение проблемной ситуации, причем эти действия могут носить импульсивный характер, 3) принятие ответственности за свое состояние и поведение, 4) самоконтроль – часто сопровождается подавлением истинных чувств с целью минимизации их влияния, 5) дистанцирование – снижение значимости проблемной ситуации, 6) избегание, бегство – уклонение от проблемы или её полное отрицание, попытка вытеснить нежелательные представления, 7) поиск положительных сторон – представление проблемной ситуации как стимула для личностного роста, 8) поиск социальной поддержки – привлечение внешних ресурсов, например, в виде социальных связей (Елизарова Е.Б., 2020).

Копинг-стратегии конфронтация, дистанцирование, избегание в большинстве случаев носят деструктивный характер и могут негативно влиять на различные стороны человеческого бытия, в том числе на пищевое поведение. Описана связь между массой тела и выбором стратегии избегания. Так, самоконтроль может выражаться в попытке контроля множества аспектов поведения, внешнего вида, массы тела и т.д. и может приводить к нервной анорексии и булимии. Это может быть связано с тем, что тело рассматривается как объект, который можно контролировать, в отличие от стрессовых обстоятельств, в которых человек оказался, таким образом, контроль над телом рассматривается как символическая попытка контролировать стрессовую ситуацию [Карабалина З., 2022]. Дистанцирование и избегание характеризуются обесцениванием или игнорированием болезненных переживаний, попыткой их вытеснения и переключением на другой объект или деятельность. Болезненные переживания, связанные со стрессом, вытесняются из сферы сознательного, при этом его причина может не восприниматься как проблема, соответственно ничего не будет предприниматься для её решения. При этом неприятные переживания продолжают мучить человека, но в другой форме (сновидения, ошибочные действия, переключение на определенный объект), формируя перманентную тревожность. На выбор определенной копинг-стратегии влияют и социальные условия (специфика детско-родительских отношений, социальные нормы и предписания), в которых живет человек. Если в семье родители злоупотребляют потреблением пищи или использует потребление пищи как способ совладания со стрессовой ситуацией, то и ребенок, скорее всего, будет копировать данные схемы и характеристики поведения. В таком случае при дистанцировании и избегании человек будет переключать внимание на уже знакомый и понятный способ поведения, представление

о котором уже было сформировано в референтной группе, а именно злоупотреблением пищи или попытками контролировать свой вес и т.д.

Исходя из вышеизложенного, можно сделать вывод о том, что, стресс носит для человека деструктивный характер только в стадии дистресса, при длительном стрессовом воздействии на человека. Пищевое поведение может иметь не только биологический смысл, но и выступать как способ совладания со стрессом в символической форме или в форме определенного поведения.

Список литературы

1. Елизарова Е.Б. Взаимосвязь защитных механизмов и копинг-стратегий. Перспективы науки. 2020. № 3 (126). С. 153-155.
2. Карабалина З., Кудайбергенова С. Исследование самооценки, копинг-стратегий и пищевого поведения женщин с нормальным и избыточным весом. Вестник КазНУ. Серия психологии и социологии. 2022. Т. 80, № 1. С. 32-47.
3. Расторгуева В.В., Бирюкова Д.А. Влияние стресса на развитие расстройства пищевого поведения. Научная инициатива в психологии: Межвузовский сборник научных трудов студентов и молодых ученых. Курск : Курский государственный медицинский университет, 2021. С. 136-140.
4. Ромашин В.Н., Атаманова Г.И. Ретроспективный анализ феномена стресса: физиологический и психологический подход. Психология. Историко-критические обзоры и современные исследования. 2023. Т. 12, № 9А. С. 37-49.

Нарушение пищевого поведения у подростков: от нервной анорексии до нервного переедания

Белов И.В., Николаев Е.Л.

**ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова»
Чебоксары, Россия**

Подростковый возраст – один из самых кризисных в жизни человека, обусловлен психологическими и биологическими трудностями – от биологической, гормональной перестройки организма до кризиса собственной идентичности и подверженности социальному влиянию. Все эти факторы влияют на общее физическое и психологическое здоровье подростка и требуют особого внимания со стороны медицинских работников и психологов. Современные медицинские подходы трактуют концепцию здоровья как состояние, позволяющее вести активную жизнь в социальном и экономическом плане. Так же здоровье предполагает гармоничные взаимоотношения с окружающей биологической и социальной средой. Одной из основных форм такого взаимодействия с окружающей человека реальностью является пищевое поведение. Причем для человека факторы, влияющие на пищевое поведение, носят не только биологический, но и социальный, психологический и культурный характер (Богамягкова Е.С., 2019, Перевезенцев Е.А., 2023).

Понятие пищевое поведение – это широкий термин, охватывающий поведенческие аспекты (принятия решений о том, когда и сколько есть), а также включает в себя ценностный подход к приему пищи и является особым стереотипом питания в повседневной жизни и в стрессовых ситуациях. Нарушение пищевого поведения может приводить к большому спектру проблем – от социального неприятия и стигматизации до инвалидизации и снижения общего качества жизни. Факторами, приводящими к нарушениям пищевого поведения, могут быть общие социальные тенденции (сидячий образ жизни, связанный со спецификой работы, и доступность высококалорийной пищи) и индивидуальные биологические, психологические особенности (специфика детско-родительских отношений, самооценка, психологические травмы) (Дадаева В.А., 2021).

Расстройства пищевого поведения включают в себя множество проявлений, наиболее распространёнными из них являются: 1) нервная анорексия – расстройство, связанное с преднамеренным снижением массы тела, вызванным и поддерживаемым сознательно, 2) булимия – синдром, характеризующийся приступами переедания и выраженным беспокойством по поводу контроля за массой тела, 3) психогенное переедание – переедание вследствие стрессовых событий и нервного напряжения. Специфика протекания и формирования расстройств пищевого поведения опосредуется возрастными особенностями человека. Для подросткового возраста существует ряд особенностей протекания и формирования расстройств пищевого поведения. Одной из таких особенностей является чувствительность (чувствительность) к социальному влиянию. Связано это с тем, что в подростковом возрасте ведущей деятельностью (формирование психологических особенностей) является социальное взаимодействие с другими людьми и общении. Подросток расширяет круг социального взаимодействия, если раньше социальный круг ограничивался семьей и самыми близкими, то теперь подросток включен в широкий круг социальных взаимодействий, из которых складывается собственная идентичность подростка. Подросток может быть подвержен влиянию социальных групп, движений и присваивать себе социальные стандарты красоты и образа собственного тела, через это влияние и происходит формирование собственной идентичности (Я-концепции) подростка. Одним из важных элементов Я-концепции является самооценка человека, т.е. соотношение между Я-реальным и Я-идеальным. Я-идеальным (каким хочет видеть себя подросток) часто выступают социальные нормы и стандарты, сформированные в семье, в подростковом возрасте они формируются в контексте более широкого социального взаимодействия. Самооценка выступает фактором формирования расстройств пищевого поведения. Неудовлетворённость собой часто служит предпосылкой для контроля веса или изменений в теле и может приводить к нервной анорексии или булимии (Долгова В. И., 2016).

Неотъемлемым элементом в структуре Я-концепции является образ тела (то, как человек представляет свое тело). Образ тела является одним из факторов, который определяет формирование и протекание расстройств пищевого поведения. Если раньше образ тела был связан со спецификой детско-родительских отношений (принимают ли родители физический образ ребенка, т.е. образ тела), то в подростковый период всё больше влияют социальные стандарты образа тела. Многие подростки пытаются идентифицировать себя со своими кумирами, перенимая не только стиль поведения, но и внешний образ. Чрезмерная заикленность на социальных стандартах красоты и кумирах, которые отражают эти стандарты, могут служить предпосылкой к формированию нервной анорексии. Следствием этих процессов может служить увлеченность подростка различного рода диетами, искусственным вызыванием рвоты и возникновение желания изменить свое тело (Peterson K., 2019).

Булимия является другим распространённым типом расстройств пищевого поведения и характеризуется систематическим перееданием и потерей контроля над своим весом и, как следствие, периоды переедания сопровождаются фазами искусственного вызывания рвоты для снижения веса. Факторами риска развития булимии (как и некоторые факторы, влияющие на развитие анорексии) являются низкая самооценка, искаженный образ тела, устойчивые паттерны и привычки питания. Часто фактором развития булимии является смещение мотивировки с употребления пищи для удовлетворения чисто биологических мотивов на иные мотивы: желание получить удовольствие, «заедание стресса». Так, представители психоаналитического направления связывали пищевое поведение со множеством других психических функций, в частности с потребностью в безопасности и удовольствии. В таком случае пищевое поведение может быть связано с фрустрированными потребностями в заботе или безопасности.

Так называемое заедание представляет с собой психогенное (невротическое) переедание – прием пищи мотивирован не прямыми биологическими потребностями, а потребностями иного, психологического характера. Как уже отмечалось выше, пищевое поведение может быть мотивировано фрустрированными потребностями в заботе и защищенности. Данное положение может свидетельствовать о том, что человек может не дифференцировать свои потребности и выбирать уже давно сформировавшийся паттерн их удовлетворения, обращаясь к компенсации наиболее базовых потребностей. Так формируется привычный способ реагирования на стрессовую ситуацию. Учитывая широкую доступность высококалорийной пищи, а также агрессивные маркетинговые компании продвижения продуктов питания, подростки могут испытывать сильное влияние этих негативных тенденций.

Выводы. Таким образом, подростковый возраст является кризисным этапом в жизни человека и сопровождается множеством изменений в биологических процессах организма и психологическими изменениями, влияющими на общее самочувствие и здоровье подростка. Одним из психологических нововведений, характерных для подросткового периода, является включение подростка в более широкий круг социальных взаимодействий (выходящих за пределы коммуникации с референтной группой), ведущей деятельностью в этот период становится общение и социальная кооперация. Соответственно возрастает социальное влияние (стандарты внешнего вида, поведения и т.д.), что может приводить к формированию неадекватного представления о себе и своем теле. Данные факторы могут служить предпосылками к возникновению расстройств пищевого поведения (нервная анорексия, булимия, нервное переедание).

Список литературы

1. Богомякова Е.С., Орех Е.А. Современные концепции здоровья: от качества жизни к её наполненности. Вестник Томского государственного университета: Философия. Социология. Политология. 2019. № 51. С. 129-139.
2. Дадаева В.А., Егянян Р.А., Королев А.И., Ким О.Т., Драпкина О.М. Типы нарушений пищевого поведения. Профилактическая медицина. 2021. Т. 24, № 4. С. 113-119.
3. Долгова В.И., Кошелева А.А. Феномен «Я-концепция» подростка. Вестник ЮУрГГПУ. 2016. № 7. С. 139-143.
4. Перевезенцев Е.А., Постников А.Д., Киселева Н.С., Постникова О.И. От здорового образа жизни – к корпоративным программам укрепления здоровья: история понятий и эволюция терминов (обзор литературы). Общественное здоровье и здравоохранение. 2023. № 2 (77). С. 38-45.
5. Peterson K, Fuller R. Anorexia nervosa in adolescents: An overview. Nursing. 2019 Oct;49(10):24-30. doi: 10.1097/01.NURSE.0000580640.43071.15. PMID: 31568077.

Комплаенс в работе с семьей ребенка с нарушением развития

Белоусова М.В.¹, Футин Э.В.²

¹ КГМА – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России

² ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» МЗ РФ

Казань, Россия

Терапевтическое сотрудничество между врачом и пациентом с конца 80-х гг. XX в. D. Sackett и R. Haynes предложили обозначать терминами «приверженность» или «комплаентность» (комплаенс) [1]. COMPLAINT (англ. согласие) к лечению – многополярное понятие, отражающее как беспрекословное соблюдение всех патоориентированных рекомендаций лечащего врача (прием лекарственных средств, проведение лечебных и реабилитационных процедур), так и снижение факторов риска развития

той или иной патологии (формирование правильного образа жизни, здоровое питание, достаточная двигательная активность, эмоциональная устойчивость и т.д.). Термины, употребляемые в англоязычной медицинской литературе, как тождественные комплаенсу: соблюдение, приверженность, согласие (compliance, adherence, concordance) [2, 3]. К признакам, характеризующим комплаенс, можно отнести качество выполнения рекомендаций по приему препаратов, непрерывность назначенного врачом курса лечения. Для оценки комплаенса с позиции следования пациентом полученным рекомендациям предлагается ориентироваться на следующие показатели: уровень комплаенса высокий, если выполняется свыше 80% рекомендаций, средний – если выполняется 20-80% рекомендаций, низкий, если выполняется менее 20% рекомендаций [1].

Существующие основные способы диагностики комплаенса недостаточно оптимальны и связаны с рисками необъективной оценки приверженности к терапии: 1) интервью с пациентом и его семьей, участвующей в лечении и реабилитации (риск: недостоверность ответов), 2) самоотчет (дневник) о выполнении рекомендаций о приеме препаратов (риск: недостоверность, требуется дополнительное подтверждение, объективизация), 3) учет принимаемых лекарственных средств (риск: при прохождении лечения амбулаторно семью сложно контролировать по количеству принятых пациентом препаратов), 4) биохимический анализ крови с целью определения концентрации лекарственных препаратов (литий, флуоксетин, сертралин, галоперидол, вальпроевая кислота, карбамазепин, фенитоин, фенобарбитал, ламотриджин, левитирацетам, клоназепам, феназепам), риск: необходимость инвазивных процедур (забор крови), лекарственный мониторинг осуществляется в рамках платных услуг.

Актуальность проблемы недостаточного комплаенса особенно высока при состояниях, требующих длительной непрерывной терапии и нейрореабилитации – например, у ребенка с нарушением психического развития. При работе с данной группой детей важен не только объем назначенных и запланированных процедур, вмешательств/курсов терапии и реабилитации, но и своевременность выполнения полученных рекомендаций. Важно время начала коррекционного процесса (скорость старта) после постановки диагноза. Рассмотрим проблемы комплаенса в работе с семейной системой, в которой есть ребенок раннего возраста с нарушением психического развития, с позиции биопсихосоциального подхода, предложенного В.М. Бехтеревым и продолженного в 70-х гг. XX в. G.L. Engel в виде биопсихосоциальной модели подхода к здоровью и болезни [4]. Данная модель позволяет рассматривать взаимовлияние биологических, психологических и социальных факторов в формировании соматических и психических расстройств и учитывать их роль при построении программы терапии и реабилитации.

Биологический фактор: наличие генетически детерминированных, метаболически или органически обусловленных нарушений онтогенеза, проявляющихся в виде задержки формирования высших психических функций, импрессивной и экспрессивной речи, координированной тонкомоторной деятельности, нарушений эмоционального развития, формирования коммуникативных и социальных навыков. Биологический фактор выступает как данность, требующая коррекции (в зависимости от генеза – абилитации или реабилитации дефицитарных функций) и, несомненно, влияющая на прогноз в отношении дальнейшего развития, построения образовательного маршрута ребенка и возможностей его интеграции в социум.

Психологический фактор: наличие психологических особенностей ребенка и его родителей, наличие когнитивных установок, воспитательных стилей, проявлений психологических защит и совладающих механизмов, которые отражаются на взаимодействии, коммуникации, воспитании, обучении ребенка.

Социальный фактор: микроокружение ребенка, которое может выступать как источник ресурсов, поддержки, сенсорно обогащенной и коммуникативной среды для развития (достигается путем ативного включения в реабилитационный процесс всех членов семейной системы, с пониманием вклада, возможностей и зоны ответственности каждого) или, наоборот, становится средой, отягчающей или потенцирующей дефициты ребенка (развитие на фоне эмоциональной и сенсорной депривации, обусловленной спецификой социального статуса семьи, отсутствие взаимодействия с детьми и т.д.).

Базой для формирования комплаенса семейной системы к терапии и реабилитации ребенка следует рассматривать факт информированности родителей и понимания ими имеющихся у ребенка проблем: понимание специфики имеющихся нарушений, возможного механизма их формирования, возможных поисков путей коррекции/компенсации имеющихся дефицитов. Нередко у родителей детей раннего возраста с нарушением развития отмечается недостаточная информированность по данному вопросу, что становится причиной запуска в некоторых семьях контрпродуктивных родительских стратегий.

Ссылаясь на собственный опыт, перечислим следующие: 1) поиск «правильного» диагноза, «медицинский туризм» – изучение родителями мнений разных специалистов, сопряженное с поездками по стране, ожиданием очереди на прием, на фоне отсутствия лечения, реабилитации, динамического наблюдения, требуемых ребенку, 2) «игра в доктора»: родители, не будучи врачами, самостоятельно выбирают и реализуют реабилитационные программы, назначают ребенку лекарственные препараты и БАДы, ориентируясь на мнения, высказанные на родительских

форумах и в иных немедицинских сообществах, 3) отказ от рекомендованной и патогенетически обоснованной медикаментозной терапии, причина которого связана с опасением прямого и побочного действия препаратов, 4) избегание ответственности и пассивная позиция потребителя медицинской, нейропсихологической, логопедической услуги, 5) тактика затяжного ожидания («всё заговорят», «со временем всё израстется»), 6) выбор пути, «финансирующего» развитие ребенка (покупка развивающих игрушек и гаджетов, позиционируемых в качестве способствующих развитию ребенка), вне включенности семьи в полноценную нейрореабилитацию.

Успешность в нейрореабилитации нарушений развития ребенка напрямую связана со степенью комплаенса семьи. Работа с семейной системой и социальным окружением ребенка выстраивается на основании следующих принципов: соблюдение принципа непрерывности, последовательности и регулярности занятий и терапии, социальная интеграция ребенка с нарушением в развитии в коллектив сверстников или в иную детскую социальную группу. Для эффективной работы требуются понимание родителями проблемы и выбранного пути решения, эмоциональная вовлеченность семьи с доверием к специалисту, его компетентности, готовность следовать его рекомендациям.

Таким образом, требуется высокий уровень комплаенса на весь период нейрореабилитации ребенка, который может длиться несколько лет. Для сохранения и поддержания достаточного уровня комплаенса в психотерапевтической работе с семьей ребенка раннего возраста с нарушениями в развитии считаем значимыми и целесообразными следующие направления работы: 1) раннее и полноценное информирование семьи по вопросам имеющихся дефицитов и возможностей их комплексной коррекции или минимизации, 2) сопровождение семьи в терапевтическом и реабилитационном процессе, 3) помощь в выборе приоритетной терапевтической мишени (на текущий период времени) с опорой на ресурсы семейной системы и социальное окружение, 4) работа с ожиданиями семьи и социума в отношении темпов динамики, прогноза развития и обучения ребенка, 5) поддержка родителей в момент сомнений, при возникновении кризисных ситуаций, сопряженных с состоянием ребенка, 6) профилактика конфликтов в родительской диаде и семье по вопросам реабилитации ребенка.

Список литературы

1. Ложкина Л.И. Комплаенс как актуальная проблема медицинской психологии: теоретико-методологические аспекты. Известия Саратов. ун-та. Нов. сер. Сер. Философия. Психология. Педагогика. 2015. Т. 15, вып. 3. С. 75-80. doi: 10.18500/1819-7671-2015-15-3-75-80

2. Батышева Т.Т., Быкова О.В., Виноградов А.В. Приверженность семьи к лечению ребенка с неврологической патологией. Журнал неврологии и психиатрии. 2012. Т.7, вып. 2. С. 56-63.
3. Николаев Н. А., Мартынов А. И., Скирденко Ю. П. и др. Управление лечением на основе приверженности. Consilium Medicum. 2020. № 5.
4. Рассказова Е.И., Тхостов А.Ш. Биопсихосоциальный подход к пониманию здоровья и болезни. Обзорные психиатрии и медицинской психологии. 2015. № 2. С. 17-21.

Предикторы проактивного совладающего поведения родителей

Бехтер А.А., Сидельникова М.С.

ФГБОУ ВО «Тихоокеанский государственный университет»

Хабаровск, Россия

Тема проактивного совладающего поведения личности на сегодняшний день активно разрабатывается в отечественной психологии [1, 5]. Проактивное совладающее поведение трактуется как предвосхищающее стресс поведение и имеет своей целью развитие личности [5]. Показано, что проактивное совладающее поведение является важным предиктором удовлетворенности жизнью и психическими благополучием детей [2, 4]. Учитывая детоцентрическую позицию современных родителей, мы наблюдаем как быстро эмоциональное выгорание настигает родителя на этапе принятия даже простых решений. Идеализированный образ родителя в социальной сети усугубляет глубину родительского стресса, обрекая на чувство вины и тем самым погружая его в постоянное переживания родительской несостоятельности. Поэтому изучение навыков проактивного совладания у родителей является важной задачей, поскольку может им помочь заранее подготовиться к трудностям.

Цель: определить предикторы проактивного совладания у родителей. При выполнении исследования использовались методики: Проактивный копинг (Белинская Е.П., Вечерин А.В., 2021), Проактивные аттитюды Р. Шварцера (в адаптации А.А. Бехтер), Толерантность к неопределенности (Корнилова Т.В., 2013), Опыт близких отношений (Fralely R.C., Waller N.G., Brennan K.A., 2000, адаптация Казанцева Т.В., 2008), Родительское выгорание (Ефимова И.Н., 2013), Восприятие социальной поддержки Г. Зимета (адаптация К.А. Чистопольской, С.Н. Ениколопова и др.). Для выявления предикторов – метод иерархической множественной регрессии. Расчеты выполнены в статистических пакетах программы Jamovi 2.3.21.

В исследовании участвовало 58 человек, из них 26 мужчин и 32 женщины в возрасте от 26 до 54 лет ($M=36,5$, $SD=6,70$), с разным уровнем образования и количеством детей от 1 до 4. Участие в исследовании было добровольным, проведено с помощью онлайн-опроса.

В ходе построения регрессионной модели в качестве независимой переменной использовано эмоциональное истощение. В качестве предикторов выступили: пол, образование, возраст, стаж семейной жизни, семейное положение, количество детей, деперсонализация, редукция родительских отношений, интолерантность к неопределенности, толерантность к неопределенности, проактивные аттитюды, тревожность, избегание, проактивный копинг, рефлексивное преодоление, стратегическое планирование, поиск инструментальной поддержки, поиск эмоциональной поддержки. По итогам иерархической регрессии на последнем этапе значимыми оказались предикторы: пол, стаж семейной жизни, деперсонализация, редукция родительских отношений. В нашей модели женский пол оказался более уязвимым к эмоциональному истощению ($\beta=0,501$, $p=0,032$) по сравнению с мужским полом. Стаж семейной жизни вносит отрицательный вклад в эмоциональное истощение ($\beta=-0,336$, $p=0,047$), что позволяет сделать вывод о том, что чем больше стаж семейной жизни, тем меньше эмоциональное истощение и наоборот. Скорее всего, со временем супруги адаптируются по отношению друг к другу, становится меньше конфликтов на бытовой почве, соответственно снижаются эмоциональные затраты на переживание конфликтов. Редукция родительских достижений также вносит отрицательный вклад в эмоциональное истощение ($\beta=-0,304$, $p=0,017$), что является закономерным, так как снижение требований к себе может снижать эмоциональные переживания о родительской несостоятельности. Деперсонализация, наоборот, стимулирует эмоциональное истощение ($\beta=0,304$, $p=0,009$), контакты у родителя с детьми становятся обезличенными и формальными, возникает снижение эмпатии, потеря отзывчивости и соучастия.

Таким образом, по материалам исследования сформулировано несколько выводов: 1) эмоциональному истощению больше подвержены женщины, а деперсонализация и редукция родительских достижений увеличивают его риск, 2) чем больше стаж семейной жизни, тем меньше риск эмоционального истощения, 3) редукция родительских достижений приостанавливает эмоциональное истощение. Проведённое исследование имеет ряд ограничений (малый объем выборки, группа родителей одного региона проживания, разный возраст участников). Тем не менее работа вносит вклад в понимание особенностей проактивного совладающего поведения как у матерей, так и у отцов, включая ресурсы, которые они используют при преодолении стрессовых ситуаций. Эти результаты являются важными в поле разработки тренингов для родителей или проведения групп самопомощи эмоционально истощенных родителей.

Список литературы

1. Бехтер А.А., Филатова О.А. Адаптация шкалы Р. Шварцера «Проактивные аттитюды»: валидизация и психометрическая проверка на выборке российской молодежи. Вестник Российского университета дружбы народов. Серия:

- Психология и педагогика. 2022. Т. 19. № 1. С. 158–178. doi: 10.22363/2313-1683-2022-19-1-158-178
2. Ефимова И.Н. Возможности исследования родительского «выгорания». Вестник Московского государственного областного университета. Серия: Психологические науки. 2013. № 4. С. 31-40.
 3. Сидельникова М.С. Совладающее поведение родителей с эмоциональным выгоранием: теоретические предпосылки исследования. Психология развития и образования (российский журнал прикладных исследований). 2022. № 1. С. 15-18.
 4. Старченкова Е.С. Концепция проактивного совладающего поведения. Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия 12: Психология, социология, педагогика. 2009. № 2-1. С. 198-205.

Традиционная маскулинность как фактор уязвимости для психического здоровья супругов, их детей и целостности семейных отношений

Благов И.А.

**Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики»
Москва, Россия**

Существует несколько парадигм в изучении представлений о людях разного пола. На сегодняшний день наиболее распространены три парадигмы: гендерные стереотипы, гендерные предрассудки и аттитюды, гендерные идеологии. В рамках изучения гендерных стереотипов акцент делается на изучении совокупности черт, которые люди приписывают членам таких социальных групп, как мужчины и женщины, например: женщины эмпатичные, мужчины сильные. В рамках изучения гендерных аттитюдов и предрассудков внимание исследователей акцентируется на негативных оценках, аттитюдах к аутгруппе (сексизм, эйджизм, расизм). В рамках изучения гендерных идеологий внимание исследователей концентрируется на поведении, которое ожидается от мужчин и женщин, либо долженствоваться им и вменяется как социально приемлемое.

Маскулинность (от лат. *masculinus*, мужской) определяется как совокупность социокультурных, психологических и поведенческих признаков, рассматриваемых как мужские. Маскулинность реализуется, демонстрируется и подтверждается через различные социальные практики и формы поведения (Levant R.F., Richmond K., 2008; Клецина И.С., 2010). Маскулинным может быть не только человек и поведение человека, но также еда (мясо), способ отдыха и установления взаимоотношений (распитие алкогольных напитков), виды спорта (борьба), школьные предметы (математика), интересы и хобби (автомобили или футбол).

Например, подтверждение маскулинности в своём социальном окружении может быть одним из мотивов, побуждающих мужчину предпочитать есть мясо, отдыхать с употреблением алкоголя, заниматься борьбой, работать в сфере, требующей математических навыков, свободное время уделять автомобилям и футболу. Традиционная маскулинность является одним из видов маскулинностей, который не является единственным и не описывает все варианты мужского поведения и ожиданий от мужчин.

Один из конструкторов в рамках изучения традиционной маскулинности был предложен Р. Левантом под названием «традиционной маскулинной идеологии» (traditional masculinity ideology) и операционализован как система общественных представлений о том, как должен вести себя мужчина и какого поведения он должен избегать (Levant R.F., Richmond K., 2008). Данный конструктор содержит в себе такие нормы как антифеминность, гомофобность, чрезвычайную самодостаточность, жёсткость, доминирование, особые аттитюды к сексу и безэмоциональность. Данные нормы поведения транслируют мужчине социальные ожидания и интериоризируются мужчиной в ходе семейного воспитания и социализации. Термин «идеология» не связывает «традиционную маскулинную идеологию» с каким-то политическим движением, а лишь указывает на то, что это некая совокупность норм, образующих определённое мировоззрение. Слово «традиционная» не указывает на конкретную культуру или традицию, оно лишь отсылает нас к тому, что данная совокупность норм считалась традиционной во многих обществах и передается из поколения в поколение. Многие исследования подтвердили распространённость упомянутых традиционных маскулинных норм в разных обществах, в связи с чем была переведена на русский язык и адаптирована на русскоязычной выборке наиболее валидная методика для измерения поддержки норм «традиционной маскулинной идеологии», получившая на русском языке название «Нормы мужской роли» (Krivoshchekov V., Gulevich O., Sorokina A., 2021).

В декабре 2023 г. нами проведено очередное исследование при участии мужчин из России ($n=614$) в возрасте 18-77 лет ($M=39,6$, $SD=10,6$), с разными уровнями образования и материального положения по итогам измерения поддержки норм «традиционной маскулинной идеологии» в соответствии с опросником «Нормы мужской роли» (MRNI-SF Levant et al., в адаптации Кривощёкова В., Гулевич О., Сорокиной А., 2021). Поддержка норм «традиционной маскулинной идеологии» измерялась от 1 до 5 баллов и оказалась достаточно выраженной для заключения об актуальности этих норм для жителей России ($M=3,33$, $SD=3,25$). Поддержка норм «традиционной маскулинной идеологии» положительно коррелировала с возрастом ($r=0,293$, $p<0,001$) и доходом ($r=0,105$, $p<0,009$) респондентов, что объясняется разницей в гендерной мужской социализации.

Строят российские семьи, решают в ней конфликты и воспитывают детей в том числе мужчины, поддерживающие нормы «традиционной маскулинной идеологии», причем супругами таких мужчин чаще становятся женщины, так же поддерживающие данные нормы в отношении мужчин и считающие должным определённое поведение с их стороны. Подобный семейный уклад можно назвать традиционным. Традиционная семья похожа на структурированную организацию, в которой чётко определены роли, права и обязанности каждого её члена (Клецина И.С., 2010). Для такой традиционной, нормативной («нормальной») семьи характерно разделение труда, согласно которому муж является главой семьи и кормильцем, материально обеспечивающим семью и принимающим важные решения, жена является хранительницей очага, отвечает за воспитание детей и готова быть поддерживающей и подчиняющейся решениям мужа. Однако исследования подтверждают наличие негативных последствий для мужчин, женщин и детей, которые строят семьи в рамках данных норм. Согласно результатам метаанализа, традиционная маскулинность связана с психологическим, сексуализированным и физическим насилием в отношении женщин в романтических и семейных отношениях (Krivoshchekov V., Gulevich O., Blagov I., 2023). Данное насилие может использоваться мужьями как один из способов укрепления собственной роли главы семьи, принимающей важные решения за всю семью. Если жена будет соглашаться с тем, что «бьёт, значит любит», что мужчины не могут иначе строить отношения, кроме как исходя из доминирующей и агрессивной позиции, то это будет закреплять подобный вариант семейных взаимоотношений. Последствия могут быть крайне негативными, так как кроме домашнего насилия в отношении жены насилие будет способствовать распаду семьи и бракоразводному процессу, по результатам которого дети могут лишиться общения с одним из родителей и полноценного воспитания. Таким образом, если мужчина в роли мужа придерживается норм традиционной маскулинности, то это может быть негативным фактором для семейных взаимоотношений с женой и поставит под угрозу существования семьи в целом и негативно сказывается на процессе воспитания и психическом развитии детей. Т.е. отцы, поддерживающие нормы традиционной маскулинности, склонны меньше участвовать в воспитании ребёнка, при этом данные подтверждаются в отношении детей 2-9 лет и 10-18 лет. Также такие отцы реже проявляют активную вовлечённую заботу и эмоциональную поддержку своих детей. При этом чем выше поддержка норм традиционной маскулинности, тем чаще отцы применяют суровые дисциплинарные меры при участии в воспитании своего ребёнка, включая формы насилия физического (удары, жёсткое толкание) и психологического (крик, оскорбление, угрозы физического наказания) (Shafer K., Petts R.J., Renick A.J., 2019).

На сегодняшний день многие исследователи отмечают кризис маскулинности, связанный с изменением конъюнктуры всех сфер жизни (экономической, политической, социальной и духовной) человека. Ширятся меры государственной поддержки, позволяющие работать и пополнять семейный бюджет обоим родителям (единовременное пособие при рождении ребенка, единое пособие на детей, материнский капитал, отпуск по беременности и родам, детские сады и др.). Вместе со структурными изменениями в браке меняются представления о позициях мужчины и женщины в обществе, деловой сфере и семье, что также трансформирует роли и обязанности в семейных отношениях, популяризируются психологические знания и личная психотерапия, что приводит к большим ожиданиям от партнёра и меньшей терпимости к разным формам насилия. Согласно результатам собственного исследования, очевидна тенденция снижения поддержки норм традиционной маскулинности у более молодых мужчин. Есть основания предполагать, что молодые люди склонны строить отношения и решать семейные конфликты не по нормам традиционной маскулинности, а более гармоничным образом. Это нивелирует негативное влияние норм традиционной маскулинности и способствует снижению объёма насилия в семейных отношениях, что укрепит брачный союз мужа и жены, повысит вовлечённость мужчин в воспитание детей, сделает более тёплыми и качественными отношения между мужчиной и его детьми.

Список литературы

1. Клецина И.С. От традиционного типа отцовства к вовлеченным отцам. В книге: Ответственное отцовство: Новые формы социальной работы: методическое пособие. СПб., 2010. С. 7-28.
2. Krivoshechekov V., Gulevich O., Sorokina A. Russian version of the Male Role Norms Inventory-Short Form: Structure, validity, and measurement invariance. *Psychology Men Masculinities*. 2021;22(4):821.
3. Krivoshechekov V., Gulevich O., Blagov I. Traditional masculinity and male violence against women: A meta-analytic examination. *Psychology Men Masculinities*. 2023;24(4), 346-364. <https://doi.org/10.1037/men0000426>
4. Levant R.F., Richmond K. A review of research on masculinity ideologies using the male role norms inventory. *J Men's Studies*. 2008;15(2), 130-146. <https://doi.org/10.3149/jms.1502.130>
5. Shafer K., Petts R.J., Renick A.J. Religious variability in the relationship between masculinity and father involvement. *J Scientific Study Religion*. 2019 27 Feb;58(2):378-397. <https://doi.org/10.1111/jssr.12591>

Динамика родительского отношения к болезни ребенка с расстройством аутистического спектра в процессе психообразовательной работы

Богачева О.И., Иванов М.В., Балакирева Е.Е., Коваль-Зайцев А.А., Шушпанова О.В.

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»

Москва, Россия

Актуальность. Отношение к болезни у пациента и его родственников является одной из значимых проблем современной медицины и медицинской психологии при организации лечебно-реабилитационного процесса [1, 5]. Понятийная категория «отношение к болезни» начинает рассматриваться на моделях соматической патологии и психических расстройств [4]. При этом вопрос об отношении к болезни ребенка у родителей и других родственников остается недостаточно изученным [3].

Цель: выявить динамику родительского отношения к болезни ребенка с расстройством аутистического спектра (РАС) в процессе прохождения родителями психообразовательной программы.

Материал и методы. 75 семей (75 матерей и 68 отцов в возрасте 27-38 лет), воспитывающих детей с РАС в возрасте 3-5 лет (средний возраст $4,1 \pm 0,7$ года). Всем детям были выставлены диагнозы из рубрики F84 «Общие расстройства психологического развития» по МКБ-10 (F84.01, F84.02, F84.11, F84.12). Длительность заболевания с момента постановки диагноза варьировала от 6 месяцев до 1 года. Родители обследованы с помощью батареи психологических методик: Диагностика отношения к болезни ребенка (ДОБР, Каган В.Е., Журавлёва И.П., 1991), Определение уровня осведомленности родителей о болезни ребенка (Иванов М.В., Богачева О.И., 2019), Опросник родительского отношения (ОРО, Варга А.Я., Столин В.В., 1988) для семей с особым ребенком (Галасюк И.Н., Митина О.В., 2017), Опросник стратегий совладающего поведения (Лазарус Р., Фолкман С., 1988, адаптация Вассерман Л.И. и др., 2009). Математическая обработка осуществлялась с помощью программы Statistica (описательная статистика, t-критерий Вилкоксона, коэффициент ранговой корреляции r Спирмена). С родителями детей психообразовательная программа проводилась в форме групповых тематических семинаров – 7 еженедельных встреч продолжительностью 1,5-2 часа (тематический план программы представлен в ранее опубликованной работе [2]). С родителями, согласившимися на работу с психологом и подписавшими добровольное информированное согласие, проведена первичная и повторная (спустя 1-1,5 месяца) диагностика по отобранным методикам.

Результаты и обсуждение. После участия в психообразовательной программе у родителей детей с РАС установлено большее понимание бо-

лезненной природы специфических поведенческих проявлений, снижение гипогнозических проявлений, повышение осведомленности об особенностях течения заболевания и способах помощи ребенку, изменение стратегий совладания с привлечением конструктивных способов активного решения проблем и динамики локуса контроля (снизилось стремление снимать с себя ответственность за болезнь ребенка, произошло большее осознание своей роли в лечебно-реабилитационном процессе и дальнейшем психическом развитии ребенка).

Выводы. Проведение психообразовательной работы с родителями, воспитывающих детей с РАС, направлена на восполнение недостатка знаний об особенностях заболевания и формах помощи детям с РАС. Важным эффектом психообразования является то, что у родителей начало модифицироваться отношение к болезни ребенка.

Список литературы

1. Богачева О.И., Иванов М.В., Балакирева Е.Е., Коваль-Зайцев А.А., Куликов А.В., Никитина С.Г., Шалина Н.С. Структура родительского отношения к болезни ребенка с расстройством аутистического спектра. Вестник психотерапии. 2023. № 87. С. 49–59. doi:10.25016/2782-652X-2023-0-87-49-59
2. Богачева О.И., Иванов М.В., Симашкова Н.В. Опыт апробации психообразовательной программы для семей, воспитывающих детей с расстройствами аутистического спектра [Электронный ресурс]. Клиническая и специальная психология. 2023. Т. 12, № 1. С. 126-149. doi: 10.17759/cpse.2023120106
3. Горячева Т.Г., Кофанова Е.Б. Отношение к болезни и психологические особенности детей, часто болеющих респираторными заболеваниями [Электронный ресурс]. Клиническая и специальная психология. 2016. Т. 5, № 1. С. 45-60. doi: 10.17759/cpse.2016050104
4. Личко А.Е., Иванов Н.Я. Медико-психологическое обследование соматических больных. Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1980. Т. 80, № 8. С. 1195-1198.
5. Морозов С.А., Морозова С.С., Морозова Т.И. Исследование отношения родителей к особенностям развития своих детей с аутизмом. Аутизм и нарушения развития. 2021. Т. 19, № 4. С. 32–39. doi: 10.17759/autidd.2021190404

Палеодиета в профилактике соматических и психических расстройств

Быков Ю.В., Беккер Р.А.

**ФГБОУ «Ставропольский государственный медицинский университет»
Ставрополь, Россия**

Введение. У наших далёких предков-приматов, питавшихся преимущественно фруктами, среднесуточное потребление ионов калия составляло 5000-7500 мг/сут (5-7,5 г/сут), а по некоторым данным, даже достигать 10000-15000 мг/сут (10-15 г/сут). В то же время природная каменная соль или мелкие животные были для них редким лакомством. Поэтому

среднесуточное потребление ими ионов натрия было очень низким (порядка 200 мг/сут). Соответственно эволюция выработала у наших предков эффективные механизмы реабсорбции и консервации натрия и выведения путём активной экскреции избытка калия [3].

Поваренная соль сегодня – в эпоху, когда больше не существует «царского соляного налога» или государственной монополии на производство соли – чрезвычайно дешева и доступна. Мясо, птица и рыба, колбасы, пастрома, сыры перестали быть редкой, эпизодически потребляемой роскошью на столах большинства современных людей. Зато потребление растительной пищи, в частности богатых калием фруктов, снизилось по сравнению даже с временами 100-200-летней давности, не говоря уже о диете предков-приматов. Кроме того, современные люди потребляют гораздо больше фаст-фуда, солений, полуфабрикатов и консервов (с избытком поваренной соли), чем люди предшествующих поколений [3]. Всё это привело к тому, что более половины популяции не соответствует даже «мягким» нормам среднесуточного потребления калия, установленным Европейским медицинским агентством и Минздравом РФ (3500 мг/сут), а тем более жёстким американским рекомендациям (5000 мг/сут). Зато среднесуточное потребление натрия у многих современных людей превышает рекомендованные кардиологами и эндокринологами нормы (не более 2000 мг/сут) [3]. Накапливается всё больше данных о том, что инвертированное соотношение натрий/калий в пище современного человека имеет прямое отношение не только к охватившей человечество пандемии сердечно-сосудистых заболеваний, но и к значительному повышению распространённости тревожных и депрессивных расстройств в последние десятилетия [4]. Немаловажно также и то, что растения, которые наиболее активно накапливают в своих тканях калий, аккумулируют химически весьма сходный, но более тяжёлый щелочной металл рубидий. Поэтому повышение потребления с пищей калия автоматически приводит к повышению потребления рубидия. Между тем антидепрессивное влияние физиологических доз катионов Rb^+ давно и хорошо известно [2]. Рубидия хлорид в больших, заведомо супрафизиологических дозах ранее пытались применять как антидепрессант при клинической депрессии. От этого позднее пришлось отказаться из-за склонности рубидия к кумуляции при применении в таких дозах и из-за трудностей контроля его внутриклеточной концентрации, при том, что плазменная концентрация ионов Rb^+ мало о чём говорит [1].

Цель: представить описание серии клинических случаев в рамках одной семьи с субклинической тревожностью, предрасположенностью к тревожным и депрессивным реакциям, где к значительному улучшению привела модификация диеты, в частности соотношения натрия, калия, рубидия в пище.

Материал и методы. Наблюдалась семья: бабушка по матери, отец, мать и двое детей подросткового возраста. Бабушка и мать в течение жизни страдали повышенной тревожностью, нарушениями сна, всегда предвидели самые плохие из возможных вариантов развития событий, воспитывали детей с тревожным реагированием. Ранее за профессиональной помощью не обращались, считая себя здоровыми. В 2017 г. мать обратилась за консультацией по поводу проблем подросткового периода у детей. После серии диагностических бесед с членами семьи и тестирования по шкалам депрессии и тревоги Бека установлено, что никто из членов семьи в фармакологическом лечении не нуждается, поскольку не соответствует критериям МКБ-10 для постановки диагноза тревожного или депрессивного расстройства. В то же время выявлены субклинически повышенная тревожность, предрасположенность к развитию тревожных и депрессивных реакций на нервно-психический стресс.

При расспросе членов семьи о рационе питания выяснилось, что «из-за нехватки времени» они часто прибегают к лапше быстрого приготовления, поеданию пиццы, походам в заведения быстрого питания и т.п., пренебрегая салатами, овощами, фруктами и зеленью. В связи с этим для всей семьи была рекомендована постепенная, плавная (во избежание сопротивления детей при резком сломе сложившихся в семье пищевых привычек) модификация диеты в направлении приближения её к так называемой палеодиете с преобладанием овощей, фруктов, зелени в пище домашнего приготовления. Кроме того, было рекомендовано потребление соли с пониженным на 50% содержанием натрия (50% NaCl, 25% KCl, 25% MgCl₂) при приготовлении домашней пищи, но в умеренных количествах, поскольку при большом количестве KCl и MgCl₂ в пище эта соль начинает казаться не солёной, а горькой.

Всем членам семьи после сдачи анализов крови на уровни натрия, калия, кальция, магния, ферритина, 25-гидроксивитамина D₃, на содержание микроэлементов в волосах и ногтях был рекомендован длительный приём смеси аспарагинатов калия и магния, оротаата лития (2 мг/сут элементного лития), 5000 ЕД витамина D₃, комплекса поливитаминов, омега-3 полиненасыщенных жирных кислот, биологически активных добавок с содержанием железа, цинка и селена (в таблетках), рубидия (в каплях), в физиологически адекватных дозах.

Результаты и обсуждение. После 6 месяцев стабильного следования рекомендациям мать сообщила, что все члены семьи «чувствуют себя значительно лучше, спокойнее, лучше переносят стрессы, лучше спят». У бабушки зарегистрировано снижение АД. Вместе с тем лечебный и профилактический эффект палеодиеты нельзя сводить лишь к коррекции соотношения натрия, калия и рубидия в пище [5]. В эффекте палеодиеты имеет значение и повышение потребления растительных антиок-

сидантов, витаминов и микроэлементов, каротиноидов. Однако нормализация соотношения натрия, калия и рубидия в пище играет важную роль в общем механизме лечебного и профилактического действия палеодиеты, в том числе на психическую симптоматику [5].

Заключение. Нормализация соотношения натрия, калия и рубидия в пище с приближением его к соотношению, характерному для наших далёких предков и на которое эволюционно был рассчитан человеческий организм, т.е. приближение к выполнению рекомендуемых Минздравом РФ и другими авторитетными медицинскими организациями нормативов потребления калия с пищей имеет важное значение в профилактике развития психических расстройств в семьях.

Список литературы

1. Brundusino AO, Cairolì S. Azione del cloruro di rubidio nella depressione [The pharmacological action of rubidium chloride in depression]. *Minerva Psichiatr.* 1996 Mar;37(1):45-9. Italian. PMID: 8926857.
2. Canavese C, Decostanzi E, Bergamo D, Sabbioni E, Stratta P. Rubidium, salami and depression. You cannot have everything in life. *Blood Purif.* 2008;26(4):311-4. doi: 10.1159/000129657. Epub 2008 May 6. PMID: 18460869.
3. Chenard CA, Rubenstein LM, Snetselaar LG, Wahls TL. Nutrient composition comparison between a modified paleolithic diet for multiple sclerosis and the Recommended Healthy U.S.-Style Eating Pattern. *Nutrients.* 2019 Mar 1;11(3):537. doi: 10.3390/nu11030537. PMID: 30832289; PMCID: PMC6470485.
4. Huang AA, Huang SY. Exploring depression and nutritional covariates amongst us adults using shapely additive explanations. *Health Sci Rep.* 2023 Oct 20;6(10):e1635. doi: 10.1002/hsr2.1635. PMID: 37867784; PMCID: PMC10588337.
5. Zamani B, Zeinalabedini M, Nasli Esfahani E, Azadbakht L. Can following paleolithic and Mediterranean diets reduce the risk of stress, anxiety, and depression: A cross-sectional study on Iranian women. *J Nutr Metab.* 2023 Mar 3;2023:2226104. doi: 10.1155/2023/2226104. PMID: 36909144; PMCID: PMC10005875.

Влияние семейного статуса пациента на выраженность психической дезадаптации у пациентов с ИППП

Васильева И.В.

**ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова»
Чебоксары, Россия**

В работе изучено влияние семейного статуса пациентов с ИППП (инфекции, передающиеся половым путем) на степень выраженности у них психической дезадаптации, связанной с выявленным диагнозом. В структуре психической дезадаптации чаще отмечены тревожность и депрессия, выраженность которых напрямую связана с определенными характеристиками семейного статуса пациента (наличие супруга/постоянного партнера/детей, сексуальная ориентация).

Актуальность. Социальная значимость любой инфекции, передающейся половым путем, достаточно велика, так как заболевания являются контагиозными, передаются при тесном бытовом и половом контактах, при отсутствии своевременных методов диагностики и лечения могут вызывать необратимые повреждения репродуктивных органов и нарушения их функций и поражать другие органы и системы. Например, в 2022 г. в России резко выросла заболеваемость сифилисом: по сравнению с 2021 г. численность новых случаев увеличилась на 33% (заболело 25,7 тыс. человек). Рост заболеваемости отмечен в 2021 г. впервые более чем за 15 лет. Это значит, что многие тысячи пациентов будут нуждаться в оказании междисциплинарной помощи, методы которой еще предстоит разработать и утвердить.

Целью теоретического изучения данной работы являются различные факторы, усугубляющие или смягчающие выраженность психической дезадаптации, вызванной ИППП. Особое внимание уделяется социально значимым инфекциям, таким как ВИЧ и сифилис. Понимание этих факторов в дальнейшем может помочь в разработке адекватных и достаточных методов психологической помощи и поддержки для разных социальных групп пациентов.

Инфекции, передающиеся половым путем, – болезни, которые передаются от человека к человеку при незащищенном сексуальном контакте, к ним относят хламидиоз, трихомониаз, сифилис, ВИЧ. Все они имеют определенные характерные симптомы, но могут протекать и бессимптомно, обуславливая длительное нахождение инфекционного агента в организме и возможность развития необратимых изменений, таких как бесплодие, замершая беременность, выкидыши, диспареуния (болевыe ощущения во время полового акта), эректильные дисфункции, поражения других органов и систем: полиартрит, конъюнктивит и т.д. Все эти осложнения, как и сам факт наличия у человека половой инфекции, могут стать причиной развития психической дезадаптации разной степени выраженности. По данным исследований, чаще всего пациенты сталкиваются с такими явлениями как повышенные уровни тревожности и депрессии [3], что может быть связано с указанными выше причинами и со стигматизацией подобных заболеваний в обществе. К сожалению, в русскоязычных источниках подобная тематика всё ещё недостаточно освещена, выборка публикаций достаточно ограничена. Однако в последние несколько лет отмечается значительный рост заболеваемости половыми инфекциями, а из этого следует, что в ближайшие годы всё больше пациентов будут обращаться за помощью к врачам-дерматовенерологам. Поэтому врачи этого и смежных профилей должны иметь представление о возможных сопутствующих состояниях психической дезадаптации и понимать, какие методы поддержки они и их коллеги могут предложить пациентам.

Одним из частых источников стресса и психологической дезадаптации пациентов с ИППП является стигма. В психологии стигму определяют как появление чувства стыда, вины, обесценивание себя при обнаружении специалистом заболеваний или иных состояний, отклоняющихся от условной нормы. Ощущение стигмы может быть как обоснованным (при наличии объективных признаков осуждения и отчуждения в обществе), так и субъективным, т.е. ощущаемой пациентом без каких-либо на то предпосылок, так называемая самостигматизация. Наиболее исследованной ИППП является ВИЧ-инфекция (вирус иммунодефицита человека). В статьях и анализах данных в основном из иностранных источников отмечено положительное влияние наличия постоянного партнера или супруга на ощущение пациентами социального осуждения, стигмы, т.е. более всего от стигматизации страдают пациенты, не состоящие в отношениях/браке и пациенты после развода. Также стигматизация касается пациентов с нетрадиционной сексуальной ориентацией (бисексуалы, гомосексуалы) по сравнению с пациентами традиционной сексуальной ориентации [2], они значительно чаще отмечают, что испытывали осуждение по поводу своего диагноза со стороны окружающих. Еще одной интересующей исследователей группой являются беременные женщины с диагнозом ИППП. Как известно, для большинства женщин беременность – это период, полный многочисленных тревог, волнений и новых поводов для беспокойства, потому что в этот период они начинают нести ответственность за жизнь своего ребенка. Именно этим можно объяснить выделение их в отдельную категорию исследуемых лиц с ИППП. Не вылеченные вовремя половые инфекции могут отягощать течение беременности, привести к нарушениям развития, вплоть до внутриутробной гибели плода. Исследования психоэмоционального состояния беременных с ИППП уже проводились в Саратове, где оценили результаты анкетирования женщин на разных сроках беременности с впервые диагностированным сифилисом. Обработка полученных данных показала, что подавляющее большинство участниц исследования имели признаки умеренной или тяжелой депрессии, а также повышенные уровни социальной неудовлетворенности до начала специфической терапии и работы по психокоррекции [1].

Выводы. Изучение клинических рекомендаций по половым инфекциям и результатов исследований по схожей тематике позволило сделать выводы: 1) социальные факторы (наличие постоянного партнера/супруга, традиционная сексуальная ориентация) положительно влияют на психоэмоциональное состояние пациентов и снижают уровень дезадаптации, 2) беременность, хотя и является для большинства женщин радостным событием, при наличии ИППП влияет на их состояние негативно, так как является дополнительным грузом ответственности, 3) различные факторы могут сочетаться между собой и по-разному влиять на психоэмоциональное со-

стояние пациентов. В первую очередь врачу и психологу необходимо помнить, что перед ними не набор теоретических характеристик и данных, а реальный человек, поэтому подход и методики психологической поддержки всегда должны быть индивидуальными и выбираться по потребностям. Однако переоценить влияние близких людей и их поддержки на улучшение психоэмоционального состояния пациента невозможно. Конкретные методы психотерапии, наиболее эффективные именно для пациентов с ИППП, еще не установлены, но дальнейшие исследования в этой области помогут найти наиболее эффективные точки приложения.

Список литературы

1. Горбенко А.В., Утц С.Р., Шнайдер Д.А. Изучение психоэмоционального состояния у беременных, больных сифилисом. Саратовский научно-медицинский журнал. 2017. Т. 13, № 3. С. 633-635.
2. Suvirya S, Shukla M, Pathania S, Banerjee G, Kumar A, Tripathi A. Stigma associated with sexually transmitted infections among patients attending suraksha clinic at a Tertiary Care Hospital in Northern India. *Indian J Dermatol*. 2018 Nov-Dec;63(6):469-474. doi: 10.4103/ijd.IJD_145_18. PMID: 30504974; PMCID: PMC6233032.
3. Хамидов Ф.Ш., Кабулов А., Тошматова Г., Хамидова З.Ф., Эшонходжаев О. Тревожно-депрессивные расстройства и сифилис. *Российский журнал кожных и венерических болезней*. 2016. Т. 19, № 2. С. 121. doi 10.17816/dv37220

Применение аминоксидрофталазиндиона натрия в комплексной терапии больных алкоголизмом

**Ветлугина Т.П., Воеводин И.В., Мандель А.И.,
Епимахова Е.В., Кисель Н.И.**

**НИИ психического здоровья, ТНИМЦ Российской академии наук
Томск, Россия**

Длительное употребление алкоголя ослабляет кишечный барьер, вызывая изменение кишечной проницаемости, способствуя выходу в кровь бактериальных компонентов, таким как липополисахариды бактериального эндотоксина (ЛПС), и возникновению эндотоксемии [1]. ЛПС, связываясь с Toll-подобными рецепторами иммунных клеток, инициирует сигнальный каскад с высвобождением провоспалительных цитокинов, развитием воспалительного процесса, приводя к снижению иммунной защиты и формированию сопутствующей соматической патологии, как вторичному последствию алкоголизма [2, 3]. Разработка новых подходов к лечению больных алкоголизмом с включением различных препаратов в качестве адьювантной (вспомогательной) терапии, направленной на коррекцию алкоголь-обусловленных нарушений, остается актуальной проблемой наркологии.

В настоящем исследовании в комплекс терапии больных алкоголизмом дополнительно включен аминодигидрофталазиндион натрия (торговое название лекарственного средства «галавит»), обладающий иммуномодулирующим и противовоспалительным действием. Галавит нормализует фагоцитарную активность моноцитов/макрофагов, бактерицидную активность нейтрофилов и цитотоксическую активность НК-клеток, регулирует выработку интерлейкинов и интерферонов, ингибирует избыточный синтез провоспалительных цитокинов, определяющих степень воспалительных реакций, а также выраженность интоксикации [4].

В обследование вошло 25 мужчин в возрасте 35-60 лет, поступивших на лечение в клинику НИИ психического здоровья с диагнозом по МКБ-10 «Психические и поведенческие расстройства в результате употребления алкоголя (F10.21 Синдром зависимости, F10.30 Синдром отмены)».

С первого дня госпитализации пациентам проводилась стандартная патогенетическая терапия, включающая алкогольную детоксикацию, направленную на смягчение синдрома отмены алкоголя, дифференцированное назначение основных групп психотропных препаратов для коррекции аффективных, диссомнических, нейровегетативных расстройств, психотерапию. Дополнительно в комплекс стандартной терапии включали галавит, который назначали пациентам после алкогольной детоксикации внутримышечно, в дозе 100 мг/сут в течение 10 дней.

Клинико-биологическое обследование проводили в динамике – до начала комплексной терапии (1-я точка) и спустя 14-15 дней лечения (2-я точка).

Клинические наблюдения показали, что комплексное лечение с включением галавита позволило получить положительный терапевтический эффект и способствовало улучшению самочувствия пациентов за счет выраженного редуцирования как абстинентной симптоматики, включая влечение к алкоголю, так и тревожно-депрессивных расстройств. Показатель общей динамики состояния по шкале CGI составил 4 (3, 5) балла. Оценка состояния пациентов по «Квантифицированной шкале комплексной оценки психопатологических расстройств в ремиссии» выявила значимую позитивную динамику в процессе комплексной терапии, общий балл шкалы снизился с 14 (12, 15) до 4 (0, 6). По данным качественной оценки шкалы наличие психопатологических расстройств (показатель 6 баллов и выше) в 1-й точке зафиксировано у 88% пациентов, в контрольной точке – у 32%. Показатель влечения к алкоголю (Пенсильванская шкала) продемонстрировал динамику с 17 (9, 23) до 2 (0, 4) баллов. На качественном уровне в 1-й точке исследования влечение к алкоголю обнаружено у 76% пациентов, в том числе в 20% случаев высокой интенсивности (24 и более балла), в контрольной точке слабо выраженное влечение (до 14 баллов) выявлено у 8% пациентов.

Показатель тревоги по шкале HADS в динамике снизился с 7 (3, 11) до 3 (2, 4) баллов, показатель депрессии по той же шкале – с 5 (3, 11) до 3 (1, 5) баллов соответственно. На момент начала терапии тревожная симптоматика субклинического и клинического уровней отмечалась у 36% пациентов, в контрольной точке показатель снизился до 4% (все случаи субклинические). Депрессивные проявления определялись на начало терапии в 40% случаев, с нормализацией показателя в контрольной точке.

Ранее нами было показано, что в крови больных алкоголизмом на этапе постабстинентного состояния по отношению к контролю (здоровые мужчины) снижены количество эритроцитов, уровень гемоглобина и его средняя концентрация в эритроците, гематокрит и повышен показатель среднего объема эритроцитов [5]. Комплексная терапия не оказывала значимого влияния на показатели крови пациентов, можно лишь отметить тенденцию к повышению лимфоцитов во 2-й точке по сравнению с 1-й точкой исследования – 39,50% (29,00, 40,00) и 29,00% (22,00, 30,00). Выявлено статистически значимое снижение аминотрансфераз во 2-й точке исследования по сравнению с 1-й точкой: АЛТ – 28,10 (20,45, 36,25) и 46,15 (29,10, 69,80) ед/л ($p=0,042$), АСТ – 22,65 (19,55, 36,20) и 50,8 (35,9, 71,4) ед/л ($p=0,006$), коэффициент де Ритиса АСТ/АЛТ – 0,86 (0,69, 0,98) и 1,24 (1,13, 1,42) ($p=0,002$).

Получены предварительные положительные результаты по применению аминодигидрофталазиндиона натрия в комплексной терапии больных алкоголизмом.

Исследование выполнено за счет бюджетного финансирования темы ПНИ № 1022121900001-5-3.2.24.

Список литературы

1. Bishehsari F, Magno E, Swanson G, Desai V, Voigt RM, Forsyth CB, Keshavarzian A. Alcohol and gut-derived inflammation. *Alcohol Res.* 2017;38(2):163-171. PMID: 28988571; PMCID: PMC5513683.
2. Gao B, Ahmad MF, Nagy LE, Tsukamoto H. Inflammatory pathways in alcoholic steatohepatitis. *J Hepatol.* 2019 Feb;70(2):249-259. doi: 10.1016/j.jhep.2018.10.023. PMID: 30658726; PMCID: PMC6361545.
3. Копоров С.Г., Брюн Е.А., Кошкина Е.А., Смирновская М.С., Егоров В.Ф. Туберкулез и болезни зависимости: медико-социальные аспекты. *Туберкулез и социально значимые заболевания.* 2020. № 3. С. 54-62. <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=44262151>
4. Попова И.А. Галавит®: современный взгляд на терапию инфекционно-воспалительных заболеваний дыхательных путей. *Фармакология & Фармакотерапия.* 2020. № 1. С. 26-33. <https://elibrary.ru/item.asp?id=43826330>
5. Ветлугина Т.П., Никитина В.Б., Кисель Н.И., Прокопьева В.Д., Лобачева О.А., Лебедева В.Ф. Характеристика эритроцитов и уровень гормонов у больных алкоголизмом. *Современные проблемы науки и образования.* 2022. № 4. doi: 10.17513/spno.31917

Взаимосвязь между сложным поведением, антирецидивным подходом и личностным ростом при психическом расстройстве: 30-летний опыт участия в программах психокоррекции Владимира С.В.

**НИИ психического здоровья, ТНИМЦ Российской академии наук
Томск, Россия**

Сложные формы поведения могут включать в себя различные аспекты человеческого взаимодействия и реакции, такие как пассивно-агрессивное, саморазрушительное, избегающее, манипулятивное, обсессивно-компульсивное, параноидальное, соматизированное и конкурентное поведение. При пассивно-агрессивном поведении недовольство или сопротивление выражается неявными способами (уклонение, молчание, ирония) взамен явного выражения чувств. Саморазрушительное поведение включает в себя действия, направленные против самого себя (самоповреждение, нарушение питания, употребление вредных веществ). Избегающее поведение встречается при социальной тревожности или страхе отклонения, отсюда избегание социальных ситуаций или близких отношений. Манипулятивное поведение предполагает воздействие на других с целью добиться желаемого путем обмана, внушения вины, манипуляции чувствами. При обсессивно-компульсивном поведении испытываемые навязчивые мысли (обсессии) и совершение ритуальных действий объясняются стремлением устранить или снизить тревожность и напряжение. Параноидальное поведение проявляется избыточной подозрительностью и недоверием к окружающим, иррациональными убеждениями о заговорах или враждебных намерениях. Соматизированное поведение выражается воспроизведением эмоциональных проблем и психологического неблагополучия через физические симптомы. Компетитивное поведение характеризуется постоянной готовностью соревноваться и доминировать в различных ситуациях и межличностных отношениях.

Антирецидивное поведение охватывает различные аспекты, такие как участие в программах реабилитации, получение образования, поиск поддержки в сообществе, изменение образа жизни, и в целом может быть рассмотрено как позитивный аспект, поскольку направлено на снижение вероятности повторных нарушений рекомендаций врача и сообщества. Однако успешная реализация антирецидивного поведения может зависеть от множества факторов и представлять собой сложный и многогранный процесс. Готовность и ориентированность на личностный рост определяет способность человека к развитию и изменению сложного поведения, предполагает стремление вернуться к полноценной жизни, самосовершенствованию, осознанному развитию личности и изменению негативных аспектов своего поведения.

В этом контексте готовность к личностному росту может стать мотивационным фактором для преодоления сложных поведенческих шаблонов. Если человек самостоятельно осознает необходимость изменений в своем поведении (избегание конфликтов, улучшение коммуникативных навыков, управление стрессом), это может стимулировать его к поиску средств для улучшения своего эмоционального состояния. Так как процесс личностного роста индивидуален, следовательно различные люди находят мотивацию в разных аспектах своей жизни. Готовность к личностному росту способна создавать благоприятные условия для более успешного преодоления сложного поведения и внесения позитивных изменений в свою жизнь.

Когнитивная психология занимается изучением процессов мышления, в том числе формирования и выражения эмоций, принятия решений, управления поведением. Изучение сложных форм поведения включает в себя анализ когнитивных механизмов, лежащих в их основе. В фокусе антирецидивного поведения когнитивная психология может помочь понять, какие когнитивные процессы и убеждения могут влиять на решение индивида совершить или не совершить тот или иной поступок. Мышление об изменении своего поведения, переоценка ценностей, разработка альтернативных стратегий – ключевые элементы антирецидивного подхода. Происходящие процессы переосмысления, изменения убеждений, принятия новых психологических парадигм, развитие когнитивной гибкости, самопонимания и рефлексии важны для индивидуального роста. Таким образом, когнитивная психология предоставляет теоретические основы и методологические подходы для исследования этих тем и предлагает инструменты для разработки программ и вмешательств, направленных на изменение когнитивных аспектов поведения.

Вопрос о возможности работать при шизофрении и хроническом эндогенном процессе требует индивидуальной оценки, так как заболевание отражается на когнитивных, эмоциональных и социальных функциях человека. При соблюдении назначенной психофармакотерапии и придерживаемости модели антирецидивного поведения некоторые люди с шизофренией могут успешно работать и вести обывательную жизнь. Это зависит от степени тяжести психопатологических симптомов, индивидуальных особенностей и поддержки, предоставляемой окружающими. Выполняемая работа может варьироваться по сложности и требованиям, но следует учитывать, насколько трудовая деятельность совместима с индивидуальными способностями и ограничениями. Наличие поддержки со стороны коллег, руководства и возможность адаптации рабочих условий могут существенно повлиять на успешность профессиональной деятельности. Регулярные визиты больного шизофренией дают врачу возможность отслеживать состояние и корректировать лечение по необходимости.

При наличии стабильной динамики психического состояния, социальной и психологической поддержки микросоциума больной с психиатрическим диагнозом способен справляться с требованиями работы. Однако каждый случай уникален, и решение о подходящей работе имеет смысл обсудить с медицинским специалистом (психиатр), который знаком с конкретной ситуацией человека. Умение больного осознавать свое эмоциональное и физическое состояние является ключевым элементом многих методов психотерапии, таких как медитация и майндфулнесс, так как позволяет лучше регулировать эмоции и реакции на стрессовые ситуации. Навыки владения психотехниками (замедление ассоциаций, элементы дыхательной гимнастики, позитивные стратегии копинга, поддержание психофизиологической активности, устранение проявлений утомления) полезны в достижении стабилизации эмоциональных процессов. Понимание самим больным природы своего заболевания и факторов, определяющих его течение, также играет важную роль, поэтому важно участие в психообразовательных программах. Применение полученных знаний и навыков на практике помогает больному стать полноправным участником комплексного лечения.

Список литературы

1. Kabat-Zinn J. Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2003;10(2):144-156.
2. Beck AT, Rector NA, Stolar N, Grant P. Schizophrenia: Cognitive theory, research, and therapy. Guilford Press, 2011:418.
3. Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD. Mindfulness-based cognitive therapy for depression. Guilford Press, 2018:471.

Влияние возрастного и образовательного факторов на нарушения профессиональной и семейной адаптации при алкогольной зависимости

Воеводин И.В.

**НИИ психического здоровья, ТНИМЦ Российской академии наук
Томск, Россия**

Введение. Нарушения профессиональной и семейной адаптации наиболее значимы в общей структуре нарушений социального функционирования при алкогольной зависимости. В процессе их изучения представляют существенный научный, а в дальнейшем и практический интерес факторы возраста и образования пациентов (Воеводин И.В., 2022). В нашем исследовании, наряду с описанием влияния данных факторов на особенности нарушений адаптации пациентов, сделана попытка найти объяснение данным особенностям с учетом характеристик когнитивной рациональности и адаптивности копинга во взаимосвязи с возрастным и образовательным факторами (Бохан Н.А., Воеводин И.В., 2021).

Материал и методы. Для решения задач исследования изучена группа пациентов с алкогольной зависимостью ($n=382$), из них 302 мужчины и 80 женщин, пролеченных от алкогольной зависимости в клиниках НИИ психического здоровья Томского НИМЦ в 2017-2019 гг. Выявлено преобладание пациентов в возрасте старше 35 лет ($n=301$) по сравнению с пациентами до 35 лет включительно ($n=81$). Высшее или незаконченное высшее образование получили 197 пациентов, среднее образование, включая незаконченное – 185. В зависимости от возраста и уровня образования пациенты были разделены на четыре сравнительные группы.

Изучение когнитивной рациональности проводилось по методике Personal Beliefs Test (Kassinove H., Berger A., 1988) иррациональных когнитивных установок катастрофизации, долженствования в отношении себя и других, низкой фрустрационной толерантности и оценочного дихотомического мышления. Дополнительно применяли приложение к опроснику Personal Beliefs Test (2015), выявляющее ИКУ внешнего локуса контроля, неспособности к отсроченному гедонизму, ригидности, нарушений баланса интересов и рискованности. Стрессоустойчивость оценивалась при помощи методик: 1) Berner Bewältigungsformen (Heim E., 1988) с авторской интерпретацией результатов для ситуаций повседневного стресса (Воеводин И.В., 2011), 2) Coping Strategy Indicator (Amirkhan J.H., 1990, адаптированный вариант Сирота Н.А., Ялтонский В.М., 1995).

Результаты. В отношении нарушений профессиональной адаптации были рассмотрены полная утрата профессионального статуса (на момент обследования пациент нигде не трудоустроен) и снижение профессионального статуса без полной утраты (работа не по специальности, со снижением квалификации). Пациенты молодого возраста с алкогольной зависимостью обнаружили более частую полную утрату профессионального статуса по сравнению с более старшей возрастной группой (35,8% vs 12,0%), более редкую сохранность трудового статуса, более редкое продолжение работы по специальности, несмотря на наличие заболевания (54,3% vs 69,4%). Наличие высшего образования у пациентов было связано с повышенной распространенностью показателя снижения профессионального статуса без полной его утраты (12,2% vs 1,1% при среднем образовании). В старших возрастных группах пациентов обнаружено более частое продолжение трудовой деятельности у достигших пенсионного возраста пациентов с высшим образованием (удельный вес пенсионеров 5,7% vs 20,4% при среднем образовании). В отношении семейной адаптации не обнаружено статистически значимых связей с уровнем образования. Роль фактора молодого возраста проявляется при алкогольной зависимости в повышенной частоте разводов (39,2% vs 18,9% в группе старше пациентов 35 лет) и в более низкой частоте зарегистрированных браков (29,1% vs 56,1%).

Установлены особенности когнитивной рациональности, определяющие формирование расстройства и характеристики его протекания, во взаимосвязи с возрастным и образовательным факторами. Лица молодого возраста характеризовались более редким наличием выраженной иррациональной установки катастрофизация по сравнению со старшей возрастной группой (63,3% vs 87,0%), большей распространенностью установки неспособность к отсроченному гедонизму (41,4% vs 65,2%). Высокий образовательный уровень связан со сниженной распространенностью иррациональной когнитивной установки ригидность, неготовность меняться в изменившихся условиях (6,9% vs 34,5% при среднем образовании). В соответствии со сравнительно низким уровнем распространенности установки катастрофизация молодые пациенты с алкогольной зависимостью в большей степени обладают копинг-ресурсом дезактуализации, снижения субъективной значимости стрессовой ситуации, в том числе ситуации, провоцирующей употребление алкоголя (57,1% vs 28,3%). Фактор образования в стресс-резистентности вызывает различия в неадаптивном эмоциональном реагировании на стрессовую ситуацию: преобладание эмоций отчаяния при высшем образовании (40,0% vs 10,7%), преобладание эмоций гнева и агрессивности при среднем образовании (21,4% vs 6,7%). Общая направленность копинг-стиля (на разрешение ситуации, поиск социальной поддержки либо на избегание) демонстрирует общую уязвимость группы высокообразованной молодежи – снижение встречаемости разрешающего копинга (43,3% vs 76,6%) и повышением копинга, направленного на поддержку (33,3% vs 5,1%).

Заключение. В ходе исследования продемонстрировано значимое влияние возрастного и образовательного факторов на формирование и особенности протекания алкогольной зависимости. Группа высокообразованной молодежи обнаружила специфические черты как в отношении уязвимости, так и в отношении ресурсов профилактики и реабилитации, которые необходимо учитывать при планировании и проведении соответствующих вмешательств.

Список литературы

1. Воеводин И.В. Возрастной и образовательный факторы в формировании и клинической динамике алкогольной зависимости и невротических расстройств. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2022. № 1 (114). С. 27-32. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2022-1\(114\)-27-32](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2022-1(114)-27-32)
2. Бохан Н.А., Воеводин И.В. Формирование и когнитивная копинг-профилактика алкогольной зависимости среди студентов и молодых специалистов. Вопросы наркологии. 2021. № 3 (198). С. 42-54.
3. Воеводин И.В., Бохан Н.А. Когнитивно-поведенческая копинг-профилактика аддиктивных и аффективных состояний у студентов (Новый подход к оценке иррациональных когнитивных установок и копинга). Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2015. № 2. С. 42-50.

Связь прошлого опыта детско-родительских отношений матери с психоэмоциональным состоянием её ребенка (на примере детей, находящихся на стационарном лечении в отделении эндокринологии)

Галата А.А., Тренькаева Н.А.

**Национальный исследовательский Томский государственный университет
Томск, Россия**

Роль внутрисемейных межличностных отношений является фундаментальной в психологическом благополучии детей, определяет их последующие отношения с родителями, которые не только формируются в семейной среде, но и могут оказывать долгосрочное воздействие на детей, включая взаимодействия с собственными потомками. Обращение к данной тематике связано с необходимостью понимания процессов развития внутрисемейных межличностных отношений и феномена переноса на дальнейшие детско-родительские отношения. Работа направлена на выявление качества связи между детско-родительскими взаимоотношениями матери в её родительской семье и психоэмоциональным состоянием ребенка. Опираясь на гипотезу о существовании такой взаимосвязи, следует понять, как опыт матерей во взаимодействии с их родителями влияет на эмоциональное состояние и поведенческие черты детей.

Цель: выявление и понимание характера взаимосвязи между детско-родительскими взаимоотношениями матери в её родительской семье и психоэмоциональным состоянием её ребенка.

Гипотеза: существует взаимосвязь между характеристиками отношений матери с её родителями в прошлом и психоэмоциональным состоянием её ребенка в настоящем времени.

Психогенеалогический подход позволяет рассмотреть детско-родительские отношения в контексте истории семьи, учитывая влияние предшествующих поколений. Это помогает понять, какие унаследованные образцы поведения и эмоциональные реакции сказываются на текущих отношениях в семье. Принято считать, что родители передают свои поведенческие черты потомству (Dohmen et al., 2006, Farré, Vella, 2007). Феномен эмоционального переноса предполагает, что эмоциональные состояния родителей передаются и влияют на эмоциональное состояние и поведение детей, этот механизм участвует в формировании эмоциональной атмосферы семьи и воздействует на детей. Эмоциональный климат в родительской семье формирует основу для собственного родительства. Предыдущий опыт, эмоциональное выражение и образцы поведения родителей могут непосредственно влиять на то, как они воспринимают и реагируют на эмоции своих детей.

Особенность работы заключается в её нацеленности на изучение не только влияния детско-родительских отношений матери на детей в общем, но и на анализ влияния этих отношений в контексте заболеваний эндокринной системы у детей. Это позволяет расширить понимание влияния семейной динамики на здоровье и психологическое благополучие детей с особыми медицинскими потребностями. Совместное участие детей и их матерей обеспечивает более полное и точное понимание рассматриваемых взаимосвязей. Расширение области исследования на детей с заболеваниями эндокринной системы и их матерей обогащает понимание факторов, влияющих на развитие детей с особыми потребностями. Это помогает пересмотреть существующие подходы к поддержке таких семей и адаптировать их с учётом специфики заболевания.

Методическую базу исследования составили психологические методики: опросник Семейные эмоциональные коммуникации (Холмогорова А.Б., Воликова С.В., 2004) для изучения детско-родительских отношений в родительской семье матерей, опросник САН для диагностики самочувствия, активности и настроения (Доскин В.А., Мирошников М.П., 1973), опросник Подростки о родителях (модифицированный вариант Матейчик З., Ржичан П., 1983), опросник Многомерная оценка детской тревожности (Малкова Е.Е., 2007). Исследование ставит перед собой задачу оценить негативные и позитивные аспекты детско-родительских отношений (поддержка, эмпатия и понимание). Понимание того, какие именно аспекты отношений между матерью и её родителями оказывают наибольшее влияние на психоэмоциональное состояние её ребёнка, позволит выработать рекомендации для поддержки семейного благополучия. Работа имеет важное практическое значение, так как её результаты могут использоваться для разработки программ поддержки семей, особенно с детьми с заболеваниями эндокринной системы. Понимание влияния семейной динамики на психическое и физическое здоровье детей с медицинскими проблемами может способствовать созданию эффективных интегрированных подходов к их уходу и лечению. Использование различных методов исследования, включая опросники и статистический анализ, а также участие детей и их матерей обеспечивает более комплексный и надёжный анализ взаимосвязей между детско-родительскими отношениями и психоэмоциональным состоянием детей. Это позволяет получить обоснованные выводы и рекомендации для практического применения.

Список литературы

1. Фрейд З. Тотем и табу. М.: Олимп; АСТ, 1997. 448 с.
2. Oh WO, Yeom I, Kim DS. What is the concept of parental 'emotional transference' to children? A Walker and avant concept analysis. Scand J Caring Sci. 2019 Mar;33(1):34-42. doi: 10.1111/scs.12614. Epub 2018 Oct 17. PMID: 30329170.

3. Larson RW, Gillman S. Transmission of emotions in the daily interactions of single-mother families. *J Marriage and Family*. 1999;61(1):21-37. <https://doi.org/10.2307/353880>
4. Oberschneider MS. Understanding transference in parent guidance. *Bull Menninger Clin*. 2002 Spring;66(2):184-205. doi: 10.1521/bumc.66.2.184.23362. PMID: 12141384.

Прогнозирование реабилитационного потенциала больных алкоголизмом женщин на основе диагностики когнитивного дефицита и электроэнцефалографических маркеров

Галкин С.А., Кисель Н.И., Мандель А.И., Бохан Н.А.

**НИИ психического здоровья, ТНИМЦ Российской академии наук
Томск, Россия**

Введение. Согласно многочисленным исследованиям, нарушения когнитивной сферы выступают одной из главных причин снижения качества терапии и реабилитации пациентов с алкогольной зависимостью [1, 2, 3]. Дефицит ряда когнитивных функций (когнитивного контроля, внимания, памяти и принятия решений), являющихся важными компонентами саморегуляции поведения, выступает наиболее характерным нарушением при алкогольной зависимости и может быть связан с риском прекращения ремиссии [4, 5].

Цель: попытка создания нового персонализированного подхода к оценке реабилитационного потенциала у больных алкогольной зависимостью женщин на основе диагностики когнитивного дефицита и его нейрофизиологических маркеров.

Материалы и методы. Обследованы женщины (n=50) 25-55 лет (средний возраст 41,4±6,3 года) с диагнозом: Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ, синдром алкогольной зависимости (F10.2 по МКБ-10), со средней давностью алкогольной зависимости 8,5±4,9 года. Критерии включения: верифицированный диагноз аддиктивного расстройства (алкогольной зависимости) по МКБ-10, добровольное согласие на участие в исследовании. Критерии исключения: наличие хронических соматических заболеваний в стадии обострения, эпилепсии, умственной отсталости, отказ от участия в исследовании. Количественные клинические, когнитивные и нейрофизиологические обследования пациентов с алкогольной зависимостью проводили дважды: после детоксикации (1-я точка) и по завершении курса терапии (2-я точка). Длительность детоксикации составила от 1 до 3 дней с момента поступления пациента в стационар. Длительность основного курса терапии – 14 дней.

Клиническое состояние больных алкоголизмом оценивали по шкале тревоги Гамильтона (HARS), шкале общего клинического впечатления (CGI-s), шкале Йеля-Брауна для определения степени тяжести обсессивных и компульсивных симптомов (ОКШ) и шкале самооценки социальной адаптации (SASS). Оценка уровня когнитивного дефицита осуществлялась с помощью компьютеризированных тестов Go/Nogo, Corsi, Stroop. Запись биоэлектрической активности головного мозга проводилась на 16-канальном энцефалографе Неврополиграф по международной системе «10-20», анализировались значения абсолютной спектральной мощности (мкВ²) и когерентности для θ - (4-7 Гц), α - (8-13 Гц) и β - (14-35 Гц) ритмов.

Результаты. После курса терапии у женщин с алкогольной зависимостью отмечено статистически значимое улучшение клинического состояния по сравнению с исходным уровнем по показателям клинических шкал HARS, ОКШ, CGI-s и SASS ($p < 0,001$). На основе полученных когнитивных и электроэнцефалографических данных, зарегистрированных до начала основного курса терапии (в 1-й точке), и количественных клинических показателей состояния пациентов после курса терапии (во 2-й точке) были построены регрессионные модели индивидуального количественного реабилитационного потенциала.

$HARS_2 = 1,5 + 0,07 * Go/Nogo - 0,2 * Corsi + 0,04 * Stroop + 0,1 * (\alpha\text{-мощность Central}) + 0,2 * (\beta\text{-мощность Frontal}) - 0,2 * (\beta\text{-мощность L-Temporal}) - 0,3 * (\theta\text{-мощность L-Temporal}) - 6,9 * (\alpha\text{-когерентность Temporal}) - 6 * (\alpha\text{-когерентность Left brain}) - 11,5 * (\alpha\text{-когерентность Righth brain}) + 23,4 * (\beta\text{-когерентность Temporal}) + 9,8 * (\beta\text{-когерентность Left brain}) - 7,9 * (\theta\text{-когерентность Parietal}) + 10,5 * (\theta\text{-когерентность Temporal})$. $R^2 = 0,613$.

Модель прогноза уровня тревожности по шкале HARS после курса терапии (HARS_2) описывает около 61% дисперсий значений баллов.

$OKШ_2 = 3,5 - 0,17 * (\beta\text{-мощность Parietal}) + 0,2 * (\beta\text{-мощность Occipital}) - 0,19 * (\beta\text{-мощность R-Temporal}) + 1,5 * (\alpha\text{-когерентность Central}) + 6,4 * (\alpha\text{-когерентность Parietal}) - 10,3 * (\alpha\text{-когерентность Temporal}) - 3,9 * (\beta\text{-когерентность Left brain}) - 4 * (\theta\text{-когерентность Right brain})$. $R^2 = 0,484$.

Модель прогноза тяжести обсессивных и компульсивных симптомов по шкале Йеля-Брауна (ОКШ) после курса терапии (ОКШ_2) описывает около 48% дисперсий значений баллов.

$CGI-s_2 = 1,6 - 0,04 * Go/Nogo + 0,01 * Stroop + 0,05 * (\alpha\text{-мощность Central}) - 0,01 * (\alpha\text{-мощность Occipital}) - 0,13 * (\beta\text{-мощность Central}) + 0,04 * (\beta\text{-мощность Occipital}) - 4,1 * (\alpha\text{-когерентность во Frontal}) + 1,8 * (\alpha\text{-когерентность Occipital}) - 1,1 * (\alpha\text{-когерентность Left brain}) + 3,7 * (\beta\text{-когерентность во Frontal}) + 0,7 * (\beta\text{-когерентность Parietal}) - 1,4 * (\beta\text{-когерентность Left brain}) - 3 * (\theta\text{-когерентность Temporal})$. $R^2 = 0,619$.

Модель прогноза тяжести психического расстройства по шкале CGI-s после курса терапии (CGI-s_2) описывает около 62% дисперсий значений баллов.

$$\begin{aligned} SASS_2 = & 55,2 + 1,5 * Corsi - 0,15 * Stroop + 0,2 * (\alpha\text{-мощность } R\text{-Temporal}) - \\ & 0,5 * (\beta\text{-мощность } Central) + 0,7 * (\beta\text{-мощность } Parietal) + 0,3 * (\beta\text{-} \\ & \text{мощность } L\text{-Temporal}) - 32 * (\alpha\text{-когерентность во Frontal}) + 34 * (\alpha\text{-} \\ & \text{когерентность } Central) - 9,4 * (\alpha\text{-когерентность Occipital}) + 50,5 * (\beta\text{-} \\ & \text{когерентность во Frontal}) + 37 * (\beta\text{-когерентность } Central) - 70,6 * (\beta\text{-} \\ & \text{когерентность } Parietal) - 14 * (\beta\text{-когерентность } Left \text{ brain}) + 16,1 * (\theta\text{-} \\ & \text{когерентность } Parietal) + 14,2 * (\theta\text{-когерентность } Temporal). R^2 = 0,787. \end{aligned}$$

Модель прогноза субъективной самооценки социальной адаптации по шкале SASS после курса терапии (SASS_2) описывает около 79% дисперсий значений баллов шкалы.

Заключение. Используемые в работе математические подходы и полученные результаты позволяют уточнить роль когнитивных и нейрофизиологических механизмов алкогольной зависимости у женщин в отношении эффективности терапии. Пока ещё рано говорить о применении полученных в ходе исследования моделей реабилитационного потенциала женщин с алкогольной зависимостью в клинической практике, поскольку еще предстоит оценить их валидность, что определяет направление будущих исследований.

Список литературы

1. Галкин С.А., Пешковская А.Г., Рощина О.В., Кисель Н.И., Иванова С.А., Бохан Н.А. Взаимосвязь когнитивных нарушений с клиническими особенностями алкогольной зависимости. Якутский медицинский журнал. 2020. № 2 (70). С. 62-65. doi: 10.25789/YMJ.2020.70.19
2. Naqvi NH, Morgenstern J. Cognitive neuroscience approaches to understanding behavior change in alcohol use disorder treatments. Alcohol Res. 2015;37(1):29-38. PMID: 26259087; PMCID: PMC4476602.
3. Кисель Н.И., Бедарев Р.И., Мандель А.И., Шушпанова Т.В., Мазурова Л.В., Новожева Т.П., Солонский А.В., Гарганесева Н.П., Бурдовицина Т.Г., Гончикова И.А., Попова Т.А. Алгоритм персонализированной терапии больных алкоголизмом с коморбидными нарушениями детоксицирующей функции печени и когнитивными расстройствами. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2022. № 4 (117). С. 33-43. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2022-4\(117\)-33-43](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2022-4(117)-33-43)
4. Галкин С.А., Пешковская А.Г., Бохан Н.А. Возможные клинко-электроэнцефалографические факторы прогноза длительности ремиссии пациентов с алкогольной зависимостью. Российский психиатрический журнал. 2021. № 1. С. 47-52. doi: 10.47877/1560-957X-2021-10105
5. Белокрылов И.И., Трескова И.А., Пешковская А.Г., Мандель А.И., Кисель Н.И. Диагностический подход к оценке когнитивных нарушений и координаторно-двигательной активности для оптимизации программ персонализированной терапии при алкогольной зависимости. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2022. № 4 (117). С. 44-50. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2022-4\(117\)-44-50](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2022-4(117)-44-50)

Фармакогеномные биомаркеры эффективности сертралина у больных с тревожно-депрессивными расстройствами

Гареева А.Э.^{1,4,6}, Бородина Л.С.², Поздняков С.А.³,

Тимербулатов И.Ф.^{5,6,7}, Михайлова Е.Г.², Насибуллин Т.Р.¹

¹ ФГБНУ «Институт биохимии и генетики Уфимского Федерального исследовательского центра Российской академии наук», Уфа, Россия

² ГБУЗ «Республиканский наркологический диспансер № 1» Минздрава Республики Башкортостан, Уфа, Россия

³ ГБУЗ г. Москвы «Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения города Москвы», Москва, Россия

⁴ ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный университет», Кемерово, Россия

⁵ ГБУЗ МО «Центральная клиническая психиатрическая больница им. Ф.А. Усольцева», Москва, Россия

⁶ ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования Минздрава России, Москва, Россия

⁷ ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, Москва, Россия

Смешанное тревожно-депрессивное расстройство (СТДР), характеризующееся коморбидной тревогой и депрессией, считается одним из распространенных психических заболеваний и связано с повышенной смертностью, низким качеством жизни, огромным экономическим бременем.

Введение. Антидепрессанты являются часто назначаемой группой препаратов примерно у 13% населения в мире. Частые полиморфные варианты генов могут объяснить до 42% индивидуальных различий ответа на антидепрессанты [1], что подчеркивает потенциальную возможность использования фармакогенетической информации как части клинической помощи в психиатрии. Выбор подходящего антидепрессанта в значительной степени основывается на эмпирических данных [2]. Сертралин был одним из первых СИОЗС, одобренных для лечения депрессии в начале 1990-х гг. [3]. Показания к его клиническому применению включают депрессивные, обсессивно-компульсивные, панические, посттравматические стрессовые и социальные тревожные расстройства.

Цель. Изучить влияние полиморфизма rs6313 гена *HTR2A* на эффективность терапии сертралином у пациентов с СТДР.

Материалы и методы. В исследование вошли пациенты (n=96) в возрасте 23-55 лет с диагнозом: Смешанное тревожно-депрессивное расстройство (F41.2) по МКБ-10, проходившие стационарное лечение в ГБУЗ МЗ РБ «Республиканский клинический психотерапевтический центр Минздрава РБ». В качестве терапии получали сертралин 50-100 мг/сут в течение 42 дней, а также минимизированную стандартную терапию, которая не отличалась у разных пациентов.

Эффективность терапии оценивали с помощью стандартных психометрических шкал, включая шкалу общего клинического впечатления (CGI). Генотипирование проводили методом полимеразной цепной реакции в режиме реального времени. Статистический анализ результатов проводили методами непараметрической статистики с помощью пакета прикладных программ Statsoft Statistica v. 10.0 (Dell Statistica, Tulsa, США). При выборе метода брали во внимание результаты статистической проверки выборок на соответствие нормальному закону распределения, оцениваемую с помощью W-теста Шапиро–Уилка. Различия считали статистически значимыми при уровне $p < 0,05$ (при статистической мощности свыше 80%). Для сравнения двух выборок непрерывных независимых данных использовали U-тест Манна–Уитни. Анализ нескольких выборок данных непрерывного типа производили с помощью H-теста Краскела–Уоллиса

Результаты. Изучение ассоциации полиморфного локуса (ОНП) rs6313 гена *HTR2A* с эффективностью лечения сертралином показало статистически значимые различия между тремя группами больных с СТДР: носителями генотипов (rs6313*С/С) 1 [1; 1,5], (rs6313*С/Т) 1 [1; 1], (rs6313*Т/Т) 1 [1; 1] гена *HTR2A* по подшкале глобальной оценки динамики психического состояния I-CGI на 42-й день терапии – I-CGI42 ($p_{KW}=0,016$). Установлено, что дисперсия оказалась неоднородной ($p_{Liv} < 0,05$). Сравнительный анализ между носителями генотипа rs6313*С/Т и rs6313*Т/Т показал статистически значимое повышение баллов по подшкале I-CGI42 у носителей генотипа rs6313*Т/Т ($p_{MU}=0,022$).

Заключение. Продемонстрировано влияние полиморфного локуса rs6313 гена *HTR2A* на показатель клинической эффективности сертралина. Выявлено, что генетическим маркером повышенной эффективности сертралина у больных СТДР в отношении депрессивной симптоматики является генотип rs6313*С/Т гена *HTR2A*.

Исследование выполнено за счет гранта Российского научного фонда № 24-25-00378, <https://rscf.ru/project/24-25-00378/>

Список литературы

1. Tansey KE, Guipponi M, Hu X, Domenici E, Lewis G, Malafosse A, Wendland JR, Lewis CM, McGuffin P, Uher R. Contribution of common genetic variants to antidepressant response. *Biol Psychiatry*. 2013 Apr 1;73(7):679-82. doi: 10.1016/j.biopsych.2012.10.030. Epub 2012 Dec 11. PMID: 23237317.
2. van Westhenen R, Aitchison KJ, Ingelman-Sundberg M, Jukić MM. Pharmacogenomics of antidepressant and antipsychotic treatment: How far have we got and where are we going? *Front Psychiatry*. 2020 Mar 12;11:94. doi: 10.3389/fpsy.2020.00094. PMID: 32226396; PMCID: PMC7080976.
3. Bråten LS, Haslemo T, Jukic MM, Ingelman-Sundberg M, Molden E, Kringen MK. Impact of CYP2C19 genotype on sertraline exposure in 1200 Scandinavian patients. *Neuropsychopharmacology*. 2020 Feb;45(3):570-576. doi: 10.1038/s41386-019-0554-x. Epub 2019 Oct 24. PMID: 31649299; PMCID: PMC6969041.

Стереотипная пантомимика людей и приматов в условиях стресса

Гончаренко Е.В.¹, Аргун С.Н.², Тайсаева С.Б.³, Миквабия З.Я.², Мурзова О.А.⁴, Джокуа А.А.²

¹ ГБУЗ АО «Областная детская клиническая больница им. Н.Н. Силищевой», Астрахань, Россия

² ГНУ «Институт экспериментальной патологии и терапии Академии наук Абхазии», Сухум, Республика Абхазия

³ ФГБОУ ВО «Российский экономический университет им. Г.В. Плеханова», Москва, Россия

⁴ ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет», Минздрава России, Астрахань, Россия

Маятниковые телодвижения головой и корпусом тела и движения (бег, ходьба) по кругу чаще всего ассоциируются с расстройством аутистического спектра (РАС). При этом появление неспецифической моторики может проявляться при разной психологической патологии. Стереотипии в пантомимике объясняют возрастной незрелостью головного мозга, лобно-височных и теменных отделов, мозжечковыми нарушениями, высоким возбуждением подкорковых или стволовых структур. По мнению Н.А. Бернштейна, она обусловлена нарушением схемы тела и пространственной ориентации. Некоторые авторы пантомимические стиминги относят к вычурному языку коммуникаций. По К.С. Лебединской, О.С. Никольской, они связаны с аутоstimуляцией гиперкомпенсаторного характера. Другие исследователи называют их явлением диснейроонтогенеза. По нашим наблюдениям за пациентами психоневрологического отделения в ГБУЗ АО «ОДКБ им. Н.Н. Силищевой», монотонные движения тела по типу «китайского болванчика» и круговое хождение ярко иллюстрируют дети-сироты с родительской депривацией и психическим дизонтогенезом. Но и в моторике у пациентов с нормой психического развития при отрицательном эмоциональном реагировании обнаруживаются пантомимические стиминги. По мере взросления кинесика маскируется в транс-жесты, которые возникают в стрессовом состоянии [1].

В приматологии гомологичные двигательные акты наблюдаются у обезьян в условиях экспериментального стресса, в вольерах и в естественных условиях обитания. Британские исследователи отмечают, что антропоиды (шимпанзе, орангутанги, бонобо) вращаются вокруг собственной оси. Ш.Л. Джалагония отмечает при нервном возбуждении монотонные покачивания тела и головы у павианов-гамадрилов. На фоне психоэмоционального напряжения и общей тревожности у макак и павианов наблюдалось непрерывное хождение по клетке, появлялись подметающие движения рукой [2].

При изучении поведенческих ответов на стрессорную стимуляцию у экспериментальных обезьян отмечали стереотипии в виде раскачиваний и подергиваний телом [3]. Приматы после стресса демонстрировали раскачивание с беспорядочными нашаривающими движениями рукой. Приматолог Ф. де Вааль в Центре разведения шимпанзе наблюдал их синхронные покачивания вправо-влево. Зарубежные исследователи Ж. Джай с соавторами, К. Уотсон, М. Бауман, С. Барнард считают повторяющееся поведение пациентов с РАС и обсессивно-компульсивным расстройством аналогичным шаблону поведения макак-резусов со стереотипиями.

Собственные наблюдения за поведением 36 макак яванских, макак-резусов в экспериментальном блоке и за семьей павианов-гамадрил (15 особей) в туристической вольере Сухумского питомника обезьян представили наличие стереотипий (маятниковых и круговых движений) не только в условиях стресса, но и в групповой жизни обезьян. При этом происходило изменение мимической лицевой активности, характеризовавшееся расширением зрачков, слезоточивостью, замедленностью мигательных движений, изменением диафрагменного дыхания, повышенной чувствительностью к окружающим стимулам, низкими голосовыми модуляциями, вздрагиванием и др. Групповые стереотипии продолжались до 17 минут, индивидуальные – до 15 минут и прекращались при воздействии положительного стимула.

Также проводились наблюдения за 15 пациентами в возрасте от 3 до 7 лет с психическим дизонтогенезом (ЗППР, ЗРР). Все респонденты в анамнезе отставали в нервно-психическом и речевом развитии, реже в моторном развитии. Психический регресс вызывал приматологические и допредковые паттерны поведения: груминг, аутоагрессию, выраженный цеплятельный рефлекс на значимый объект без переадресации на неодушевленный предмет, вкусовые и обонятельные фиксации, отсутствие указательного жеста, отрицательный эффект на Зеркальную пробу и т.д. Часть пациентов во время осмотра совершали раскачивающие движения телом и головой, некоторые иллюстрировали длительное хождение или бег по кругу. В мимике наблюдалось замедление мигательных движений, гиподыхание, уплощение мускулатуры лица, сниженные восприятие и реагирование на окружающих.

Генетическое родство человека и приматов, а также выделенные мимические и пантомимические маркеры при исполнении стереотипных двигательных актов позволяют выдвинуть гипотезу о транссе. По коллективному мнению исследователей, в ходе эволюции у *Homo sapiens* и приматов сформировалась нейробиологическая расположенность головного мозга к измененному состоянию сознания, а невербальные стимулы являются способом стимуляции ИСС [4].

Список литературы

1. Гончаренко Е.В., Тайсаева С.Б., Полякова Е.В. Транс-жесты в пантомимике жертв сексуального насилия и причастных лиц. Казанский педагогический журнал. 2022. № 3 (152). С. 257-262.
2. Чирков А.М., Войт И.С. Этологический атлас психофармакологических исследований на павианах гамадрилах. Сухуми: Алашара, 1990. 128 с.
3. Самохвалов В.П. Эволюционная психиатрия (история души и эволюция безумия). Симферополь: ИМИС-НПФ «Движение», 1993. 286 с.
4. Lameira AR, Perlman M. Great apes reach momentary altered mental states by spinning. Primates. 2023;64(3):319-323. <https://doi.org/10.1007/s10329-023-01056-x>

Качество жизни состоящих и не состоящих в браке пациентов, перенесших пневмонию COVID-19

Гуськова О.А., Приленский Б.Ю., Ярославская Е.И., Петелина Т.И.
ТНИМЦ Российской академии наук, Тюменский кардиологический научный центр
ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России
Тюмень, Россия

Актуальность. Пандемия COVID-19 привела к резкому ухудшению психического здоровья населения, что сказалось не только на индивидуальном уровне удовлетворенности жизнью, но и на трудовой продуктивности и качестве межличностного общения. В литературе высказывается предположение, что семейное положение, как определенный вид социального взаимодействия, является важным фактором защиты состояния психики от влияния карантинных мер и изоляции в период COVID-19. На психическое состояние оказывает влияние различный образ жизни состоящих и не состоящих в браке людей. Супружеские отношения представляют собой своеобразный якорь, способствующий сохранению ощущения стабильности, и связаны с благоприятными последствиями негативно окрашенных ситуаций. В частности способны уменьшать эффект от введенного регламента ограничений, связанного с мероприятиями, направленными на сдерживание распространения вируса, изменения экономической обстановки [1]. В зависимости от семейного положения различается качество жизни (КЖ), которое интегрирует удовлетворенность физической, психической и социальной сферами жизни пациентов. На примере пациентов, страдающих различными заболеваниями, известно, что качество жизни состоящих в браке имеет более высокие показатели, чем у одиноких [2, 3]. Поскольку в связи с перенесенным COVID-19 произошли значимые перемены в жизни людей, это сказалось на их отношениях с близкими и КЖ [4].

Таким образом, представляется актуальным изучение качества жизни пациентов, имеющих различное семейное положение, во взаимосвязи с сердечно-сосудистым здоровьем и состоянием психоэмоциональной сферы после перенесенной пневмонии COVID-19.

Цель. Оценка качества жизни пациентов, имеющих различное семейное положение, после перенесенной пневмонии COVID-19 во взаимосвязи с сердечно-сосудистым здоровьем и состоянием психоэмоциональной сферы на протяжении года после выздоровления.

Материалы и методы. Проанализированы данные по пациентам ($n=214$), средний возраст которых составил 52 ± 11 лет, обследованным через 3 и 12 месяцев после госпитализации по поводу пневмонии COVID-19, большинство из них (63,6%) были женщины. Материал набирался в рамках исследования «Проспективное наблюдение пациентов после COVID-19-ассоциированной пневмонии» (ClinicalTrials.gov Identifier: NCT04501822). На приеме медицинского психолога пациенты заполнили анкету, содержащую вопросы о семейном положении, шкалы тревоги (GAD-7), депрессии (PHQ-9) и стресса (ШВС-10) и опросник КЖ (SF-36). Сердечно-сосудистое здоровье оценено врачом-кардиологом.

Результаты. При включении в исследование в браке состояло 74,3% обследованных. Выявлены признаки тревоги (34,3%), депрессии (32,9%), состояние выраженного стресса (10,8%). За время наблюдения распространенность ССЗ увеличилась с 76,7% до 81,4% ($p=0,013$). Количество женатых/замужних пациентов через год после выписки из стационара значительно не изменилось (74,8%). Значимые изменения отсутствуют в распространенности признаков тревоги, депрессии, стресса и показателей КЖ. Различий по полу и возрасту в зависимости от семейного положения пациентов не определено. Между группами женатых и неженатых пациентов обнаружены статистически значимые различия по шкале опросника SF-36 «Ролевое физическое функционирование» (100,00 [50,00-100,00] и 75,00 [25,00-100,00], $p=0,013$) во 2-й контрольной точке. У пациентов, состоящих в браке, в динамике отмечено снижение выраженности признаков депрессии (3,00 [1,00-6,00] и 3,00 [1,00-5,00], $p=0,037$). В результате анализа данных в каждой из групп определены взаимосвязи между сердечно-сосудистой патологией, психоэмоциональным состоянием и КЖ. В 1-й контрольной точке у не состоявших в браке пациентов выявлены корреляционные взаимосвязи средней силы между значениями шкалы «Физическое функционирование» и возрастом, количеством коморбидных ССЗ ($p<0,001$), шкалы «Ролевое физическое функционирование» и возрастом, депрессией, стрессом ($p<0,001$), шкалы «Интенсивность боли», возрастом ($p=0,025$) и количеством коморбидных ССЗ ($p=0,001$), шкалы «Общее состояние», возрастом, количеством коморбидных ССЗ ($p=0,018$), выраженностью тревоги ($p=0,002$) и стресса

($p=0,015$), шкалы «Жизненная активность», выраженностью тревоги ($p=0,009$), депрессии ($p=0,003$) и стресса, шкалы «Социальное функционирование», «Ролевое эмоциональное функционирование», «Психическое здоровье» и выраженностью тревоги, депрессии и стресса ($p<0,001$). Во 2-й контрольной точке выявлена взаимосвязь значений шкалы «Физическое функционирование» с выраженностью стресса ($p=0,014$), взаимосвязь с ССЗ отсутствует. Отсутствует корреляция значений шкалы «Интенсивность боли» с ССЗ, шкалы «Ролевое физическое функционирование» со стрессом. Установлена взаимосвязь значений по шкале «Общее состояние» с выраженностью депрессии ($p<0,001$), по шкале «Жизненная активность» с возрастом ($p<0,001$). Среди состоящих в браке пациентов в 1-й контрольной точке обнаружена взаимосвязь значений шкалы «Физическое функционирование» с возрастом, количеством коморбидных ССЗ, выраженностью депрессии и стресса ($p<0,001$), шкалы «Интенсивность боли» – с выраженностью депрессии ($p<0,001$), шкалы «Общее состояние» – с количеством коморбидных ССЗ, выраженностью тревоги, депрессии и стресса ($p<0,001$), значений шкал «Ролевое физическое функционирование», «Жизненная активность», «Психическое здоровье» – с выраженностью тревоги, депрессии и стресса ($p<0,001$). Через 9 месяцев определена взаимосвязь значений шкал: «Физическое функционирование» – с тревогой ($p<0,001$), «Ролевое физическое функционирование» – с возрастом ($p<0,001$), «Интенсивность боли» – с выраженностью тревоги и стресса ($p<0,001$). Взаимосвязь между значениями шкалы «Общее состояние» и ССЗ не определена.

Выводы. Для пациентов, состоящих в браке, характерно снижение выраженности проявлений депрессии и в то же время ухудшение КЖ по шкале «Ролевое физическое функционирование» на протяжении года после перенесенной пневмонии COVID-19. Вне зависимости от семейного положения КЖ пациентов после выздоровления взаимосвязано с состоянием психоэмоциональной сферы. Показатели КЖ, отражающие физическое состояние, взаимосвязаны с возрастом и ССЗ. На протяжении года наблюдается уменьшение взаимосвязей с ССЗ, но увеличение взаимосвязей с психоэмоциональным состоянием.

Список литературы

1. Jace CE, Makridis CA. Does marriage protect mental health? Evidence from the COVID-19 pandemic. *Soc Sci Q.* 2021 Sep 7;10.1111/ssqu.13063. doi: 10.1111/ssqu.13063. Epub ahead of print. PMID: 34908604; PMCID: PMC8662208.
2. Sabanagic-Hajric S, Suljic E, Memic-Serdarevic A, Sulejmanpasic G, Mahmutbegovic N. Quality of life in multiple sclerosis patients: influence of gender, age and marital status. *Mater Sociomed.* 2022 Mar;34(1):19-24. doi: 10.5455/msm.2022.33.19-24. PMID: 35801069; PMCID: PMC9229286.

3. Huang K, Przeslawski C, Ramirez CA. What risk factors are associated with poorer quality of life in patients with head and neck cancer? *J Oral Maxillofac Surg.* 2023 May;81(5):648-653. doi: 10.1016/j.joms.2022.11.016. Epub 2022 Dec 19. PMID: 36549654.
4. Hossain MA, Shafin R, Ahmed MS, Rana MS, Walton LM, Raigangar V, Ara T, Rasel MAH, Hossain MS, Kabir MF, Islam MR, Hasan MN, Hossain MD, Rumana FS, Jahid IK. Health-related quality of life and coping strategies adopted by COVID-19 survivors: A nationwide cross-sectional study in Bangladesh. *PLoS One.* 2022 Nov 16;17(11):e0277694. doi: 10.1371/journal.pone.0277694.

Развитие постстрессовых расстройств в семьях участников боевых действий: влияние на функционирование и качество внутрисемейных отношений

Диденко А.В., Рощина О.В., Галкин С.А., Бохан Н.А.

**НИИ психического здоровья, ТНИМЦ Российской академии наук
Томск, Россия**

Актуальность. Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), развивающееся у участников боевых действий, является одним из наиболее распространенных психических расстройств. Данные эпидемиологических исследований расходятся в силу сложности и неоднозначности определения конструкта, спорности отдельных диагностических критериев и отсутствия единого подхода к классификации клинических проявлений расстройства. По оценкам специалистов, диагностируемое ПТСР, основанное на тяжести симптомов, охватывает от 1,6 до 60% участников боевых действий (Бохан Н.А., Рощина О.В., Диденко А.В., Лебедева В.Ф., 2023; Fulton J.J., Calhoun P.S., Wagner H.R. et al., 2015). ПТСР в результате боевого стресса оказывает негативное влияние не только на психическое состояние комбатантов и снижает эффективность ведения боевых действий, но и способствует развитию глубоких вторичных последствий для семьи военного (Караваева Т.А., Васильева А.В., Шойгу Ю.С., Радионов Д.С., 2023). Например, в семьях военнослужащих с ПТСР отмечается увеличение количества разводов, случаев насилия со стороны комбатанта с ПТСР и жестокого обращения с детьми (Melvin K.C., Gross D., Nayat M.J., Jennings B.M., Campbell J.C., 2012). Многие специалисты приводят данные о развитии самостоятельной клиники ПТСР (вторичное ПТСР) у членов семьи военного, в том числе и в случаях гибели комбатанта (Kritikos T.K., Comer J.S., He M., Curren L.C., Tompson M.C., 2019). Таким образом, в современной России в условиях проведения специальной военной операции (СВО) не менее актуально изучение не только этиопатогенетических факторов и динамики ПТСР, но и факторов, влияющих на стабильность семейной системы и качество внутрисемейных отношений.

Цель: изучение особенностей семейных взаимоотношений у участников боевых действий в связи с наличием психопатологической симптоматики, связанной с переживанием травматического стресса.

Инструменты исследования: клинико-психопатологический, психометрический (использована «Шкала семейного окружения» – ШСО, в адаптации Куприянова С.Ю., 1985), статистический.

Результаты. Обследованы пациенты ($n=40$) мужского пола в возрасте от 26 до 52 лет (средний возраст – $38,8 \pm 11,3$ года), проходившие лечение в клинике НИИ психического здоровья и Томской областной клинической психиатрической больнице в связи с психическими расстройствами, развившимися в процессе участия в СВО.

Клинико-диагностическая структура обследованных представляла собой сочетанную (коморбидную) патологию в виде следующих основных диагнозов по МКБ-10: F43.1 Посттравматическое стрессовое расстройство – $n=25$, F43.2 Расстройство приспособительных реакций – $n=8$, преимущественно в виде смешанных тревожных и депрессивных проявлений, обусловленных расстройством адаптации (F43.22), F32.1 Депрессивный эпизод средней степени – $n=5$, F32.2 Депрессивный эпизод тяжелой степени без психотических симптомов – $n=2$. Тяжесть клинических проявлений указанных расстройств зависела от присоединения коморбидной психической патологии в виде диагнозов: F06.6 Органическое эмоционально-лабильное (астеническое) расстройство – $n=10$, F61.0 Специфическое расстройство личности – $n=7$, F10.21 Зависимость от психоактивных веществ (ПАВ) (алкоголя), в настоящее время воздержание, но в условиях, исключающих употребление – $n=5$, F10.1 Пагубное (с вредными последствиями) употребление – $n=11$. При этом клиника ПТСР была представлена исключительно коморбидной патологией: сочетание ПТСР с органическими нарушениями ($n=18$), зависимость от ПАВ ($n=5$) и личностная патология ($n=5$). У трех пациентов отмечалось более двух диагнозов. Анализ семейной ситуации показал, что в выборке преобладали лица, состоящие в браке ($n=34$, 85%), у 25 (63%) обследованных были дети. Проведен сравнительный анализ социального климата с использованием ШСО в семьях участников СВО с ПТСР и другими психическими расстройствами. Статистически значимое повышение показателей у лиц с ПТСР установлено по следующим шкалам ШСО: «Экспрессивность» ($7,8 \pm 1,2$, $p \leq 0,05$), «Конфликтность» ($8,0 \pm 1,5$, $p \leq 0,05$), «Независимость» ($9,0 \pm 0,5$, $p \leq 0,05$). Типичной оказалась тенденция осуществления жесткого ригидного контроля над функционированием семейной системы в виде статистически значимого повышения значений по шкалам «Организация» ($8,2 \pm 1,3$, $p \leq 0,05$) и «Контроль» ($8,8 \pm 1,2$, $p \leq 0,05$). Проявления эмоциональной нестабильности и тревожно-эксплозивные эпизоды агрессии усиливали конфликтность и напряжение в семейных отношениях.

Выводы. Таким образом, ПТСР оказывает существенное влияние на функционирование семейной системы обследованных участников боевых действий в аспектах, усиливающих экспрессивность, конфликтность в семейных отношениях при одновременной тенденции к независимому единоличному принятию решений и жесткой, ригидной регуляции и контроля внутрисемейных отношений. Указанная позиция способствует дестабилизации семейной системы. Вероятно, большое влияние на этот процесс оказывает коморбидность ПТСР с личностной патологией, расстройствами зависимости от ПАВ и когнитивными, эмоциональными нарушениями вследствие травматического повреждения головного мозга. Указанные особенности необходимо исследовать в динамике и в процессе терапии.

Источник финансирования: грант РФФИ № 24-25-00230 «Психические расстройства, связанные с участием в боевых действиях: клинические и реабилитационные аспекты».

Список литературы

1. Бохан Н.А., Рощина О.В., Диденко А.В., Лебедева В.Ф. Клиническая характеристика и терапия психических расстройств у участников боевых действий СВО. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2023. № 3 (120). С. 80-86. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2023-3\(120\)-80-86](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2023-3(120)-80-86)
2. Караваева Т.А., Васильева А.В., Шойгу Ю.С., Радионов Д.С. Профилактика развития посттравматического стрессового расстройства у пострадавших в результате чрезвычайных ситуаций. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2023. № 2 (119). С. 86-95. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2023-2\(119\)-86-95](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2023-2(119)-86-95)
3. Fulton JJ, Calhoun PS, Wagner HR, Schry AR, Hair LP, Feeling N, Elbogen E, Beckham JC. The prevalence of posttraumatic stress disorder in Operation Enduring Freedom/Operation Iraqi Freedom (OEF/OIF) Veterans: a meta-analysis. J Anxiety Disord. 2015 Apr;31:98-107. doi: 10.1016/j.janxdis.2015.02.003. Epub 2015 Feb 19. PMID: 25768399.
4. Melvin KC, Gross D, Hayat MJ, Jennings BM, Campbell JC. Couple functioning and post-traumatic stress symptoms in US Army couples: the role of resilience. Res Nurs Health. 2012 Apr;35(2):164-77. doi: 10.1002/nur.21459. Epub 2011 Dec 12. PMID: 22161808.
5. Kritikos TK, Comer JS, He M, Curren LC, Tompson MC. Combat experience and posttraumatic stress symptoms among military-serving parents: a meta-analytic examination of associated offspring and family outcomes. J Abnorm Child Psychol. 2019 Jan;47(1):131-148. doi: 10.1007/s10802-018-0427-5. PMID: 29687429.

Удовлетворённость брачно-семейными и детско-родительскими отношениями пациентов

с биполярным аффективным расстройством

Диденко Е.В., Симуткин Г.Г., Счастный Е.Д., Васильева С.Н., Яковлева А.Л., Суровцева А.К., Смирнова Н.С.

**НИИ психического здоровья, ТНИМЦ Российской академии наук
Томск, Россия**

Цель: оценка степени удовлетворенности/неудовлетворенности браком и выявление родительского отношения к детям пациентов с биполярным аффективным расстройством.

Материалы и методы. В отделении аффективных состояний НИИ психического здоровья Томского НИМЦ стационарно пролечены пациенты (n=61) с БАР, из них 44 женщины (средний возраст 47 лет) и 17 мужчин (средний возраст 32 года). По классификации БАР в МКБ-10, с большей частотой встречался текущий эпизод депрессии (n=41, 67,3%), реже – текущий смешанный эпизод (n=18, 29,5%), в единичных случаях отмечались текущие эпизоды мании и гипомании (по каждой нозологии n=1, 1,6%). Критерии включения: диагноз БАР (F31), рецидивное течение, возраст 18-65 лет, согласие на участие в исследовании, отсутствие беременности, деменции и шизофрении. Кроме стандартного психометрического обследования проводилось психодиагностическое тестирование по двум опросникам: 1) удовлетворенность браком (Столин В.В., Романова Т.Л., Бутенко Г.П., 1984), 2) родительское отношение к ребенку и поведенческие стереотипы при общении с ним (Варга А.Я., Столин В.В., 1988).

Результаты. По материалам опросника удовлетворенность браком понимается как стабильное эмоциональное чувство, универсальная эмоция, генерализованное переживание. Менее половины опрошенных мужчин (n=8, 47,1%) и женщин (n=20, 45,5%) оценивали свои семьи и брак в соответствии с критерием скорее благополучные (29-32 баллов), что подтверждалось положительной оценкой социального статуса семьи, одобрением брачного выбора и сложившихся отношений, таких как сплоченность, уважение друг к другу, ощущение заботы, понимания и поддержки. С меньшей частотой оценка женщин (n=14, 31,8%) и мужчин (n=5, 29,4%) соответствовала критерию переходной семьи (27-28 баллов) в связи с неравнозначными ценностями супругов, появлением разногласий в жизненных планах, снижением уровня доверия и внимания, пассивным отношением к увлечениям второй половины, неодобрением вклада партнера в решение общих семейных проблем, снижением эмоциональной поддержки. Оценивали свои семьи как скорее неблагополучные (23-26 баллов) 4 мужчин (23,5%) и 7 женщин (15,9%), считавших, что взаимопонимание и острота восприятия супруга частично утрачены, снизилась притягательность сек-

суальных отношений, прежние чувства при вступлении в брак притупились, поэтому возникают мысли о разводе и самостоятельной жизни. С минимальной частотой ($n=3$, 6,8%) только женщины оценивали свои семьи как благополучные (33-38 баллов), что свидетельствовало о высокой степени удовлетворенности браком, о невозможности и неполноценности жизни без семьи и близкого человека, считали свою семейную жизнь более счастливой и удачной по сравнению с близким окружением, так как достоинства супруга во многом превосходили и компенсировали его недостатки.

Результаты тестирования по опроснику родительского отношения к детям показали, что большинство женщин ($n=40$, 90,9%) и мужчин ($n=15$, 88,2%) набрали высокие баллы по шкалам принятия-отвержения (24-33) и кооперации (7-8), что подтверждает гармоничность в отношениях с ребенком, симпатию, одобрение и признание его интересов и индивидуальности, удовольствие от общения с ним, иногда даже необъективное предпочтение своего ребенка в противовес достоинствам и успехам других детей из близкого окружения. При этом у 4 женщин и 2 мужчин выявлены признаки отвержения детей, которых они считали своенравными, безрассудными, плохо способными к обучению, безответственными, легкомысленными, что являлось источником разочарований и беспокойства по причине несоответствия родительским ожиданиям и ценностям. По шкале симбиоза у 38 женщин (86,49%) и 10 мужчин (58,8%) зарегистрированы высокие баллы (6-7), эти родители в любой, даже не вызывающей одобрения ситуации проявляли сочувствие к детям, старались оградить их от жизненных проблем и трудностей, выполняли любые просьбы и пожелания, сожалели о быстром взрослении детей, старались как можно дольше продлить их детство, искренне восхищались их успехами. По шкале авторитарной гиперсоциализации высокие баллы (6-7) у женщин ($n=14$, 31,8%) и мужчин ($n=5$, 29,4%) указывали на стремление родителей к тотальному контролю и реализации детьми своих прежних несбыточных амбиций и планов, на воспитание в жесткой дисциплине, покорности и послушании. Высокое количество баллов (7-8) по шкале маленький неудачник у 5 женщин (11,4%) и 4 мужчин (23,5%) демонстрировало покровительственное пренебрежение к «мало смыслящим» в жизни детям из-за отсутствия у них опыта жизни и уверенности, поэтому старались ограничить их самостоятельность в большом и пугающем мире, навязать собственные интересы, игнорировали их выбор друзей и увлечений.

Выводы. Оценка степени удовлетворенности/неудовлетворенности браком и родительского отношения к детям имеет связь с межличностными взаимоотношениями супругов, полоролевым поведением в браке и классификацией типов родительства, но не связана с диагнозом биполярного аффективного расстройства.

Список литературы

1. Столин В.В., Романова Т.Л., Бутенко Г.П. Опросник удовлетворенности браком. Вестник Московского университета. Серия 14. Психология. 1984. № 2. С. 54-60.
2. Варга А.Я. Тест-опросник родительского отношения. Практикум по психодиагностике. Психодиагностические материалы / под ред. А.Я. Варги, В.В. Столина. М.: МГУ, 1988. 128 с.

Взаимосвязь между интернет-зависимостью и отношением подростков с матерью

Жудро А.С.

**Гомельский государственный университет им. Франциска Скорины
Гомель, Беларусь**

Последние два десятилетия всё более возрастает значимость Интернета как информационного, коммуникативного, смыслового и игрового пространства, что приводит к внедрению интернет-ресурсов практически во все сферы человеческой деятельности. Интернет стал мощным средовым фактором, под влиянием которого происходит формирование личности современного человека. Наряду с позитивным влиянием, обусловленным удобством использования интернет-ресурсов, становится всё более оформленной проблема интернет-зависимости и её негативных последствий, затрагивающих все уровни структуры личности. Интернет-зависимость понимается как навязчивое стремление к пользованию интернетом, обычно бесцельное, сопровождающееся значительными временными затратами.

По МКБ-10 интернет-зависимость не является психическим расстройством. Зависимость от интернета и компьютерных игр соотносится с таксоном F63 (расстройства привычек и влечений). В 2019 г. ВОЗ пересмотрела и опубликовала новый классификатор МКБ-11, включив в него диагноз «игровое расстройство». В список расстройств, связанных с зависимостью, вошла игровая зависимость – модель постоянного или повторяющегося поведения при игре онлайн или оффлайн, которая сопровождается нарушением контроля за игрой (частотой, длительностью и др.), вытеснением на второй план других увлечений и повседневных занятий, необходимостью продолжать играть (в том числе и по нарастающей), несмотря на появление негативных последствий [1]. Однако интернет-аддикция качественно отличается от других форм нехимических аддикций выходом на безграничные возможности виртуального мира. Приводятся особенности интернета как потенциального аддиктивного агента: возможность многочисленных анонимных социальных интеракций, виртуальная реализация фантазий и желаний с установлением обратной свя-

зи, нахождение желаемых «собеседников», удовлетворяющих любым требованиям, возможность установления контакта и его прерывания в любой момент, неограниченный доступ к информации, к различным видам развлечений, к играм [2]. Именно это объясняет данное увлечение интернетом у девочек и мальчиков подросткового возраста.

В качестве основного фактора возникновения интернет-зависимости рассматриваются психологические особенности подросткового периода: высокая чувствительность к любым внешним влияниям, перестройка ранее сложившихся психологических структур, изменения в формировании нравственных представлений и социальных установок [3]. Риск формирования интернет-зависимости рассматривается в рамках многофакторной биопсихосоциальной модели динамического взаимодействия биологических, психологических и социальных факторов [4].

Многие исследователи одним из источников развития аддикций считают семью. Ряд авторов (Г.В. Морозов, Н.Н. Боголепов, Э.Г. Эйдмиллер, В.В. Юстицкий) рассматривают влияние семьи в большей степени на формирование химических аддикций. Вместе с тем имеются единичные работы о влиянии семейных факторов на формирование интернет-зависимости у подростков, их изучением занимались В.К. Абдуллаева, И.М. Зинова, А.О. Кибитов, Т.С. Бузина, С. Чен и др. Семья – это первичный агент социализации ребенка и подростка, определяющий фактор всех направлений развития: физического, психического, социального. Нарушения в семейном воспитании, нездоровая семейная среда и дисгармоничные взаимоотношения между детьми и родителями могут стать причиной многих личностных деформаций, фактором формирования зависимости у подростков. Интернет-зависимость с высокой частотой формируется в дисфункциональных и деструктивных семьях, где воспитательное воздействие на ребенка деструктивно (повышенная критика, чрезмерные родительские ожидания, грубость, жестокость) или вовсе отсутствует (слабый контроль за времяпрепровождением, интересами). В первом случае подросток чувствует напряжение и желание оградиться от неприятного, травмирующего влияния, «сбежать» в виртуальный мир, где может получить нужное внимание, общение, признание, во втором случае активность подростка, связанная с компьютером, никак не регулируется родителями, он предоставлен самому себе, а потому может чрезмерно увлечься общением с компьютером, не быть способным ограничивать себя, дозировать такое времяпрепровождение, воспринимая его как интересное, приятное, развлекательное [5, с. 143]. Практически любая крайность в воспитании (будь то гиперопека и гипоопека, чрезмерный или недостаточный контроль и др.) имеет деструктивное воздействие на подростка, его психическое и социальное развитие может стать фактором формирования его предрасположенности к интернет-зависимости.

Цель: охарактеризовать взаимосвязь интернет-зависимости и отношения с матерью в подростковом возрасте.

В эмпирическом исследовании приняли участие 55 девочек и мальчиков в возрасте от 13 до 17 лет (средний возраст 15 лет).

База исследования: ГУО «Средняя школа № 55 г. Гомеля».

Для выявления подростков с интернет-зависимостью и их отношения с матерью использовались: 1) тест К. Янг для диагностики интернет-зависимости в модификации С.А. Кулакова, 2) методика «Подростки о родителях» Е. Шафера в модификации З. Матейчика и П. Ржичана.

Результаты. Выборку обследованных разделили на три группы: с высоким, средним и низким уровнями интернет-зависимости. 9% респондентов имеют высокую степень интернет-зависимости, для них характерны всепоглощенность интернетом, потребность проводить в сети всё больше времени, невозможность остановиться в использовании интернета, что влечет к выраженным последствиям на физиологическом уровне. Со средней степенью интернет-зависимости выявлено 32% респондентов, постоянно использовавших интернет-ресурсы для всевозможного удовлетворения своих потребностей. Для 59% испытуемых характерна низкая степень интернет-зависимости, им свойственен контролируемый характер использования интернета.

В результате изучения отношения подростков с матерью было выявлено, что отношения мальчиков с матерью характеризуются чрезмерной опекой, критическим отношением к сыну, малой строгостью и заинтересованностью, высокой степенью проявления теплых чувств и принятия ребенка. Отношения девочек с матерью характеризуются одобрением в случае обращения за помощью, ограничением самостоятельности, жесткого контроля, средней степенью выраженности теплых чувств, малой заинтересованностью.

Для определения наличия взаимосвязей между полученными показателями по двум методикам («Подростки о родителях» Е. Шефера и Тест на интернет-зависимость К. Янг) был использован критерий g_s Спирмена ($p \leq 0,05 = 0,66$, $p \leq 0,01 = 0,79$). По результатам статистического анализа установлена статистически значимая умеренная прямая связь между интернет-зависимостью и факторами родительского (материнского) отношения, такими как директивность (0,69) и враждебность (0,70). Обнаружена сильная прямая связь между интернет-зависимостью и фактором автономности (0,90). Показано, что при повышении автономности, враждебности и директивности матери у подростков повышается уровень интернет-зависимости. Выявлена умеренная обратная связь между интернет-зависимостью и фактором позитивный интерес, т.е. при снижении позитивного интереса матери к ребенку у подростков повышается уровень интернет-зависимости.

Таким образом, в результате проведенного анализа взаимосвязи между интернет-зависимостью и отношением с матерью установлено, что существует корреляционная связь между интернет-зависимостью подростков и директивностью, враждебностью, автономностью и позитивным интересом матери.

Список литературы

1. МКБ-11. Глава 6. Психические и поведенческие расстройства и нарушения нейropsychического развития. Статистическая классификация. М.: «КДУ», «Университетская книга», 2021. 432 с.
2. Цыганков Б.Д., Овсянников С.А. Психиатрия. Основы клинической психопатологии: учебник. 3-е изд., стер. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021. 252 с.
3. Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. Психосоциальная аддиктология. Новосибирск: Изд-во «Олсиб», 2001. 251 с.
4. Интернет-зависимое поведение у подростков. Клиника, диагностика, профилактика: пособие для школьных психологов, родителей, педагогов / под общ. ред. В.Л. Малыгина. М.: Изд-во Арсенал образования, 2010. 136 с.
5. Абдуллаева В.К., Сулейманов Ш.Р., Шарипова Ф.К. Влияние семейных взаимоотношений на формирование интернет зависимого поведения у подростков. Человеческий фактор: Социальный психолог. 2021. № 1 (41). С. 140-145.

Роль фигуры отца в формировании отношения к новорожденному в ситуации отягощенного материнства

Золотова И.А.

**ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет» Минздрава России
Ярославль, Россия**

В современных условиях возрастает интерес исследователей к изучению различных аспектов психологии отцовства. Большое значение уделяется роли отца в психическом развитии ребенка, отцовская вовлеченность изучается и на стадии перехода к родительству [1, 2, 3, 4]. Среди зарубежных и отечественных исследований набирает популярность всесторонний анализ отцовской привязанности в пренатальный и постнатальный периоды [5, 6]. Тем не менее дефицитными являются работы, посвященные влиянию роли «фигуры» отца ребенка на формирование отношения к новорожденному у самой женщины.

Цель: изучение субъективных представлений женщины об отношении к ней отца ребенка в ситуации отягощенного материнства.

Термин «отягощенное материнство» определяется нами как субъективный феномен, проявляющийся через категорию отношения к новорожденному и эмоциональное состояние женщины на стадии принятия функций матери в раннем послеродовом периоде в ситуации рождения ребенка с заболеванием.

Гипотеза исследования: субъективное представление об отношении отца ребенка к женщине влияет на формирование отношения матери к новорожденному и её психоэмоциональное состояние в раннем послеродовом периоде в ситуации рождении ребенка с заболеванием.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 126 женщин, которые были переведены вместе с ребенком на лечение в отделение патологии новорожденных на 3-11-й день после родов. Для проверки выдвинутой гипотезы был осуществлен подбор методик: метод полуструктурированного интервью, модифицированная версия теста отношений беременной [1], клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний [7].

Результаты. В ситуации отягощенного материнства субъективное представление об отношении отца ребенка к женщине чаще характеризуется эйфорическим ($U=268$, $p=0,000001$) и тревожным ($U=245,5$, $p=0,007393$) компонентами, в то время как при рождении здорового ребенка у женщин превалирует выраженность оптимального компонента ($U=364$, $p=0,000298$). Нестабильное, чаще тяжелое состояние новорожденного сопровождается фрустрацией женщины по поводу отношения к ней отца ребенка и значимых близких. По данным полуструктурированного интервью, одна часть женщин тревожится по поводу возможной реакции в виде непринятия больного ребенка отцом, заранее обвиняя мужа в недостаточном внимании, неуверенности, страхе. Другая часть женщин, напротив, пребывает в состоянии эйфории и абсолютной уверенности, что отец ребенка возьмет на себя полную ответственность за происходящее, а потому отстраняется от ситуации, транслируя эйфорическое отношение к новорожденному, себе и образу жизни. Данные позиции потенциально не способствуют гармонизации в триаде «мать-отец-дитя» и могут привести к ухудшению отношений с отцом ребенка.

Установлена положительная корреляция между субъективным представлением об отношении отца ребенка, представленного эйфорическим компонентом, и показателями по шкалам истерического типа реагирования и невротической депрессии клинического опросника невротических состояний ($r=0,63$, $p<0,001$). Выявлены устойчивые корреляции между субъективным представлением об отношении отца ребенка к женщине в виде гипогестогнозического компонента и депрессивным отношением к ребенку с заболеванием ($r=0,68$, $p<0,001$). По представлению женщины, низкая заинтересованность со стороны мужа проблемами материнства жены усиливает у неё тревогу за ребенка. Депрессивное отношение к новорожденному коррелирует с высокими значениями по шкале астения ($r=0,39$, $p<0,05$). Актуальное состояние женщины сопровождается напряженным эмоциональным истощением психологических ресурсов. Что является первичным в этой ситуации, депрессивность как симптом асте-

нии или астеничность как симптом депрессии, определить не представляется возможным. Обнаружена связь между отношением к новорожденному и субъективным представлением женщины об отношении к ней отца ребенка в ситуации отягощенного материнства. В ранних исследованиях были представлены результаты о влиянии на формирование материнского отношения к новорожденному отношения отца ребенка [2].

Выводы. В ситуации рождения ребенка с заболеванием женщины эмоционально переживают отношение к ним отца ребенка. Субъективное знание об особенностях отношения коррелирует с отношением к новорожденному. Принятие ситуации рождения ребенка с заболеванием в периоде новорожденности у женщин характеризуется высокими показателями по шкалам истерического типа реагирования, астении, невротической депрессии. Проведенное исследование показало, что субъективное представление об отношении отца ребенка к женщине оказывает влияние на формирование её отношения к новорожденному и психоэмоциональное состояние в раннем послеродовом периоде при рождении ребенка с заболеванием. Субъективное знание об особенностях отношения к женщине со стороны отца ребенка может быть иррациональным. Что подтверждает значимость психологического сопровождения не только женщины, а именно в целом триады «мать-отец-дитя», начиная с раннего послеродового периода.

Список литературы

1. Добряков И.В. Перинатальная психология. 2-е изд. СПб.: Питер, 2015. 347 с.
2. Калина О.Г., Холмогорова А.Б. Роль отца в психическом развитии ребенка. М.: Форум, 2012. 110 с.
3. Золотова И.А. Отношение к новорожденному у женщин группы риска: автореф. дис. ... к.п.н. Кострома, 2013. 22 с.
4. Одинцова О.Ю., Мисиюк Ю.В. Отцовская вовлеченность на этапе перехода к родительству: понятие, структура, динамика. Актуальные проблемы психологии образования: Сб. научных материалов II межрегиональной панельной дискуссии с международным участием для преподавателей ВО и СПО. Выпуск XIII. Ярославль: Ярославский государственный педагогический университет им. К.Д. Ушинского, 2022. С. 168-176.
5. Condon JT, Corkindale CJ, Boyce P, Gamble E. A longitudinal study of father-to-infant attachment: antecedents and correlates. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. 2013, 31:1, 15-30. <https://doi.org/10.1080/02646838.2012.757694>
6. Савеньшева С.С., Савина Е.М. Отношение к ребенку в пренатальный период его развития у мужчин в связи с супружескими отношениями. Проблемы современного педагогического образования. Серия: Педагогика и психология. 2018. № 58 (3). С. 343-346.
7. Яхин К.К., Менделевич Д.М. Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний. Клиническая и медицинская психология: Практическое руководство. М.: МЕДпресс, 1998. С. 545-552.

Субъективное восприятие жизненных проблем потребителей ПАВ на первых этапах формирования ремиссии

Ипатов К.А.

**ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова» Минздрава России
Санкт-Петербург, Россия**

Введение. Экспериментирование с психоактивными веществами (ПАВ), длительность и количество их приема существенно меняют не только модель поведения человека, физическое и социальное благополучие, также изменяется психологическая сфера человека: происходит деформация личности, претерпевают серьезные изменения мотивационно-потребная сфера и система установок, ценностные и смысложизненные ориентации [1, 3], отношение к временному континууму: прошлое расценивается преимущественно негативно, а будущее не связано с определением конкретных целей и видением перспектив [4]. В актуальных переживаниях может доминировать ощущение психологического неблагополучия, которое часто связано с проблемами социально-психологической адаптации и психоэмоциональными нарушениями [2, 5]. В процессе формирования ремиссии в субъективных переживаниях потребителей ПАВ актуализируются вопросы смысла жизни, значимых ценностей, ценностей собственного «Я», остро встают вопросы выбора и решений, свободы и ответственности, отношения с миром.

Цель: изучение субъективного восприятия жизни и жизненных проблем потребителей ПАВ на первых этапах формирования ремиссии.

Материалы и методы. В исследовании 2022–2023 гг. приняли участие пациенты отделения медицинской реабилитации для лиц с наркологическими расстройствами № 1 СПб ГБУЗ «ГНБ». Объем выборки составил 120 пациентов в возрасте от 20 до 57 лет, из них 90 мужчин и 30 женщин, средний возраст $33,36 \pm 7,46$ года, с установленным наркологическим диагнозом по МКБ-10 (F.10.2-F19.2). В группу 1 вошли пациенты, проходящие реабилитацию по собственному желанию, добровольно. В группу 2 вошли пациенты, проходящие реабилитацию по решению суда. Использовались экспериментально-психологические методы: 1) опросник «Временная перспектива» Ф. Зимбардо (адаптация Сырцова А., 2008), 2) методика «Смысложизненные ориентации» (Леонтьев Д.А., 2006), 3) анализ самоотчетов участников групп психотерапевтических интервенций ($n=60$). Математический анализ проводился с помощью статистического пакета SPSS 27.0, применялся критерий нормальности распределения Колмогорова-Смирнова, сравнительный анализ с помощью t -критерия Стьюдента, качественный анализ субъективных оценок по темам групповых занятий.

Результаты. Статистически значимых различий по параметрам временной перспективы в сравниваемых группах обнаружено не было ($x_{\text{срГр1}}=3,28\pm 0,69$, $x_{\text{срГр2}}=3,51\pm 0,81$, $p=0,108$), при этом показатели отличаются от нормативных ($x_{\text{срНорма}}=2,50\pm 0,59$, $p=0,010$). Так, в обеих группах выше нормативных показателей фактор восприятия негативного прошлого, который реализуется в степени неприятия травмирующего собственного прошлого ($x_{\text{срГр1}}=3,40\pm 0,48$, $x_{\text{срГр2}}=3,27\pm 0,60$, $p=0,216$). Степень принятия позитивного прошлого в обеих группах была ниже нормативных показателей ($x_{\text{срГр1}}=3,24\pm 0,64$, $x_{\text{срГр2}}=3,43\pm 0,58$, $p=0,113$, $x_{\text{срНорма}}=3,68\pm 0,57$, $p=0,001$), что может выражаться в недостаточном принятии себя и осмыслении прошлого опыта, приведшего к актуальным последствиям. В обследуемых группах прослеживается ориентация на будущее ($x_{\text{срГр1}}=3,62\pm 0,49$, $x_{\text{срГр2}}=3,70\pm 0,60$, $p=0,429$, $x_{\text{срНорма}}=3,48\pm 0,62$, $p\leq 0,0001$), уменьшение гедонистической ориентации на настоящее ($x_{\text{срГр1}}=3,40\pm 0,48$, $x_{\text{срГр2}}=3,27\pm 0,60$, $p=0,216$, $x_{\text{срНорма}}=3,42\pm 0,56$, $p\leq 0,0001$). Высокие показатели выраженности шкалы «негативное прошлое» ($x_{\text{срГр1}}=2,76\pm 0,66$, $x_{\text{срГр2}}=2,54\pm 0,65$, $p=0,076$, $x_{\text{срНорма}}=2,68\pm 0,61$, $p=0,001$) могут быть обусловлены неприятными воспоминаниями прошлого, в том числе образа жизни, связанного с употреблением ПАВ. Средние показатели шкал, составляющих общую осмысленность жизни по методике СЖО, в обеих группах потребителей ПАВ не различаются и находятся в диапазоне низких значений ($x_{\text{срГр1}}=93,86\pm 15,20$, $x_{\text{срГр2}}=95,17\pm 18,49$, $p=0,681$) в сравнении с нормативными показателями ($x_{\text{срНорма}}=103,10\pm 15,03$, $p=0,001$).

Нами были проведены групповые психотерапевтические интервенции в рамках экзистенциально-гуманистического подхода, в которых приняло участие 60 потребителей ПАВ (из них 27 проходили реабилитацию добровольно, 33 по решению суда). Теоретической основой групповых интервенций послужили экзистенциально-гуманистические принципы и идеи И. Ялома, В. Франкла, Г. Олпорта, С. Мадди, в ракурсе которых потребитель ПАВ рассматривается как человек, который попал в кризисную жизненную ситуацию, когда теряется смысл жизни, а значимые общечеловеческие жизненные ценности становятся недостижимыми, но не утрачивают своей актуальности.

По результатам проведенных групповых интервенций участники заполняли самоотчеты с субъективной оценкой обсуждаемых тем, которые в последующем были систематизированы в 40 наиболее значимых для участников проблем. Анализируя смысловое содержание обсуждаемых проблем, были получены статистически значимые различия в оценках значимости категорий обсуждаемых тем по четырем из них. Так, наиболее высокие оценки получили обсуждаемые проблемы, которые в последующем были определены в смысловую категорию «Свобода и ответственность» ($x_{\text{срГр1}}=4,0\pm 0,82$, $x_{\text{срГр2}}=5$, $p=0,05$).

Для потребителей ПАВ, которые проходили реабилитацию по решению суда, проявляли более высокий интерес к темам, входившим в смысловую категорию «Выбор и решительность» ($x_{\text{срГр1}}=4,40\pm 0,55$, $x_{\text{срГр2}}=5,00$, $p=0,024$). Наблюдались статистически значимые различия между субъективной оценкой обсуждаемых проблем относительно самореализации, наименьшая значимость данной темы выявлена у потребителей ПАВ, проходивших реабилитацию по решению суда ($x_{\text{срГр1}}=4,67\pm 0,52$, $x_{\text{срГр2}}=3,63\pm 1,06$, $p=0,048$).

Заключение. В актуальном психоэмоциональном состоянии потребителей ПАВ наблюдаются фиксация на негативных переживаниях, ощущение психологического неблагополучия, неудовлетворенность прожитой частью жизни, ностальгирование о безвозвратном прошлом и отстраненность от настоящего. Анализ проведения групповой интервенции и самоотчетов показал, что для потребителей ПАВ, проходивших первые этапы терапевтической ремиссии, актуальные переживания связаны с проблемами взаимодействия с миром и социальным окружением, межличностным взаимодействием с членами семьи (привязанность, дружба, любовь), проблемами жизненного выбора и планирования в условиях неопределенности и необходимости принятия решений, размышлениями о смысле и конечности жизни и проблемах одиночества, свободе и ответственности, необходимости поиска новых смыслов в изменяющейся реальности жизни. Полученные результаты можно характеризовать как переживание личностного кризиса, который актуализируется на первых этапах формирования ремиссии и может стать препятствием успешного прохождения реабилитации.

Список литературы

1. Бузина Т.С., Шаталов П.Н. Специфика ценностно-смысловой сферы наркозависимых. Психология и психотехника. 2011. № 7. С. 33-45.
2. Илюк Р.Д., Громыко Д.И. Социально-психологические и клинические факторы мотивации к лечению и отказу от потребления психоактивных веществ у наркологических больных. Диагностика и лечение психических и наркологических расстройств: современные подходы: Сб. методических рекомендаций. СПб., 2018. С. 183-224.
3. Карпова Э.Б., Кипнис А.В., Кузнецова Л.В. Психологические характеристики пациентов с опиоидной зависимостью в период ремиссии: экзистенциальный аспект. Обзорные психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2020. № 2. С. 65-72.
4. Климанова С.Г., Трусова А.В., Березина А.А., Мустафина К.А., Шамаева А.Н., Гвоздецкий А.Н. Особенности субъективного восприятия психологического времени пациентов, проходящих лечение от алкогольной и наркотической зависимостей. Психология. Психофизиология. 2016. Т. 9, № 4. С. 50–63.
5. Рохлина М. Л., Козлов А. А. Наркоманическая личность. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2000. Т. 100, № 7. С. 23-27.

Использование образовательных программ у больных эпилепсией: пути достижения комплаенса в системе «врач-пациент-семья больного»

Казенных Т.В.^{1, 2}, Ли А.В.²

¹ НИИ психического здоровья, ТНИМЦ Российской академии наук

² ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет»

Минздрава России

Томск, Россия

Эпилепсия является актуальнейшей проблемой психиатрии и неврологии. Согласно данным статистики, ею страдают более 60 млн человек во всем мире, а распространенность эпилепсии составляет 6,4 случая на 1 тыс. населения. Опубликованные исследования эпилептологов свидетельствуют, что регулярный прием противоэпилептических препаратов (ПЭП) позволяет 70% больных достичь полной свободы от приступов. Несмотря на потенциальную пользу ПЭП, приверженность к терапии у людей с эпилепсией остается крайне низкой и составляет 29-66% [1]. Несоблюдение предписаний врача приводит к увеличению риска госпитализации и внезапной смерти, влечет за собой снижение качества жизни и работоспособности. Решение проблемы видится в том числе в повышении образовательного уровня больных эпилепсией и членов их семей для установления комплаенса в системе «врач-пациент-семья больного».

Мы проанализировали данные литературы о применении образовательных программ у больных эпилепсией. Ряд исследователей обозначили проблему недостаточного образования людей, страдающих эпилепсией, в сфере их заболевания, показав, что отсутствие достаточных знаний приводит к развитию негативных установок, трудностям в ведении пациентов, увеличению самостигматизации, психосоциальным проблемам, ухудшению качества жизни, что, безусловно, влияет на терапевтический ответ. Повышение информированности больного и общества способствует социальной адаптации, снижению стигматизации и улучшению навыков самоконтроля [2]. Показано улучшение качества жизни и повышение приверженности терапии при применении групповых занятий с пациентами и членами их семей в дистанционном формате [3]. При этом существует потребность в специфичных пациент-ориентированных образовательных программах. Важно, чтобы они были общедоступными, экономически эффективными и могли применяться как в клиниках, так и в домашних условиях.

Наиболее интересной и воспроизводимой нам представляется программа PAUSE, в которой использовалась общедоступная образовательная информация с веб-сайта Фонда эпилепсии. Она предполагает индивидуальные учебные модули с учетом потребностей каждого пациента:

1) эпилепсия как новый диагноз, навыки самоуправления, управление припадками – включает информацию о типах припадков, триггерных факторах и чрезвычайных ситуациях при приступах, 2) воздействие эпилепсии – данные о влиянии болезни на мышление, память, настроение, поведение, сон, о причинах смерти при эпилепсии, 3) управление лечением – информация о препаратах, их фармакологических и побочных эффектах, 4) пребывание в безопасности – сведения о вождении автомобиля, домашней жизни, сне, работе, спорте, 5) совладание и жизнь с эпилепсией, 6) «особый интерес» – информация для женщин и пожилых людей (женщины интересуются влиянием ПЭП на беременность и контрацепцию, пожилые – взаимодействием ПЭП с другими лекарственными средствами). На сайте ПЛАЕ приведены данные по участию пациентов в данных модулях в течение 8-12 недель в удобном для каждого участника режиме. Пациенты могли воспользоваться возможностью видеосвязи и телефонного звонка специалисту, задать вопросы и поделиться переживаниями. Полученные результаты свидетельствуют об улучшении качества жизни, приверженности к ПЭП, отношения больных к влиянию эпилепсии на их жизнь.

Учитывая возможность присоединения психических расстройств, в том числе риска развития депрессии и тревожной симптоматики, у больных эпилепсией очень важна возможность консультации психотерапевта [2, 4, 5]. В настоящее время рассматривается возможность онлайн-обращения к специалисту. При проведении дистанционной когнитивно-поведенческой психотерапии стрессового расстройства в течение 5 онлайн-сессий пациенты могли обратиться к специалисту в сфере психического здоровья по электронной почте или телефону. Результаты показали снижение выраженности депрессии и тревожности на 54%, удовлетворенность жизнью повысилась более чем на 30% [6].

Таким образом, приведенные данные исследований наглядно свидетельствуют об эффективности образовательных программ в повышении комплаенса в системе «врач-пациент-семья больного». Владение информацией о заболевании и возможность социальной адаптации крайне важны для пациентов с эпилепсией и членов их семей. Проведение онлайн-программ позволит более широко охватить всех нуждающихся и получить при необходимости поддержку со стороны специалистов и людей, оказавшихся в аналогичной ситуации. Кампания *Out of the Shadows* (Выйти из тени), которая курируется ВОЗ, Международной и Российской противоэпилептической лигой, Международным бюро по эпилепсии, работает над повышением осведомленности населения об эпилепсии. Безусловно, требуется продолжить данное направление в отношении разработки пациент-ориентированных программ, которые позволят подойти к обучению каждого больного и члена его семьи персонализировано, с учетом поставленных задач и имеющихся проблем.

Список литературы

1. Маслова Н.Н., Литвинова А.А., Юрьева Н.В., Ковалев П.С. Комплаентность в эпилептологии. Как изменить ситуацию к лучшему. Эпилепсия и пароксизмальные состояния. 2021. Т. 13, № 2. С. 157-167. <https://doi.org/10.17749/2077-8333/epi.par.con.2021.059>
2. Громов С.А., Сивакова Н.А., Громова О.А. Моно- и политерапия больных эпилепсией. XX Давиденковские чтения. СПб., 2018. С. 103-104.
3. Карлов В.А. Российская Противозипептическая Лига: ответ на вызов времени. Эпилепсия и пароксизмальные состояния. 2021. Т. 13 (1S). С. 88-890. <https://doi.org/10.17749/2077-8333/epi.par.con.2021.085>
4. Авакян Г.Н., Белоусова Е.Д., Бурд С.Г., Власов П.Н., Ермоленко Н.А., Киссин М.Я., Лебедева А.В., Липатова Л.В., Китева-Тренчевска Г. Проблемы эпилептологии. Ключевые приоритеты, задачи, вызовы и способы их решения. Эпилепсия и пароксизмальные состояния. 2019. Т. 11 (4). С. 395-406. <https://doi.org/10.17749/2077-8333.2019.1t4.395-406>.
5. Казенных Т.В., Бохан Н.А. Психотерапевтическая парадигма в методологии комплексной социально-терапевтической коррекции взаимоотношений в семьях больных эпилепсией: новые возможности системного подхода. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2022. № 2 (115). С. 94-102. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2022-2\(115\)-94-102](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2022-2(115)-94-102)
6. Мелёхин А.И. Дистанционная когнитивно-поведенческая психотерапия стрессового расстройства, связанного с пандемией COVID. Журнал телемедицины и электронного здравоохранения 2020. Т. 6, № 3. С. 3-14. <https://doi.org/10.29188/2542-2413-2020-6-3-3-14>

Роль родительского отношения в эмоциональном состоянии ребенка после кохлеарной имплантации

Казицева В.О.¹, Гуткевич Е.В.^{2, 3}

¹ ФГАОУ ВО «Северо-Восточный федеральный университет им. М.К. Аммосова», Якутск, Россия

² НИИ психического здоровья, ТНИМЦ Российской академии наук

**³ Национальный исследовательский Томский государственный университет
Томск, Россия**

Кохлеарная имплантация является самым эффективным методом по восстановлению слуха у детей с сенсоневральной тугоухостью. На сегодняшний день растет число детей, прошедших кохлеарное протезирование, и повышается число разрабатываемых реабилитационных и психокоррекционных программ, направленных на улучшение адаптации ребенка к слухоречевой среде. Говоря о приобретении ребенком слуха, приближенного к норме, важно отметить, что когнитивное и психоэмоциональное развитие находится на уровне глухого ребенка, который не в состоянии воспринять беспрепятственно все психические изменения.

Эмоциональное состояние ребенка после кохлеарной имплантации является одним из ключевых аспектов в успешности реабилитационного процесса. В работах зарубежных исследователей отмечается, что дети с кохлеарным имплантом проявляют социальную некомпетентность, интенсивнее выражают негативные эмоции, чем положительные [2]. В отечественных работах приводятся случаи отказа от кохлеарного импланта, так как ребенок не может адаптироваться к речевой среде и проявляет отставание в эмоциональной сфере по сравнению с норматипичными сверстниками [1].

Эмоциональное состояние характеризуется как сложная психическая реакция, проявляющаяся в переживаниях различных аспектов жизнедеятельности. Существенную роль в развитии эмоциональной сферы детей играет семья и родительское отношение. В исследовании, включающем 29 подростков с кохлеарным имплантом, выявлено, что чувство одиночества и неустойчивая социально-эмоциональная адаптация связаны с отношением ребенка с родителями [5]. В настоящее время всё большую актуальность приобретает реабилитация по принципу «3-П», которая включает как индивидуальную работу педагога и ребенка, так и взаимодействие в структуре «родитель-ребенок» [3]. Описано положительное влияние включенности родителя в реабилитационный процесс и слухоречевую адаптацию ребенка после кохлеарной имплантации [1].

Цель: изучение роли родительского отношения в эмоциональном состоянии ребенка после кохлеарной имплантации.

Задачи: исследование особенностей эмоциональной сферы детей после кохлеарной имплантации, анализ родительского отношения, выявление взаимосвязи родительского отношения и эмоционального состояния ребенка после кохлеарной имплантации.

Материал и методы. Общую выборку (n=86) исследования составили дети с кохлеарным имплантом (основная группа, n=43) и дети без нарушения анализаторной системы (группа сравнения, n=43) младшего школьного и старшего дошкольного возрастов (6-11 лет), а также 2 группы родителей в количестве 86 человек, из них 43 родителя, имеющих ребенка с кохлеарным имплантом. Психодиагностические методы: тест цветовых отношений М. Люшера в интерпретации Л.Н. Собчик, метод анализа цветовых предпочтений [4], тест-опросник родительского отношения (Варга А.Я., Столин В.В., 1988). Результаты проанализированы с помощью U-критерия Манна-Уитни и корреляционного анализа Пирсона.

На первом этапе исследования определены особенности эмоциональной сферы детей после кохлеарной имплантации в сопоставлении с детьми группы сравнения. В исследуемых группах показатель суммарного отклонения от аутогенной нормы соответствует среднему уровню нервно-психического напряжения. Выявлены значимые различия в проявлениях

тревожности, у детей с кохлеарным имплантом среднее значение соответствует мобилизации психических ресурсов с преобладанием возбуждения нервной системы (симпатического отдела). При помощи вычисления дополнительных коэффициентов установлены различия по следующим показателям: коэффициент дезадаптивности (низкий – в основной группе, средний – в группе сравнения), коэффициент конструктивности поведения (высокий – в группе сравнения, средний – в основной группе), коэффициент волевой напряженности (высокий – в основной группе).

На втором этапе проведено исследование особенностей родительского отношения. Выявлены значимые различия между исследуемыми группами: в группе родителей, имеющих ребенка с кохлеарным имплантом, – высокие показатели по шкалам принятие ребенка, кооперация, сокращение психологической дистанции, эмоциональное восприятие неудач ребенка, проявление авторитарности. Согласно данным анализа по определению корреляции между родительским отношением и эмоциональным состоянием детей после кохлеарной имплантации обнаружены взаимосвязи: 1) между показателем склонности ребенка к тревоге и принятием со стороны родителя (0,315*), т.е. чем выше показатель принятия, тем ниже тревожность ребенка, 2) отрицательная корреляция между показателем конструктивности поведения ребенка и принятием со стороны родителя (-305*), что может говорить о более высоком принятии родителем ребенка с не соответствующим норме поведением, 3) взаимосвязь между показателем «коэффициент избирательности» и отношением к неудачам ребенка (0,428**): чем выше несамостоятельность ребенка, тем более эмоционально родитель относится к его неудачам.

Таким образом, эмоциональное состояние ребенка с кохлеарным имплантом характеризуется мобилизацией психических ресурсов с преобладанием симпатического отдела нервной системы, стремлением проявить волевые качества в преодолении стрессовых ситуаций, неспособностью к сотрудничеству, желанием уйти от реальности. Родительское отношение играет важную роль в эмоциональном состоянии ребенка с кохлеарным имплантом: принятие уникальности и заинтересованность родителя снижает у ребенка уровень тревожности, при этом чем более несамостоятелен ребенок, тем с большей эмоциональной вовлеченностью родитель относится к его неудачам. Данные результаты говорят о высоком значении включенности родителя в реабилитационный процесс ребенка, необходимости не только в стабилизации эмоционального фона ребенка, но и психокоррекции отношений в системе «родитель-ребенок».

Список литературы

1. Королева И.В. Психофизиологический подход к развитию речевых навыков у глухих детей с кохлеарными имплантами. Вестник психофизиологии. 2020. № 3. С. 168-171.

2. Ларина И.П. Современные представления о развитии эмоциональной сферы детей с кохлеарными имплантами в зарубежной науке. Проблемы современного педагогического образования. 2022. № 75-3. С. 309-312.
3. Логинова Д.С. Анализ проблем включения дошкольника, прошедшего «3П-реабилитацию» детей после кохлеарной имплантации, в среду слышащих сверстников. Актуальные вопросы специальной педагогики и психологии. М., 2023. С. 211-212.
4. Сочивко О.И. Системный анализ цветовых предпочтений по Д.В. Сочивко. Ученые записки университета им. П.Ф. Лесгафта. 2022. № 4 (206). С. 584-589. doi: 10.34835/issn.2308-1961.2022.4.p584-589
5. Majorano M, Maes M, Morelli M, Bastianello T, Guerzoni L, Murri A, Cuda D. Socio-emotional adjustment of adolescents with cochlear implants: Loneliness, emotional autonomy, self-concept, and emotional experience at the hospital. J Child Health Care. 2018 Sep;22(3):359-370. doi: 10.1177/1367493518757065. Epub 2018 Feb 5. PMID: 29400078.

Психологические особенности готовности к материнству несовершеннолетних беременных женщин

Калашникова М.Б.

ФГБОУ ВО «Новгородский государственный университет

имени Ярослава Мудрого»

Великий Новгород, Россия

Раннее материнство в современной России до сих пор является значимой проблемой, поскольку большинство несовершеннолетних матерей либо отказываются от своих детей, либо воспитывают их в неблагоприятных условиях, не уделяя им должного внимания и заботы. При этом интеллектуальное развитие ребенка напрямую зависит от качества получаемой им материнской заботы, любви и накопленного опыта эмоциональных, телесных контактов. Вместе с тем «вопрос о готовности женщин к материнству остаётся весьма проблематичным» [1, с. 32]. Под материнством понимается «состояние женщины в период беременности, родов, кормления ребёнка, свойственное матери сознание родственной её связи с детьми» [2, с. 137]. Неготовность принятия материнской роли ведёт к внутреннему конфликту, показателями, которого являются конфликтный и тревожный образ будущего ребёнка, объектное отношение матери к ребёнку, эмоциональное непринятие себя как матери, дискомфортное отношение к собственной материнской позиции» [1, с. 315]. Большинство авторов (Брутман В.И., Винникот Д.В., Минюрова С.А., Филиппова Г.Г., Хамитова И.Ю. и др.), исследующих проблему готовности к материнству, считают, что данный феномен формируется на протяжении всей жизни. На процесс его формирования влияют как биологические, так и социальные факторы. Готовность к материнству имеет ин-

стинктивную основу, выступает как личностное образование, в котором отражается весь предыдущий опыт её взаимоотношений с окружающими (родителями, сверстниками, мужем).

Выделены психологические компоненты гестационной доминанты – ПКГД (оптимальный, гипогестогнозический, эйфорический, тревожный, депрессивный) [3], отражающие особенности основных значимых отношений беременной женщины к будущему ребенку. Психологический ПКГД представляет собой совокупность механизмов психической саморегуляции, включающихся у женщины при возникновении беременности, направленных на её сохранение и создание условий для развития будущего ребенка, формирующих отношение женщины к беременности, её поведенческие стереотипы. Приводятся данные, что при случайной беременности у 68% женщин определяется отклоняющийся от оптимального тип ПКГД [3, с. 83]. Именно у несовершеннолетних будущих матерей беременность чаще является случайной и нежелательной. Ранняя беременность в возрасте 16-18 лет не желательна ввиду медицинского риска для матери и ребёнка и из-за морально-социального климата, отнюдь не благоприятного для молодой матери и её малыша.

Новгородская область – четвертый российский регион, в котором принят закон о запрете склонения женщин к абортam, так же как в Мордовии, Калининградской и Тверской областях. С октября 2023 г. в Новгородской области стартовала программа «Здравствуй, мама!». Данный социальный проект направлен на профилактику абортam и включает новый подход к работе медиков с беременными женщинами, модернизацию женских консультаций, информационное сопровождение женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации. С целью разработки программ по коррекции психологической неготовности к материнству и было проведено наше исследование.

Материал и методы. Объект исследования – беременные (n=20) 14-18 лет, находящиеся на разных сроках беременности. Для диагностики готовности к материнству использовались: 1) тест отношений беременной (Эйдемиллер Э.Г., Добряков И.В., Никольская И.М., 2003), 2) проективный тест «Мой малыш», 3) адаптированный вариант методики изучения родительских установок (Parental Attitude Research Instrument – PARI) (Нещерет Т.В., 1980), 4) опросник отношений ребенка с матерью (Архиреева Т.В., 2002) в соответствии с описанием [4].

Результаты. У большинства (45%) девушек преобладает тревожный тип ПКГД, характеризующийся повышенным уровнем тревожности, неуверенностью в себе и будущем, слезливостью. Реже встречались депрессивный (33%) и гипогестогнозический (22%) типы, оптимальный и эйфорический типы не выявлены. Проективный тест «Мой малыш» позволил сделать вывод, что 48% будущих матерей испытывают страх, связанный

с рождением ребенка и уходом за ним, 13% – обесценивание маленьких детей, 35% – негативные переживания, связанные с ребенком, 4% – положительные эмоции. Эти данные свидетельствуют о неблагоприятном эмоциональном состоянии несовершеннолетних беременных в период ожидания ребенка. Обобщенный показатель уровней готовности к материнству: 84% – низкий, 15% – средний, 1% – высокий. По PARI-опроснику родительских установок в семьях несовершеннолетних беременных преобладают конфликты, зависимость и несамостоятельность матери, излишняя эмоциональная дистанция с ребенком. По опроснику отношений ребенка с матерью отношения беременных с собственной матерью чаще негативные (58% – депривированные, 20% – спутанные, 22% – дезинтегрированные). Соответственно мишенью при разработке тренингов для несовершеннолетних беременных должны стать их отношения с собственной матерью и нормализация детско-родительских отношений. Собственное исследование убедительно показало, что подавляющее большинство несовершеннолетних не готовы стать матерью, и выявило мишени, которые могут быть объектом психотерапии (улучшение детско-родительских отношений, коррекция иерархии ценностей, снижение уровня тревожности, повышение эмпатии и ответственности). Своевременное решение этих задач положительно влияет на течение беременности и родов, способствует формированию материнских функций и «надежного» типа привязанности ребенка к матери и, как следствие, его нормальному развитию и хорошему состоянию здоровья.

Список литературы

1. Филиппова Г.Г. Психология материнства. М.: Владос-Пресс, 2002. 213 с.
2. Ожегов С.И. Словарь русского языка. М.: Русский язык, 1984. 797 с.
3. Добряков И.В. Перинатальная психология. СПб.: Питер, 2010. 230 с.
4. Диагностика здоровья. Психологический практикум / под ред. проф. Г.С. Никифорова. СПб.: Речь, 2007. 950 с.

**Особенности социального поведения в структуре
дизонтогенетических нарушений у детей-сирот
Калинина М.А., Козловская Г.В., Балакирева Е.Е.,
Марголина И.А., Голубева Н.И.
ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»
Москва, Россия**

Актуальность. Как считают большинство современных исследователей-психологов, психиатров – специалистов по раннему возрасту, первый год жизни является сензитивным периодом, а потому особенно важным в жизни ребенка. Взаимодействие с матерью в первые 9-10 месяцев жизни обеспечивает ему наиболее подходящие условия для своевременного

психомоторного развития [1, 3, 5]. Известно, что система «мать-дитя» формируется в процессе активного взаимодействия как со стороны матери, так и ребенка. В то время как при воспитании в условиях сиротства (один из наиболее тяжелых вариантов психической депривации) такая связь обрывается. Несмотря на очевидность тяжелых последствий депривации, отсутствие матери не всеми авторами рассматривается как основной фактор, угрожающий психическому здоровью ребенка [3].

Материалы и методы. Для изучения особенностей становления социальных контактов в условиях сиротства проспективно исследовалась группа детей ($n=30$) в возрасте 1-36 месяцев жизни, воспитывающихся в одном из домов ребенка г. Москвы. Группу сравнения составила когорта детей первого года жизни из общей популяции ($n=25$), обследованных одновременно с основной группой в ЮЗАО г. Москвы. Оценка психического состояния детей проводилась психопатологическим методом и с помощью стандартизованной методики определения уровня психического развития Гном [2]. Развитие социального поведения оценивалось по установлению соответствующих возрасту контактов в системе «мать-дитя» и форме общения с посторонними людьми.

Результаты. У детей-сирот уже в 2-3 месяца жизни не отмечалось потребности устанавливать визуальный контакт со взрослым, участвующим в уходе за ним. Вместе с тем у отдельных детей с 5-6 месяцев возникала потребность в общении с окружающими взрослыми. У большинства детей с 10-11 месяцев потребность в общении приобретала недифференцированный, диффузный характер, одновременно не удавалось выявить прочной эмоциональной связи с кем-либо из воспитателей. В период с 6 месяцев до 2,5 лет у детей-сирот из основной группы задерживалось использование указательного жеста и мимики для привлечения внимания окружающих, отставало развитие экспрессивной речи и её коммуникативной функции. Отмеченные тенденции психического развития носили общий характер для всей группы, без отчетливых индивидуальных различий.

Оценки выполнения заданий по методике Гном у детей-сирот с 3-4 месяцев жизни были отрицательными. В норме, напротив, взаимный контакт ребенка с матерью устанавливался с первых дней после рождения, что совпадает с данными литературы [1, 3]. С возрастом постепенно уменьшалась непосредственная зависимость ребенка от матери. С 10 месяцев, увлекшись игрой, дети могли не замечать отсутствия матери в комнате. С 1,5 лет продолжительность самостоятельной игры достигала 30 минут. Одновременно возрастал интерес к общению с другими детьми, а также с посторонними взрослыми, участвующими в проведении исследования. К 1,5-2 годам появлялось чувство участия, сопереживания по отношению к знакомым детям и родным, постепенно формировался так называемый эмоциональный резонанс.

Показатели, характеризующие по тесту Гном стиль общения у детей, воспитывающихся в семьях, практически всегда оценивались положительно. Отрицательные оценки носили случайный характер и, как правило, были связаны с соматическим или психическим неблагополучием ребенка (фазно-аффективными колебаниями настроения), отмечались лишь в нескольких случаях и только в отдельные месяцы жизни.

Обсуждение. Таким образом, оценка социального поведения по тесту Гном показывает, что в условиях сиротства уже с первых месяцев жизни отмечаются устойчивое нарушение межличностных взаимодействий ребенка с окружающими, отсутствие индивидуальной личностной привязанности к матери. Полученные результаты наглядно демонстрируют нарастающий характер этих нарушений с возрастом, которые лежат в основе формирования искаженного психического самосознания у детей из условий сиротства, как отмечают и некоторые другие авторы [4]. Полученные наблюдения подтверждают отмеченные в литературе значение поддержания адекватных детско-материнских отношений в семье и необходимость как можно более раннего усыновления детей-сирот.

Список литературы

1. Выготский Л.С. Психология развития ребенка. М.: Изд-во Смысл, Изд-во Эксмо, 2004. С.85-90.
2. Козловская Г.В., Калинина М.А., Горюнова А.В. Способ «Гном» определения уровня психического развития детей раннего возраста. Патент RU 2003124474. Оpubл. 10.03.2005. Бю.л № 7. 8 с.
3. Оудсхорн Д.Н. Детская и подростковая психиатрия. Социальная и клиническая психиатрия. Приложение к журналу. М., 1993. 47 с.
4. Chess S, Thomas A. Infant bonding: mystique and reality. *Am J Orthopsychiatry*. 1982 Apr;52(2):213-22. doi: 10.1111/j.1939-0025.1982.tb02683.x. PMID: 7081393.
5. Rutter M. *Maternal Deprivation Reassessed*. 2nd. Midleses: Penguin, 1981.

Связь нарушений пищевого поведения и тревожности у старшеклассников

Карлинская Е.С., Лобанова А.В.

**Московский государственный психолого-педагогический университет
Москва, Россия**

В ряде исследований акцентируется внимание на распространении нарушений пищевого поведения среди подростков [2]. По международным данным, нарушениям пищевого поведения наиболее подвержены лица женского пола, пик заболеваемости приходится на подростковый возраст [4]. Проблема требует внимания и изучения, при этом вопрос о связи нарушений пищевого поведения и тревожности у старшеклассников остается недостаточно исследованным.

Полученные результаты важны в плане сохранении здоровья и психологического благополучия старшеклассников и позволят разработать рекомендации, которые будут полезны для практикующих психологов и других заинтересованных специалистов, работающих с подростками, с целью профилактики развития нарушений пищевого поведения.

Цель: изучение связи нарушений пищевого поведения и тревожности у старшеклассников.

Гипотеза: предположение о том, что существует связь нарушений пищевого поведения и тревожности у старшеклассников.

Материал и методы. Исследование проводилось на базе городских школ Москвы в 2023-2024 гг. В исследовании приняли участие 107 старшеклассников в возрасте от 16 до 18 лет (95 девушек, 12 юношей). Используются теоретические (анализ, обобщение и интерпретация научных данных) и эмпирические методы: 1) тест «отношения к приему пищи» EAT-26 D.M. Garner в адаптации О.А. Скугаревского, С.В. Сивухи (2007), 2) шкала тревоги Спилбергера-Ханина в адаптации Ю.Л. Ханина (1978), 3) шкала тревоги Дж. Тейлора в адаптации Т.А. Немчинова (1966), методы математической обработки данных (критерий Колмогорова-Смирнова, коэффициент ранговой корреляции ρ Спирмена).

В качестве теоретико-методологических основ выступили культурно-историческая теория Л.С. Выготского, концепция формирования личности в онтогенезе Л.И. Божович, концепция социализации личности А.В. Петровского, концепция отношения к приему пищи D.M. Garner, концепции тревожности Ч. Спилбергера и Дж. Тейлора, модель психологического благополучия К. Рифф. Теоретическая и практическая значимость работы заключается в анализе источников, что позволяет расширить и конкретизировать знания о предмете исследования. Полученный эмпирический материал и результаты могут быть полезны для практикующих психологов и других специалистов, работающих с подростками по вопросам профилактики развития нарушений пищевого поведения.

Результаты. С помощью теста пищевых установок (EAT-26) у 11% старшеклассников выявлен суммарный балл выше критического, что позволяет отнести их в группу риска формирования нарушенного пищевого поведения, причём все они девушки. У 62% участников зарегистрирован высокий уровень тревоги по шкале личностной тревожности Спилбергера. У 33% участников выявлен средний уровень тревоги с тенденцией к высокому по шкале тревожности Тейлора, у 42% – высокий уровень, из них у 20% очень высокий, что отражает тенденцию к высокому уровню тревоги более чем у 60% старшеклассников. Согласно исследованиям, современная тревожность возникает на фоне утраты векторов жизненных планов и целей, смятения перед будущим и трансформируется в глубинную тревогу, которая в наименьшей степени может быть преодолена [3].

Возникает психическая нестабильность, личность становится незащищенной при столкновении со стрессорами различных видов, вслед за этим нарастает предрасположенность к невротическим реакциям и психоэмоциональным срывам [1]. Можно предположить, что одной из таких невротических реакций является развитие нарушений пищевого поведения, так как у всех участников исследования с высоким риском формирования нарушений пищевого поведения по шкалам личностной тревожности Спилбергера и тревожности Тейлора зафиксированы высокие баллы. Возможно, нарушения пищевого поведения (переедание, булимия или отказ от еды при анорексии) можно рассматривать как способы совладания с ощущениями неопределенности, растерянности, беспокойства, внутреннего немотивированного страха, враждебности, присущих высокой тревожности.

С целью проведения математической обработки эмпирических данных использовались критерий Колмогорова-Смирнова, позволяющий определить нормативность распределения выборки, и коэффициент корреляции Спирмена, так как нормативность выборки не подтвердилась. Определены коэффициенты корреляции теста отношения к приему пищи ЕАТ-26 и шкалы личностной тревожности Спилбергера ($r=0,350$), корреляции теста ЕАТ-26 и шкалы тревожности Тейлора ($r=0,309$), корреляция статистически значима на уровне 0,01 (двухсторонняя), что соответствует умеренной положительной связи нарушений пищевого поведения и тревожности у старшеклассников.

При этом результаты скрининга показывают, что далеко не все старшеклассники, имеющие тенденцию к высокому уровню тревоги (более 60%) имеют риск формирования нарушенного пищевого поведения (11%). Тем не менее у всех 11% старшеклассников, имеющих риск формирования нарушенного пищевого поведения, по обоим шкалам установлена тенденция к высокому уровню тревоги. Вероятно, остальные 49% старшеклассников с наличием высокой тревожности используют для саморегуляции другие способы совладания. Идеально если это спорт, но нередко это могут быть злоупотребление ПАВ, самоповреждение и др. В данном исследовании выявлено существование умеренной положительной связи нарушений пищевого поведения и тревожности у старшеклассников. Понимание связи описанных в исследовании явлений имеет важное значение для разработки стратегий профилактики развития нарушений пищевого поведения и поддержки социального и психологического благополучия старшеклассников и показывает направления для дальнейших исследований. Для уточнения данных и выявления дополнительных критериев, влияющих на развитие нарушений пищевого поведения у старшеклассников, необходимо провести междисциплинарное исследование на выборках всероссийского масштаба.

Список литературы

1. Мищенко В.И. Изучение тревожности старшеклассников в период подготовки к итоговым экзаменам. Педагогика и психология образования. 2020. № 1. С. 208–218. doi: 10.31862/2500-297X-2020-1-208-218
2. Петрова Л.А., Харарбахова М.А., Тимофеева М.Г. Выявление расстройства пищевого поведения у подростков. Russian Journal of Education and Psychology. 2023. Т. 14, № 1. С. 112-129. doi: 10.12731/2658-4034-2023-14-1-112-129
3. Прихожан А.М. Тревожность у детей и подростков: психофизиологическая природа и возрастная динамика. М.; Воронеж, 2000. 304 с.
4. Hornberger LL, Lane MA; Committee on Adolescence. Identification and management of eating disorders in children and adolescents. Pediatrics. 2021 Jan;147(1):e2020040279. doi: 10.1542/peds.2020-040279. Epub 2020 Dec 21. PMID: 33386343.

Гармонизация личностных адаптационных характеристик ближайшего семейного окружения как фактор повышения психолого-реабилитационного потенциала представителей опасных профессий

Киворкова А.Ю., Соловьев А.Г.

ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет»

Минздрава России

Архангельск, Россия

Участившиеся в последние десятилетия и внезапно возникающие на фоне политических, идеологических, религиозных и экономических разногласий вооруженные конфликты, террористические акты требуют от представителей опасных профессий безотлагательного решения проблем, связанных с обеспечением глобальной и региональной безопасности. В этой связи одной из приоритетных задач по повышению результативности служебной деятельности становится формирование морально-психологической устойчивости лиц опасных профессий, выполняющих специальные задачи в экстремальных условиях, в том числе боевых [4]. Негативные последствия влияния экстремальных психотравмирующих факторов высокой интенсивности проецируются на все межличностные, прежде всего внутрисемейные отношения, которые могут способствовать нивелированию последствий травмирующих ситуаций или заострить их [2]. Поток конфликтов способен оказать разрушающее воздействие на семью представителя опасных профессий либо на его карьеру, причем оба сценария негативно сказываются на обеспечении боеспособности [5]. Ближайшее семейное окружение, которое оказывает на человека непосредственное влияние, является центром всех социально-психологических явлений, происходящих с личностью, и оказывает опосредованное влияние на успешность профессиональной самореализации военнослужащего [3].

После выполнения боевых заданий военнослужащие возвращаются к мирной служебной деятельности, своим семьям, родным и близким, при этом социально-психологические последствия перенесённого боевого стресса касаются внутрисемейных отношений участников боевых действий. По сути, семья становится для них неформальным центром социально-психологической реадaptации и реабилитации. В этой ситуации негативные последствия участия в боевых операциях кадрового военнослужащего члены его семьи пытаются предотвратить, нейтрализовать или минимизировать на интуитивном уровне [1]. Нередко ситуация складывается так, что вернувшийся из командировки военнослужащий вместо душевного комфорта и доверительности общения с членами семьи вынужден сам участвовать в оказании им психологической помощи. Это часто приводит к семейному дискомфорту, конфликту, замедлению процесса гармоничного восстановления психического и социального здоровья представителей опасных профессий, нередко к разрыву семейных отношений. Негативные последствия участия супруга в боевых действиях формируют острые и хронические (застревающие) трудные семейные ситуации. При отсутствии своевременных реабилитационных мероприятий и дальнейшего психологического сопровождения члены семьи представителей опасных профессий вместо поддержки способны запустить механизмы взаимной декомпенсации, что актуализирует необходимость своевременного проведения психологической коррекции, направленной на активизацию внутренних резервов и повышение морально-психологической устойчивости.

Одним из современных реабилитационных методов, предназначенных для направленного немедикаментозного изменения индивидуальных психофизиологических и личностных адаптационных характеристик человека, в нужном для реабилитационных целей направлении является биоповеденческая терапия, проводимая с применением современного компьютерного оборудования, оснащенного возможностями адаптивной обратной связи. Аппаратно-программные комплексы с биологической обратной связью (БОС) отображают текущее психоэмоциональное состояние пациента и сочетают в себе методы психофизиологической диагностики, оценивающие индивидуальные способности к оптимальному функционированию в условиях стрессового фактора, с коррекционными процедурами, повышающими навыки саморегуляции. Использование БОС позволяет объективно фиксировать динамические изменения физиологических реакций, количественно оценивать поведенческие стратегии испытуемых на протяжении всего тренинга, а однократный сеанс биоуправления можно применять как тест для определения адаптивных возможностей человека.

Цель: выявление эффективности применения метода адаптивного биоуправления и арттерапевтических техник в психологической реабилитации членов семей представителей опасных профессий.

Материалы и методы. Обследованы жены ($n=47$) представителей опасных профессий в возрасте от 19 до 56 лет (средний возраст $29,3\pm 4,7$ года). Все они обратились за помощью в кабинет медико-психологической реабилитации с жалобами на нарушения семейных отношений. Со слов пациенток, все пребывали под негативным воздействием различных социальных психотравмирующих факторов, не имели в анамнезе опыта саморегуляции. В качестве инструментария повышения адаптационных резервов у членов семей военнослужащих был использован АПК «БОС-ПУЛЬС» с модулем «ПУЛЬС» с игровыми сюжетами. Также в исследование были включены дети ($n=127$) 10-16 лет, профессиональная деятельность отцов которых была связана с пребыванием в различных экстремальных ситуациях. Обследование проводилось по инициативе матерей, на момент первичной консультации предъявлявших жалобы на эпизоды агрессивных реакций у детей, проявляющихся в форме вербальной агрессии в криках, угрозах, оговорах, чередующихся с выраженным утомлением на фоне увеличения учебной нагрузки, все дети характеризовались признаками школьной и социальной дезадаптации.

Результаты, обсуждение. Испытуемые прошли курс биоповеденческой терапии с использованием в игровом формате лечебно-оздоровительной игры «Вира!», являющейся психофизиологической моделью стрессовой ситуации. Реабилитационный курс включал 8-10 сеансов по подводному погружению, скорость играющего была обратно пропорциональна пульсу, состоял из 7-15 попыток с суммарной продолжительностью 20-30 минут. Прохождение биоповеденческой терапии членами семей лиц опасных профессий способствовало положительным изменениям в психофизиологическом состоянии. В процессе овладения навыками саморегуляции эмоционального состояния удалось сформировать новую модель поведения, расширяющую представление о способах, ориентированных на достижение гармонизации отображаемых на экране психофизиологических показателей. Коррекционные тренинги с применением технологии биоуправления способствовали гармонизация личностных адаптационных характеристик, формированию и закреплению у жен представителей опасных профессий условно-рефлекторного навыка саморегуляции, направленного на получение необходимого сигнала обратной связи и корректирующего поведенческого стереотипа, способствующего активизации резервных возможностей организма. Выработанные эффективные поведенческие стратегии саморегуляции содействовали в обучении продуктивным техникам противодействия стрессорам, связанным со спецификой профессиональной деятельности мужей и, соответственно, с семейным микроклиматом. С детьми представителей опасных профессий применялись арттерапевтические техники, не только в процессе коррекционной работе, но и на диагностическом этапе.

Специфические особенности членов семей представителей опасных профессий отличаются слабыми навыками выражения эмоций, энергия эмоций трудно трансформируется, особенно у подростков. Вместо того чтобы быть выраженной вовне, психическая энергия уходит внутрь и на фоне проблем в семейной системе вызывает девиации в поведении. Арттерапия позволяет ребенку разрешить внутренние конфликты, не держать в себе, а свободно выразить свои скрытые чувства при восприятии объективной действительности, проявить их и при этом не разрушить ни себя, ни окружающий его мир, научиться слышать, чувствовать и выражать себя, управлять своим поведением. Благодаря самовыражению через творчество возникало и укоренялось чувство аутоидентичности, развивались рефлексия и эмпатические способности личности. Проективные диагностические методики просты при выполнении, интересны и предотвращали активное сопротивление у подростков, которые вызывают вербальные тесты и некоторые другие методы коррекционной работы. Арттерапия являлась средством свободного самовыражения и самопознания, её использование предполагало атмосферу доверия, психологического комфорта, высокой терпимости, внимания к внутреннему миру подростка. Потенциал коррекционных методик в работе с подростками из семей представителей опасных профессий заключался в возможности выразить в художественной форме положительные и отрицательные эмоции, решить внутренние конфликты, повысить стрессоустойчивость, снизить уровень напряжения, тревожности и агрессии, получить возможность самовыражения в изобразительной деятельности, обрести уверенность в себе и тем самым усилить ощущение собственной значимости как личности.

Список литературы

1. Богатов В.В. Социально-психологические последствия жертв военных конфликтов. Российский социально-гуманитарный журнал. 2015. № 2. С. 1-8. <https://doi.org/10.18384/2224-0209-2015-2-1000>
2. Генгер М.А. Результаты исследования психологических особенностей детско-родительских отношений в семьях военнослужащих, участвовавших в боевых действиях. Проблемы безопасности. 2012. № 4 (18). С. 13-14.
3. Киворкова А.Ю., Соловьев А.Г. Медико-психологическая реабилитация жен военнослужащих в условиях внутрисемейной стрессовой ситуации. Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. 2016. № 2. С. 109-115.
4. Старостин О.А., Соловьев А.Г., Барачевский Ю.Е., Мусаев Р.Б. Коррекция нарушений психофизиологических функций у специалистов опасных профессий путем сочетанного использования разномодальных физических факторов. Экология человека. 2012. № 5. С. 36-40.
5. Туринцева Е.А. Особенности семьи военнослужащего и проблема обеспечения боеготовности Вооруженных Сил. Власть. 2011. № 5. С. 128-130.

Нарушения когнитивного функционирования при алкогольной зависимости у женщин разной этнической принадлежности

Кисель Н.И.¹, Белокрылов И.И.¹, Мандель А.И.¹, Шушпанова Т.В.¹, Биче-оол У.К.², Эрдыниева Л.С.³, Хомушку С.А.²

¹ НИИ психического здоровья, ТНИМЦ Российской академии наук
Томск, Россия

² ГУЗ «Республиканский наркологический диспансер»

³ ГБУ «НИИ медико-социальных проблем и управления РТ»
Кызыл, Республика Тыва, Россия

Введение. Уровень заболеваемости алкоголизмом женской популяции из года в год демонстрирует стабильно высокие показатели [1]. Транскультуральные исследования позволяют проводить сравнительное изучение динамики заболеваемости и болезненности населения, эффективности используемых профилактических и реабилитационных мероприятий в зависимости от демографических, этнических, биологических особенностей, национальных и семейных традиций [2, 3]. Перманентная алкогольная интоксикация приводит к усилению патологического влечения к алкоголю и нарушениям познавательной сферы у больных алкоголизмом [4, 5].

Цель: изучение особенностей формирования алкогольной зависимости и нарушений когнитивного функционирования у женщин тувинской и русской этнической принадлежности.

Материалы и методы. Проведено клиническо-психопатологическое и психологическое обследование 144 женщин с алкогольной зависимостью. В основную группу вошли 78 женщин тувинской этнической принадлежности со второй стадией алкогольной зависимости (F10.2), проходивших лечение в ГБУЗ «Республиканский наркологический диспансер» Республики Тыва. В группу сравнения вошли 66 женщин русской этнической принадлежности со второй стадией алкогольной зависимости, проходивших лечение в клинике НИИ психического здоровья ТНИМЦ (F10.2). Сравнимые группы обследуемых были сопоставимы по оцениваемым признакам и не имели статистически значимых различий по возрасту и социально-демографическим характеристикам. Так, возраст на момент обследования у русских женщин составлял 41,7±9,0 года, у твинок – 41,6±9,9 года. В полноценных семьях воспитывались 79,5% русских и 60,2% твинок. Имели среднее специальное образование 50,0% твинок и 58,4% русских. Профессиональный статус на момент обследования не определялся или женщины была заняты неквалифицированным трудом в 85,9% случаев в группе тувинских женщин и в 74,1% случаев в группе русских женщин. Находились в официальном браке 33,3% твинок и 31,9% русских ($p>0,05$).

В работе использовались клинико-психопатологический, психологический, математико-статистический методы. Для установления клинико-динамических параметров алкогольной зависимости и определения социально-демографических характеристик больных алкоголизмом использовалась карта стандартизованного описания обследуемого по теме НИР «Этнокультуральные особенности наркологических расстройств».

Для изучения когнитивного функционирования использовались метод пиктограмм и методика «10 слов». Метод пиктограмм (Лурия А.Р., 1962, Рубинштейн С.Я., 1970) применялся для исследования ассоциативного мышления и опосредованной памяти. Методика «10 слов» использовалась для оценки рабочей памяти.

Результаты. Сравнительный анализ среднего возраста начала систематического употребления алкоголя в рассматриваемых группах выявил, что русские женщины начинали статистически значимо ($p < 0,05$) раньше систематически принимать алкогольные напитки, чем тувинки: $23,9 \pm 3,9$ года и $26,2 \pm 4,5$ года соответственно. Возраст формирования алкогольного абстинентного синдрома у обследованных женщин составлял в среднем 34 года ($34,4 \pm 7,1$ года – у русских, $34,1 \pm 6,7$ года – у тувинков).

Алкогольные психозы в клинической картине алкогольной зависимости у обследованных тувинских женщин встречались статически значимо чаще, чем среди русских женщин (38,6% и 6,0% соответственно, $p < 0,05$). Возраст формирования психотических форм алкоголизма в рассматриваемых группах женщин имел статистически значимые различия ($p < 0,05$): в тувинской выборке был ниже и в среднем составлял $39,9 \pm 9,5$ года (через 5-6 лет формирования синдрома отмены), в русской – $49,1 \pm 4,2$ года (через 14-15 лет формирования синдрома отмены). Анализ случаев рецидивирования психотических форм в клинической картине алкогольной зависимости у обследованных женщин выявил следующие особенности. У женщин тувинской этнической принадлежности неоднократные алкогольные психозы в анамнезе (от 2 до 9) встречались чаще (16,7% случаев) по сравнению с русскими женщинами (1,2% случаев). Алкогольные психозы у родственников первой линии родства были более характерны для женщин из тувинских семей по сравнению с русскими (11,5% и 9,6% случаев соответственно). Как правило, частым мотивом обращения за наркологической помощью более чем у половины русских женщин (57,8%) были конфликтные отношения в семье, у тувинков семейные разногласия встречались реже (28,2%). В тувинской выборке причиной обращения за наркологической помощью практически у трети женщин (32%) являлось либо ухудшение соматического здоровья, либо лечение в порядке скорой помощи в психиатрическом/наркологическом стационаре по поводу психотических расстройств (29,5%).

Исследование рабочей памяти с помощью методики 10 слов показало, что после каждого предъявления число воспроизведенных слов пациентками тувинской этнической принадлежности было в среднем ниже, чем у русских, после 1-го предъявления русские женщины воспроизвели 6 (5, 7), тувинки – 5 слов (4, 6, $p=0,002$), после 2-го предъявления – 8 (7, 8) и 6 слов (5, 7, $p=0,0004$), после 3-го предъявления – 8 (8, 9) и 7 слов (6, 8, $p=0,002$). По показателям продуктивности запоминания (воспроизведение без повторного прослушивания спустя час после финального предъявления списка слов) не выявлено статистически значимых различий между женщинами обеих групп. Методом пиктограмм установлена более частая встречаемость типической стереотипии (повторение человеческих фигур на разные смысловые понятия) у женщин тувинской этнической принадлежности и статистически значимое различие в количестве изображенных пациентками отдельно человеческих лиц, а не как часть целой человеческой фигуры. Чрезмерная выраженность типической стереотипии (изображение человеческих фигур на 7 и более понятий) характеризует снижение доступного уровня обобщения, однообразии ассоциативных связей и выступает одним из признаков, указывающих на наличие органического поражения головного мозга [4]. В нашем исследовании чрезмерная типическая стереотипия встречалась в пиктограммах у 50% тувинок и 30,4% русских без алкогольных психозов в анамнезе и у 72,4% тувинок и 66% русских среди перенесших алкогольные психозы.

Заключение. В результате проведенного исследования выявлено, что алкогольные психозы в семьях и у родственников первой линии родства встречались в основном у тувинок, у 16,7% из них психозы имели тенденцию к рецидивированию. Усиление стереотипизирующей установки чаще встречалось в пиктограммах пациенток, перенесших алкогольные психозы, что было характерно для обеих этнических групп – у 72,41% тувинских и 66% русских женщин. У женщин тувинской этнической принадлежности формирование алкогольной зависимости (от появления первых признаков до развития абстинентного синдрома) происходит прогрессивнее, для них характерна высокая распространенность психотических форм алкоголизма, формирующихся через 5-6 лет зависимого употребления алкоголя в отличие от русских женщин, у которых первый алкогольный психоз развивается через 14-15 лет алкогольной зависимости.

Список литературы

1. Женщины и мужчины России. 2020: Статистический сборник. Росстат. М., 2020. 239 с.
2. Мандель А.И., Бохан Н.А., Попова Н.П., Шушпанова Т.В., Кисель Н.И. Наркологическая ситуация в арктических и северных районах республики Саха (Якутия), среди населения Республики Тыва и коренного населения Сибири. Интердисциплинарный подход к коморбидности психических рас-

- стройств на пути к интегративному лечению: сборник тезисов / под общ. ред. Н.Г. Незнанова. СПб., 2021. С. 1135-1136.
3. Peshkovskaya A., Bokhan N., Mandel A., Badyrgy I. Alcohol use and resilience among the indigenous Tuvinians of Siberia. In: Indigenous Knowledge and Mental Health. D. Danto, M. Zangeneh (eds). Springer, Cham, 2022:169-180. doi: 10.1007/978-3-030-71346-1_10
 4. Пешковская А.Г., Мандель А.И., Иванова С.А., Прокопьева В.Д. Влияние алкоголизма на когнитивные функции у представителей коренного населения Сибири. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2016. № 4 (93). С. 105-110.
 5. Никифоров И.И., Ракитин М.М., Меркин А.Г., Аронов П.В., Костюк Г.П., Савельев Д.В., Исаев Р.Н., Казанцев А.В., Приятель В.А., Никифоров И.А. Неврологические осложнения алкоголизма. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2017. Т. 9, № 4. С. 95-100.

**Социальная перцепция при нарушениях мышления
у подростков с заболеваниями шизофренического спектра
Коваль-Зайцев А.А., Иванов М.В., Балакирева Е.Е., Шушпанова О.В.,
Никитина С.Г., Блинова Т.Е., Куликов А.В., Шалина Н.С.
ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»
Москва, Россия**

Актуальность. Ряд исследователей отмечают существенную роль мышления в механизмах социальной перцепции в условиях нормативного и дизонтогенетического развития [1, 4]. В ФГБНУ НЦПЗ проводились исследования по оценке выраженности когнитивного дефицита, дефицитарности эмоций и направленности на социальные признаки у больных с различной выраженностью шизофренического дефекта [3]. Изучение механизмов социальной перцепции в контексте её взаимосвязи с нарушениями мышления представляется актуальным с целью выявления возможных комплексных дефицитов мышления и социальной перцепции [2], что позволит более эффективно проводить общую оценку функционального состояния пациента, разрабатывать индивидуализированные личностно-ориентированные реабилитационные маршруты при расстройствах шизофренического спектра у подростков.

Цель. Выявление специфики социальной перцепции при нарушениях мышления у подростков с заболеваниями шизофренического спектра.

Материал/пациенты и методы. В отделе детской психиатрии ФГБНУ НЦПЗ обследованы находящиеся на стационарном лечении подростки (n=117), из них 49 девочек и 68 мальчиков, в возрасте от 12 до 16 лет (средний возраст 13,75 года) с диагнозами по МКБ-10: F20.3 Недифференцированная шизофрения, F20.8 Другой тип шизофрении, F21.3 Псевдоневротическая (неврозоподобная) шизофрения, F21.4 Псевдопсихопатическая

тическая (психопатоподобная) шизофрения. Для сравнения использовались данные нормативной базы данных, включающей результаты обследования здоровых сверстников (n=109), в том числе 42 девочки и 67 мальчиков, в возрасте от 12 до 16 лет (средний возраст 13,5 года). Пациенты обследованы с помощью клинико-психопатологического и экспериментально-психологического методов, проводился качественный анализ результатов с использованием количественной балльной оценки.

Результаты. Выделено четыре качественно отличающихся друг от друга специфических интегративных профиля в рамках когнитивного и социально-перцептивного дизонтогенеза. Профили соотнесены с диагнозом пациента (чем выше балл, тем интенсивнее проявления дефицитарности в мышлении и нарушение социально-перцептивных установок). I группа: пациенты с диагнозами F21.4 (n=19) и F21.3 (n=22), суммарный балл показателей дефицитарности в сферах мышление и социальная перцепция – 9,2. II группа: пациенты с диагнозами F21.3 (n=20), F20.3 (n=9) и F21.4 (n=4), суммарный балл – 10,3. III группа: пациенты с диагнозами F20.3 (n=21) и F20.8 (n=3), суммарный балл – 14,5. IV группа: пациенты с диагнозом F20.8 (n=19). Суммарный балл показателей дефицитарности – 20,7. Наблюдается нарушение социальной перцепции в зависимости от тяжести симптомов – от наименее выраженных нарушений в I группе до наиболее выраженных в IV группе. Наиболее выраженное снижение эмпатии отмечается в I, II и IV группах, пациентам IV группы зачастую не всегда был понятен смысл задаваемого вопроса.

Выводы. По материалам исследования представлено своеобразие развития социальной перцепции и проявлений дефицитарности для больных с разными нозологиями. Исследование явилось продолжением направления по изучению проявлений дизонтогенеза у детей и подростков с эндогенной психической патологией, разрабатываемого в отделе детской психиатрии ФГБНУ НЦПЗ.

Список литературы

1. Белякова М.Ю., Булыгина В.Г. Особенности нарушений мышления, социальной перцепции и саморегуляции у больных шизофренией с криминальным анамнезом. Психология и право. 2020. Т. 10, № 4. С. 139-151. doi:10.17759/psylaw.2020100410
2. Коваль-Зайцев АА. Социальная перцепция в контексте видов когнитивного дизонтогенеза у детей с расстройствами аутистического спектра. Дети. Общество. Будущее: сборник научных статей по материалам III Конгресса «Психическое здоровье человека XXI века». Т. 1. М.: Изд-во «КноРус», 2020. С. 251-253.
3. Критская В.П., Мелешко Т.К. Патопсихология шизофрении. М.: Институт психологии РАН, 2015. 392 с.
4. Рычкова О.В. Методы коррекции нарушений социального познания при шизофрении. Современная терапия психических расстройств. 2014. № 4. С. 25-31.

Индивидуально-психологические особенности подростков, склонных к аддиктивному поведению

Кожевникова Т.А.¹, Костарев В.В.²

¹ФГБОУ ВО «Красноярский государственный педагогический университет им. В.П. Астафьева»

²ФГБОУ ВО «Красноярский государственный аграрный университет» Красноярск, Россия

Актуальность. Аддиктивное поведение – это форма деструктивного поведения, характеризующегося стремлением к обособлению, отстранением от внешнего мира вследствие изменения психологического состояния посредством приема психоактивных веществ, вызывающих появление сильных эмоциональных состояний. Прием ПАВ захватывает человека и, что особенно опасно, начинает управлять его жизненным пространством [1, 3]. Процесс перехода аддиктивного поведения в заболевание возможен под влиянием социального окружения, индивидуально-психологических факторов и непосредственно физиологии человека. Прием подростками ПАВ может быть реакцией на сложную жизненную ситуацию в семье, непонимание в школе, институте либо проявлением возрастной особенности как крайнего проявления эмансипации, либо вариантом поискового поведения, но чаще является проявлением декомпенсации акцентуаций характера [8]. Научные исследования в психологии отмечают взаимосвязь ригидности и нарушений адаптации [2]. Особенно ярко это проявляется во время кризисных жизненных ситуаций, когда при наличии высокого уровня актуальной ригидности могут возникать нарушения психологических функций, требующие сознательного контроля и направленности мышления. При этом у подростка существуют трудности в распределении и переключении внимания [5]. В настоящем исследовании делается акцент на взаимосвязь психической ригидности и аддиктивного поведения подростка. Причиной ригидности, проявляющейся в поведении, могут быть негативные психические состояния в форме психоэмоционального напряжения, тревоги, страхов, фрустрации [3, 4]. Результаты анализа психофизиологических составляющих темперамента показали, что ригидность зависит от свойств нервной системы (НС). Установлен высокий уровень взаимосвязи ригидности с инертностью нервных процессов и силой НС [7, 9].

Цель: установление взаимосвязи между ригидностью и склонностью к аддиктивному поведению у подростков.

Материалы. В исследовании принимали участие две группы подростков. Первая группа (контрольная) – подростки (n=32), не употребляющие ПАВ, средний возраст 18±3,5 года. Вторая группа (основная) – подростки (n=37), употребляющие электронные сигареты, средний возраст 17,8±5,3 года.

Методы. В работе использовался Томский опросник ригидности Залевского (ТОРЗ) [6] как психологический инструмент, нацеленный на комплексную диагностику психической ригидности и оценивающий личностные особенности подростка, формирующие успешность или неуспешность функционирования его НС в социальной среде.

Результаты. В основной группе подростков отмечалось увеличение значений по шкалам: общая ригидность – $120,78 \pm 9,43, 1\%$, актуальная ригидность – $40,7 \pm 4,43$, сенситивная ригидность – $49,52 \pm 4,15\%$, установочная ригидность – $36,75 \pm 3,12\%$, ригидность как состояние – $18,5 \pm 1,83\%$, преморбидная ригидность – $52,8 \pm 3,51\%$. В таблице 1 представлено наличие высоких значений шкал в основной группе относительно контрольной.

Т а б л и ц а . Варианты проявления ригидности в группах подростков

Показатель по шкале ТОРЗ, баллы	1-я группа контрольная (n=32)	2-я группа основная (n=37)
Шкала общей ригидности	$63,4 \pm 7,1$	$120,78 \pm 9,48^{***}$
Шкала актуальной ригидности	$24,3 \pm 6,51$	$40,7 \pm 4,43^*$
Шкала сенситивной ригидности	$29,8 \pm 2,6$	$49,59 \pm 4,15^{**}$
Шкала установочной ригидности	$21,5 \pm 4,2$	$36,75 \pm 3,12^*$
Шкала ригидности как состояния	$9,1 \pm 3,3$	$18,5 \pm 1,83^{***}$
Шкала преморбидной ригидности	$32,4 \pm 5,3$	$52,8 \pm 3,51^{**}$

Примечание. Статистическая значимость различий: * – $p < 0,05$, ** – $p < 0,01$, *** – $p < 0,001$.

Подростки основной группы по своим личностным особенностям психики склонны к широкому спектру фиксированных форм поведения: навязчивости, стереотипам, упрямству, педантизму и собственно ригидности. В кризисных ситуациях проявления ригидности не поддаются коррекции, при этом у подростков с таким профилем ригидности ведущими негативными эмоциями являются избыточная тревога, страхи, фиксация на негативных эмоциональных переживаниях.

Закключение. У подростков основной группы по методике ТОРЗ установлены более высокие уровни психической ригидности, чем в контрольной группе, что указывает на невозможность подростка самостоятельно разрешать сложные жизненные ситуации. Эмоциональное напряжение, дискомфорт в стрессовых жизненных ситуациях, трудности осознания мотивов поведения, дальнейшее утяжеление психического состояния усиливают когнитивную психическую ригидность. Появляется замкнутый круг, из которого подростку выйти очень сложно. Увеличение параметров актуальной, сенситивной и установочной ригидности у подростков основной группы может рассматриваться как предиктор, актуализирующий кризисную насыщенность переживаний и способствующий развитию аддиктивного поведения.

Список литературы

1. Аддиктивное поведение в юношеском возрасте [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://wiki.uspi.ru/index.php/>
2. Галяутдинова С.И., Ахмадеева Е.В. К проблеме понимания аддикции и зависимости отечественными и зарубежными исследователями. Вестник Башкирского университета. 2013. Т. 18, № 1. С. 232-235.
3. Гоголева А.В. Аддиктивное поведение и его профилактика: учебно-методическое пособие. 2-е изд. М.: Московский психолого-социальный институт; Воронеж: МОДЭК, 2003. 240 с.
4. Егоров А.Ю., Голенков А.В. Поведенческие аддикции. Вестник Чувашияского университета. 2005. № 2. С. 56-69.
5. Залевский Г.В. Психическая ригидность в норме и патологии. Томск: Изд-во Том. ун-та, 1993. 272 с.
6. Залевский Г.В. Томский опросник ригидности (ТОРЗ). Сибирский психологический журнал. 2000. Вып. 12. С. 129-137.
7. Социальная психология: учебное-методическое пособие. Красноярск, 2023. 176 с.
8. Regard M. Cognitive rigidity and flexibility [microform]: a neuropsychological study. Thesis (Ph.D.). University of Victoria, 1981:394.
9. Семке В.Я. Психогении современного общества. Томск: Изд-во Том. ун-та, 2003. 600 с.

Проблемы реабилитации агрессивного поведения у подростков с синдромом дефицита внимания и гиперактивности Кожевникова Т.А.¹, Костарев В.В.², Дьяконова Н.А.¹

¹ ФГБОУ ВО «Красноярский государственный педагогический университет им. В.П. Астафьева»

**² ФГБОУ ВО «Красноярский государственный аграрный университет»
Красноярск, Россия**

Введение. Проблема агрессивного поведения в последнее время стала едва ли не самой значимой в психологии развития, это объясняется ростом агрессии и насилия среди населения в целом и у подростков в частности [1]. В подростковом возрасте на развитие личности влияют три основных фактора: семейный, социальный и фактор внеурочной деятельности. Семья может выступать в качестве положительного либо отрицательного фактора воспитания. Положительное воздействие на личность ребенка состоит в том, что никто не относится к ребенку лучше, не любит его так преданно, не заботится столько о нём и не помогает, как члены семьи. В то же время семья может таить в себе определенные сложности. При отсутствии поддержки со стороны окружающих подросток замыкается в себе, резко прекращает общение со сверстниками, его эмоциональный спектр значительно ограничивается, что приводит к расстройствам эмоциональной сферы [4, 5].

В МКБ-10 СДВГ рассматривается в разделе «Эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте» в подразделе «Нарушение активности и внимания» (F90.0) и «Гиперкинетическое расстройство поведения» (F90.1). Изучение особенностей агрессивного поведения подростков с СДВГ имеет важное значение для дальнейшего поиска путей и средств коррекции этих нарушений поведения.

Цель: изучение особенностей агрессивного поведения у подростков с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью и обоснование рекомендаций по психокоррекционной работе с ними.

Материалы и методы. База исследования – МАОУ «Средняя школа № 27 им. военнослужащего Федеральной службы РФ А.Б. Ступникова». В исследовании с письменного согласия родителей участвовали учащиеся (n=86) 10-11-х классов. Все были обследованы клиническим психологом. Из них отобраны 44 подростка с симптомами СДВГ, которые были распределены на 2 группы: 1-я группа – мальчики (n=21), 2-я группа – девочки (n=23). Средний возраст обследуемых составил 17,8±3,6 года. В исследование были включены: опросник А. Ассингера (3), позволяющий выявить агрессивность личности в отношениях, опросник Басса-Дарки, определяющий виды агрессивного поведения и степень их выраженности [2, 3].

Результаты. Исследование выраженности агрессивного поведения по опроснику А. Ассингера у мальчиков показало: высокая степень проявления агрессии (51,4±8,7 балла) – у 47,2±5,5%, умеренная (38,1±4,6 балла) – у 38,1±6,3%, низкая (31,8±3,7 балла) – у 14,7±4,1%, т.е. более чем у половины мальчиков с симптомами СДВГ отмечалась агрессивность со вспышками гнева, что в целом по группе составило 85,2±5,1%. В соответствии с оценкой степени агрессии в группе девочек выявлены следующие показатели: высокая (48,6±6,5 балла) – у 39,4±2,8%, умеренная (38,3±2,9 балла) – у 34,7±1,4%, низкая (34,4±5,2 балла) – у 27,2±5,1%.

Т а б л и ц а. Выраженность агрессии в группах мальчиков и девочек с синдромом СДВГ по опроснику Басса-Дарки

Показатель агрессии, баллы	Группа мальчиков (n=21)	Группа девочек (n=23)
Физическая агрессия	8,9±0,92**	7,2±0,24
Косвенная агрессия	7,1±0,51*	7,8±0,32
Раздражительность	6,2±0,33*	6,9±0,57
Негативизм	4,8±0,17*	4,2±0,11
Обида	5,1±0,28	4,9±0,23
Подозрительность	7,2±0,63*	5,3±0,21
Вербальная агрессия	9,5±0,44*	11,7±0,98
Чувство вины	6,8±0,19*	7,5±0,43

П р и м е ч а н и е. Статистическая значимость различий: * – p<0,05, ** – p<0,01.

Анализ с помощью опросника Басса-Дарки позволил установить статистически значимые гендерные различия показателей проявления агрессивности у мальчиков и девочек: у девочек – более высокие уровни агрессивных проявлений по шкалам вербальная агрессия, чувство вины, раздражение, косвенная агрессия, у мальчиков – более высокие уровни физической агрессии, негативизма, подозрительности. Полученные данные свидетельствуют о том, что подростки склонны к проявлению всех видов агрессии. Среди подростков с СДВГ преобладают такие формы агрессии, как физическая, косвенная, вербальная агрессия, обида, негативизм. На основе полученных результатов установлено, что при СДВГ у подростков изменено формирование коммуникативных навыков, имеется склонность к проявлению разных видов агрессии (физической, косвенной, вербальной).

С целью коррекции агрессивного поведения у подростков с СДВГ была разработана и проведена программа психолого-педагогической коррекции. Она включала пять этапов: предварительный (запрос, работа с учителями и родителями), диагностический (работа с подростками, тестирование, разработка программы занятий), этап групповой психокоррекционной работы, повторное тестирование, консультативно-методическая работа.

В соответствии с результатами исследования, включавшего комплекс психокоррекционной программы «Мозаика здоровья» в течение 2 месяцев, у подростков-мальчиков статистически значимо снизились уровни физической, вербальной и косвенной агрессии, раздражительность. У девочек-подростков статистически значимо уменьшились показатели раздражительности, физической и косвенной агрессии, чувства вины и подозрительности. В ответ на проведенную психокоррекцию зарегистрировано повышение уровней физической и косвенной агрессии, раздражительности, негативизма, обиды, подозрительности и чувства вины. Сравнительный анализ воздействия психокоррекционной программы на подростков с СДВГ показал более выраженную положительную динамику в группе девочек, особенно по шкалам физическая и косвенная агрессия, негативизм, подозрительность. Таким образом, девочки-подростки с большей эффективностью по сравнению с мальчиками подвержены влиянию психокоррекционных мероприятий.

По результатам наблюдения и осмотра психологом после участия в программе психокоррекции «Мозаика радости» подростки с СДВГ стали более позитивно воспринимать себя и окружающих, приобрели навыки эффективного сотрудничества с родителями, одноклассниками и учителями, адекватного отношения к своим успехам и неудачам, управления своими эмоциями. Проведенная психолого-педагогическая коррекция способствовала снижению агрессивного поведения у подростков с СДВГ. Полученные результаты подтверждают необходимость продолжения дальнейших научных изысканий в области агрессивного поведения у подростков с СДВГ.

Список литературы

1. Аракулов Г. Факторы, влияющие на формирование агрессии у подростков. Современные тенденции инновационного развития науки и образования в глобальном мире. 2022. Т. 1, № 3. С. 106-109.
2. Диагностика состояния агрессии (опросник Басса-Дарки). Диагностика эмоционально нравственного развития / ред. и сост. И.Б. Дерманова. СПб., 2002. С. 80-84.
3. Гребень Н.Ф. Психологические тесты для профессионалов. Минск, 2007. 496 с.
4. Шнейдер Л.Б. Кризисные состояния у детей и подростков: направления работы школьного психолога. Школьный психолог. 2009. № 23. С. 38-44.
5. Ларионов П.М. Социально-психологические факторы, провоцирующие агрессию у подростков. Вестник Балтийского федерального университета им. И. Канта. Серия: Филология, педагогика, психология. 2020. № 3. С. 74-91.

Что мы знаем о факторах психологического благополучия семьи?

Козлов М.Ю.

ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 4 им.

**П.Б. Ганнушкина Департамента здравоохранения города Москвы»
Москва, Россия**

Психологическое благополучие – термин менее определенный, чем психическое здоровье, под ним чаще всего понимают интегральное состояние человека (в данном случае группы), представляющее собой сложную взаимосвязь физических, психологических, культурных и социальных факторов, оно отражает восприятие и оценку уровня самореализации. С этой точки зрения, психическое здоровье является важным фактором, но не единственным, ответственным за формирование ощущения психологического благополучия. В работе психологов и психотерапевтов постановка задачи «достижения психологического благополучия» кажется даже более обоснованной, чем устранение конкретных симптомов или коррекция поведенческих проблем [1]. Каким же образом можно поспособствовать достижению этой цели? Для этого следует определить факторы, обуславливающие состояние психологического благополучия в семье, среди наиболее значимых из них снижение параметра нейротизма, сильно отрицательно коррелирующего с показателями психологического благополучия. Нейротизм – фактор большой пятерки, по сути, охватывающий представления о невротическом развитии личности, преобладании негативного аффекта и специфических личностных и когнитивных дефицитах. Вероятнее всего, именно медико-психологические интервенции могут значительно повысить уровень психологического благополучия за счет психофармакологической и психотерапевтической коррекции.

Этой цели способствуют оптимистический настрой и контроль над происходящими событиями, эффективное управление средовыми факторами, стабилизация самооценки и развитие навыков аффективно-волевой саморегуляции, развитость так называемого эмоционального интеллекта. В то время как сильное стремление к «альтернативным состояниям», «психологический авантюризм», напротив, снижает показатели психологического благополучия. Данные индивидуально-личностные факторы показали значимую корреляцию с показателями психологического благополучия, именно на них имеет смысл направлять психокоррекционные и психообразовательные усилия. Говоря о роли социальных факторов, важно упомянуть о связи трудовой деятельности и семейной жизни, а также о том, что высокая и низкая оплата труда соответствующим образом сказываются на уровне семейного благополучия. Существуют и менее очевидные данные, например о том, что пожилые женщины и молодые мужчины, которые скорректировали график работы, чтобы удовлетворить потребности семьи, имели более высокую самооценку, в то время как пожилые мужчины и женщины среднего и молодого возрастов имели более низкую самооценку, если сокращали оплачиваемую работу, чтобы удовлетворить потребности семьи. В целом позитивное влияние одной сферы на другую предсказывает улучшение благополучия и наоборот. Кроме того, благополучие связано с участием в волонтерской деятельности.

Лонгитюдные исследования показали, что волонтерская работа со временем повышает эвдемоническое, но не гедоническое благополучие, проще говоря, больше смысла и удовлетворения, но не больше удовольствия. Вместе с тем волонтерство смягчает негативное влияние потери долгосрочной роли на ощущение цели в жизни у пожилых людей. Опубликованы данные о пользе религиозной вовлеченности или хотя бы формального участия в религиозной жизни [2]. Что касается значения физического здоровья и его влияния на психологическое благополучие, то за долгие годы накоплен огромный массив данных по различным нозологиям. Каждая болезнь по-своему нарушает тот или иной психологический фактор: социальная изоляция, повышение уровня стресса, неэффективные способы совладания, снижение самооценки и пр., каждый из которых подрывает общий уровень психологического благополучия [3]. Поведение, связанное со здоровьем – прежде всего регулирующие деятельность нервной системы занятия спортом, положительно коррелирует с уровнем психологического благополучия, как и улучшение качества сна, повышающее не столько эвдемоническую (смысловую) сторону благополучия, сколько уровень удовольствия от жизни [4]. Показано, что общность семейных убеждений, взаимопонимание, доверие, эмоциональная близость и сплоченность семьи оказались главными факторами жизнестойкости в период пандемии COVID-19.

Совокупное благополучие складывается не только из индивидуального психологического благополучия членов семьи, но и зависит от их способности поддерживать внутрисемейный климат [5]. Резюмируя, можно сказать, что психическое здоровье и психологическое благополучие как нельзя лучше описывается биопсихосоциальной моделью.

К основным факторам семейного благополучия относятся: 1) лечение психических заболеваний, снижение показателей нейротизма в структуре личности членов семьи, 2) развитие личностных качеств и навыков, таких как оптимизм, чувство контроля, эффективное управление средовыми факторами, стабилизация самооценки, развитие навыков аффективно-волевой саморегуляции, увеличение коэффициента эмоционального интеллекта, 3) повышение удовлетворения от работы, сбалансированное отношение между карьерными успехами и вовлеченностью в жизнь семьи, для разных членов семьи и возрастных периодов пропорции могут быть иными, 4) поощрение занятия волонтерской деятельностью, 5) вовлеченность или формальное участие в жизни религиозной общины при наличии религиозных взглядов, 6) лечение физических заболеваний, так как различные болезни по-разному влияют на отдельные фасы, связанные с психологическим благополучием, необходимо уделять внимание изменениям в восприятии и поведении, сформировавшимся в связи со специфическим влиянием болезни, 7) стимуляция поведения, связанного со здоровьем, прежде всего регулярной физической активности членов семьи, нормализация циркадной ритмики, режима сна-бодрствования, 8) содействие эмоциональной близости и сплоченности семьи, выработка общей системы внутрисемейных убеждений и установок.

Обсуждаемые факторы психологического благополучия общеизвестны, однако в совокупности они редко образуют программу действий для специалистов. Комплексная природа психологического благополучия указывает на необходимость взаимодействия специалистов из самых разных областей, объединенных общим пониманием задачи, достижение которой невозможно без активного сотрудничества.

Список литературы

1. Козлов М.Ю. Достижение психологического благополучия как главная цель психотерапевтических интервенций. Консультативная психология в России – 2023: к 10-летию Института консультативной психологии и консалтинга. Научно-практический альманах. Т. 2 / под ред. В.Ю. Меновщикова. М., 2023. С. 136-140.
2. Ryff CD. Psychological well-being revisited: advances in the science and practice of eudaimonia. *Psychother Psychosom.* 2014;83(1):10-28. doi: 10.1159/000353263. Epub 2013 Nov 19. PMID: 24281296; PMCID: PMC4241300.
3. Costanzo ES, Ryff CD, Singer BH. Psychosocial adjustment among cancer survivors: findings from a national survey of health and well-being. *Health Psychol.* 2009 Mar;28(2):147-56. doi: 10.1037/a0013221. PMID: 19290706; PMCID: PMC2668871.

4. Grzywacz JG, Keyes CL. Toward health promotion: physical and social behaviors in complete health. *Am J Health Behav.* 2004 Mar-Apr;28(2):99-111. doi: 10.5993/ajhb.28.2.1. PMID: 15058511.
5. Prime H, Wade M, Browne DT. Risk and resilience in family well-being during the COVID-19 pandemic. *Am Psychol.* 2020 Jul-Aug;75(5):631-643. doi: 10.1037/amp0000660. Epub 2020 May 21. PMID: 32437181.

Раннее выявление расстройств аутистического спектра в амбулаторной педиатрической практике

Комарова П.А., Белова О.С.

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

В мире 1 ребёнок из 44 детей страдает расстройством аутистического спектра (РАС) [1]. Данные официальной статистики на Европейском Севере России и в Архангельской области отражают общемировые и общероссийские тенденции роста распространенности РАС у детей [2]. Большое количество детей с РАС всё ещё остается без ранней комплексной помощи и медицинского сопровождения по причине несвоевременной диагностики расстройства. Выявление и ранняя диагностика РАС возможны только при непосредственном участии врачей амбулаторной педиатрической службы – педиатров и детских неврологов.

Цель: систематизация основных проблем раннего выявления детей с РАС, затрудняющих раннюю диагностику заболевания на этапе амбулаторной педиатрической службы.

К спектру ведущих проблем, затрудняющих раннюю диагностику РАС на этапе амбулаторной педиатрической службы, относятся: отсутствие специальных знаний и практического опыта у врачей-педиатров в дифференциально-диагностической оценке психического состояния ребенка, дефицит кадров, отсутствие общей методологии диагностики РАС и недостаточное количество диагностических и научно-исследовательских центров, оказывающих междисциплинарную помощь детям с РАС.

На данный момент в России отсутствует институт ранней диагностики и раннего вмешательства применительно к детям с РАС [4]. Между тем выявление группы риска в первые 18-24 месяцев жизни – обычная практика в большинстве зарубежных стран, так как раннее вмешательство на порядок повышает эффективность коррекционной работы. На сегодняшний день в России недостаточно междисциплинарных учреждений и центров научно-исследовательского направления, осуществляющих диагностику и оказывающих раннюю помощь детям с РАС и их семьям.

В раннем возрасте признаки РАС обычно нестораживают ни родителей, ни врачей. РАС проявляются нарушениями в социальном взаимодействии, коммуникации, а также расстройствами речи и моторики, стереотипностью деятельности, которые начинаются уже в раннем возрасте. В этот период развития ребёнка наблюдает участковый врач-педиатр, но часто из-за отсутствия опыта в диагностике он может не заподозрить РАС. В этом случае наиболее благоприятное время для начала необходимых лечебно-реабилитационных мероприятий упускается, что ухудшает прогноз течения заболевания и социальной адаптации семьи.

Согласно действующему приказу МЗ РФ «О порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних», детский психиатр, в компетенцию которого входит диагностика РАС, осматривает ребёнка из группы риска в возрасте 2 лет. В России отмечается кадровый дефицит детских психиатров, который компенсируется взрослыми психиатрами, часто не имеющими достаточных знаний и навыков в области детской психиатрии, что также является причиной несвоевременной диагностики РАС. В первичном звене здравоохранения отмечаются отсутствие общей методологии диагностики, несвоевременность и непоследовательность оценки психического развития детей [2]. Поэтому столь необходима разработка скрининговых и прескрининговых методик, которые можно было бы внедрить в педиатрическую практику, в том числе для пренатальной диагностики РАС, так же следует подготовить унифицированные протоколы обследования для диагностики РАС специалистами педиатрической службы.

Родители детей раннего возраста достаточно настороженно относятся к коммуникативным нарушениям у ребенка, причем особенно их тревожит задержка речевого развития, в то время как симптомы нарушения социального взаимодействия часто недооцениваются. Врачам-педиатрам важно обращать внимание и выяснять у родителей следующие особенности коммуникации и социального взаимодействия ребенка раннего возраста: сложности адаптации, невозможность посещать детские образовательные учреждения, непредсказуемые реакции на общение, дезадаптивное поведение в общественных местах, потребность в уединении, изоляция от внешнего мира, сокращение социальных взаимоотношений, отсутствие зрительного контакта при общении, сложности в распознавании эмоций и отсутствие сопереживания, стереотипные повторяющиеся действия и манипуляции вместо игровой деятельности, необычные сверхценные интересы и приверженность ко всем видам жизненных ритуалов. Вместе с тем при раннем оказании помощи и своевременно начатой адекватной психолого-педагогической коррекции около 20% детей с РАС имеют относительно благоприятный прогноз и в школьном возрасте могут заниматься по программе общеобразовательной школы [3].

Таким образом, решение проблем раннего выявления РАС на этапе амбулаторной педиатрической службы сделает возможным постановку диагноза в раннем возрасте, что определяет более благоприятный прогноз заболевания и способствует адекватной социализации ребенка.

Список литературы

1. Centers for Disease Control and Prevention [Электронный ресурс]. Режим доступа: URL: <https://www.cdc.gov/globalhealth/resources/reports/index.html> (Дата обращения 16.03.2024)
2. Белова О.С., Соловьев А.Г. Направления профилактической психиатрии раннего детского возраста. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски. 2021. Т. 121. № 11-2. С. 60-66. DOI: 10.17116/jnevro202112111260
3. Хаустов А.В. Направления деятельности Федерального ресурсного центра по организации комплексного сопровождения детей с расстройствами аутистического спектра. Аутизм и нарушения развития. 2016. № 4. С. 14-18.
4. Ткачук Е.А., Мартынович Н.Н., Рычкова Л.В., Поляков В.М. Проблемы диагностики расстройств аутистического спектра у детей. Тихоокеанский медицинский журнал 2020. № 4 (82). С. 35-43.

Избегательное поведение при страхе падения

у лиц пожилого возраста

Коновальчик Т.К.

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет»

СПб ГАОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный институт

психологии и социальной работы»

ООО «Наша Зарбота», пансионат с лечением для пожилых людей

Санкт-Петербург, Россия

Падения среди лиц пожилого возраста представляют собой важную и многофакторную проблему. Травматические последствия инцидентов подобного рода снижают качество жизни пожилого человека, существенно увеличивают экономическую нагрузку на систему здравоохранения и семьи пострадавших от падения. По статистике, 30% падений заканчивается травмой для пожилого человека. Около 40% пациентов пожилого возраста падает как минимум 2 раза в год [2]. По данным российских гериатров, у 44,7% пожилых людей сформировался страх упасть после пережитого эпизода падения [3]. Кроме того, по данным анализа зарубежных источников, страх падения может выступать как отдельная проблема и появляться вне зависимости от опыта падений [1]. Страх падения не только увеличивает риски упасть, но и может способствовать формированию избегательного поведения среди пожилых людей, способных самостоятельно ходить и осуществлять различные виды деятельности. Таким образом, страх падения ровно также может оказывать негативное влияние на самостоятельность пожилого человека, как и физическая травматизация. Именно поэтому данный феномен заслуживает тщательного изучения.

Для начала необходимо разграничить понятие страха падения и фобии. Для обозначения патологического страха падения, стояния, ходьбы в литературе встречаются различные определения: птофобия, базофобия или базифобия, амбулофобия, стазифобия, стазибазифобия. В DSM-V базофобия классифицируется как специфическая фобия и должна соответствовать определенным критериям для диагностики. В случае базофобии её объектом являются падение и потенциальные последствия, вызванные этим событием. Пациент проявляет избегающее поведение с целью снижения уровня тревоги, связанной с этим объектом. Избегающее поведение может проявляться скрыто или носить неявный характер, маскируясь под другие предлоги. Такие люди могут испытывать раздражительность по отношению к тем, кто стимулирует их ходьбу. В качестве оправданий могут быть использованы вегетативные проявления страха, такие как тахикардия, одышка, головокружение, потливость. Данные симптомы пациент расценивает как следствие двигательной активности и предъявляет их как противопоказание к ходьбе. Помимо того, фобия оценивается по несоразмерности между уровнем страха и реальной угрозой. Пациенты переоценивают возможный риск падения или возможного ущерба. При фобической тревоге беспокойство пациента отнюдь не снижается, даже если другие люди считают ситуацию безопасной. И тревога развивается не только во время стояния или ходьбы, но даже при мыслях о необходимости выполнения данных действий. Для различения фобии от кратковременных страхов применяется временной критерий. Патологический страх диагностируется в случае, если симптомы сохраняются в течение полугода или дольше. Интенсивность страха или тревоги влияет на социальное функционирование пациента, препятствуя выполнению повседневных дел, общению с окружающими и участию в различных видах деятельности. Также пациент может избегать движений не только из-за страха упасть, но и по причине метакогнитивных переживаний, т.е. пациент избегает страха, который возникает во время движения [4].

Под избегающим поведением при страхе падения подразумевается осознанное или неосознаваемое стремление человека ограничить свою повседневную двигательную активность из-за боязни упасть. Это включает в себя ограничение двигательной активности, изменения в образе жизни и зависимость от внешней поддержки. М. Лакман и коллеги предлагают разделить избегающее поведение на адекватное физическим возможностям или неадекватное. Этот феномен можно концептуализировать аналогично квадрату Декарта [5].

Первая группа пациентов определяется как адекватно-неизбегающие, в неё включаются люди с уровнем баланса, позволяющим выполнять активную деятельность, при этом они осознают свои возможности и не склонны к ограничению активности. Вторая группа пациентов – адекватно-избегающие, в основном это пожилые люди, сталкивающиеся с физическими ограничениями в подвижности, осознающие пределы своих возможностей и избегающие определенных видов двигательной активности, которую считают непосильной; в результате функциональный уровень у них снижается. Третья группа пациентов – неадекватно-избегающие, они

недооценивают свои способности поддерживать равновесие, преувеличивают риск падения по сравнению с реальной угрозой, демонстрируют чрезмерное ограничение движения даже в ситуациях, в которых могли бы успешно справиться. Четвертая группа пациентов – неадекватно-неизбегающие, они не избегают потенциально опасных видов активности, так как не способны точно оценить свои физические возможности из-за снижения критического восприятия. Эта группа включает пациентов с когнитивными нарушениями, состояниями измененного сознания, изменениями в эмоциональной сфере (эйфория), а также здоровых пожилых людей с дефицитом двигательного воображения. Токийские исследователи измеряли разницу по времени между воображаемым двигательным актом и реальным с помощью стандартного функционального теста Up and go и выявили, что у здоровых пожилых людей мысленное планирование двигательной активности протекает гораздо быстрее, чем реальное выполнение действия. Искажение двигательного планирования приводит к преувеличению собственных возможностей и повышению рисков падения за счет неадекватного отсутствия избегания [6].

На сегодняшний день в России нет диагностического инструментария для определения страха падения и связанного с ним избегательного поведения, кросскультурно адаптированного на русскоязычной выборке. Для англоязычных пожилых людей существует опросник избегательного поведения при страхе падения. Дефицит диагностического инструментария диктует проведения исследований в данном направлении, адаптации зарубежных методик и разработки собственных. В отношении психокоррекционной работы важно распространение знаний о данной проблеме и возможностях её решения, так как за психологической помощью по этому вопросу обращается крайне мало пациентов. Предложенная М.Е. Лакман концептуализация избегательного поведения при страхе падения отражает возможные стратегии психокоррекционной работы. Пациентам со сниженной критикой к собственным возможностям необходимо научиться адекватно расценивать свои силы, что помогло бы им уберечь себя от риска падения, т.е. создать безопасную среду для поддержания физической активности. Пациентов с достаточностью физических возможностей, но испытывающих страх целесообразно расширять спектр доступных активностей и преодоление избыточного беспокойства. Такая работа должна затрагивать когнитивный, аффективный и поведенческий компоненты. Таким образом, вопросы страха падения и связанного с ним избегательного поведения нуждаются во всестороннем изучении, это поможет улучшить качество жизни пожилых людей и их семей.

Список литературы

1. Богданова Т.А. Многофакторные вмешательства для предотвращения падений у людей пожилого и старческого возраста. Российский семейный врач. 2021. Т. 25, № 3. С. 27-34. doi:10.17816/RFD71104

2. Ларина В.Н., Самкова И.А., Федорова Е.В., Головкин М.Г., Михайлунова М.П. Артериальная гипертензия как потенциально модифицируемый фактор риска падений в старшем возрасте. Лечебное дело. 2023. № 2. С. 29-37. doi:10.24412/2071-5315-2023-12877
3. Ховасова Н.О., Наумов А.В., Ткачева О.Н., Рузанова В.И. Влияние падений на функциональный статус пациентов с остеоартритом. Клиническая геронтология. 2023. № 3-4. doi: 10.26347/1607-2499202303-04026-033
4. Bhala RP, O'Donnell J, Thoppil E. Phobic fear of falling and its clinical management. Phys Ther. 1982 Feb;62(2):187-90. doi: 10.1093/ptj/62.2.187. PMID: 6120526.
5. Lachman ME, Howland J, Tennstedt S, Jette A, Assmann S, Peterson EW. Fear of falling and activity restriction: the survey of activities and fear of falling in the elderly (SAFE). J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. 1998 Jan;53(1):P43-50. doi: 10.1093/geronb/53b.1.p43. PMID: 9469171.
6. Sakurai R, Montero-Odasso M, Suzuki H, Ogawa S, Fujiwara Y. Motor imagery deficits in high-functioning older adults and its impact on fear of falling and falls. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2021 Aug 13;76(9):e228-e234. doi: 10.1093/gerona/glab073. PMID: 33693722.

Пролонгированная нейролептическая терапия как предиктор формирования ремиссий при опиоидной наркомании

Коньков В.И.

**Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова
Москва, Россия**

Актуальность. Лечение опиоидной наркомании до сих пор является сложнейшей задачей в общей структуре всех зависимостей аддиктивного характера. Существует множество подходов и разновидностей в этом лечении, но пока ни одно из них не выявило четких доказательных критериев, указывающих на статистически значимое формирование ремиссии. Поиск методов, способов и подходов в лечении данной патологии остается по настоящее время одной из главных задач наркологии современного мира.

Цель. Выяснить влияние нейролептической пролонгированной терапии на формирование ремиссии при опиоидной наркомании на примере флуфеназина (модитен-депо).

Материалы и методы. Работа выполнена на базе Московского НППЦ наркологии на выборке пациентов (n=47) 25-35 лет (средний возраст 31,18±0,15 года), наблюдавшихся с синдромом зависимости от опиоидов на стационарном этапе и после выписки в течение полугода. Данное число пациентов было достаточным для проведения сравнительного статистического анализа. Для статистической обработки полученных данных использовалась программа Statistika 10.0.

Оценка статистической разницы проводилась по критерию Пирсона (p). Данные представлены в виде отношения шансов (OR) и доверительных интервалов (нижняя и верхняя границы – CI). Все пациенты дали письменное информированное согласие на участие в исследовании.

Результаты. Сформированы две группы. Пациенты 1-й группы ($n=25$) не получали пролонгированную нейролептическую терапию. Из них только 2 пациента (8%) сохранили ремиссию/воздержание от употребления опиоидов через полгода после выписки из стационара, другие участники исследования возобновили употребление опиоидов через неделю/месяц после госпитализации. Пациенты 2-й группы ($n=22$) были выписаны из лечебного учреждения после внутримышечного введения пролонгированного нейролептика (флуфеназин) в дозе 50-75 мг. Большинство из них ($n=17$, 77,3%) продолжили в течение полугода поддерживающее лечение флуфеназином амбулаторно 1 раз в 3 недели. 3 пациента (13,6%) дополнительно сделали одну инъекцию препарата. 2 пациента (9,1%) ограничили лечение только стационарной нейролептической терапией. По данным катamnестического наблюдения, формирование ремиссии отмечалось у большинства пациентов 2-й группы ($n=16$, 72,7%), они прекратили употребление опиоидов, восстановили семейную жизнь либо начали строить новые партнерские отношения, трудоустроились или находились в активном поиске работы. Полученные данные подтверждаются результатами статистической обработки (OR=0,033, 95% CI 0,006-0,183, $p=0,037$).

Выводы. Использование пролонгированной нейролептической терапии среди больных с опиоидной наркоманией способствует формированию и закреплению ремиссии на протяжении полугода.

Особенности психологической саморегуляции семьи в ситуации кризиса

Костарев В.В.¹, Кожевникова Т.А.²

¹ ФГБОУ ВО «Красноярский государственный аграрный университет»

² ФГБОУ ВО «Красноярский государственный педагогический университет им. В.П. Астафьева»
Красноярск, Россия

Невротические расстройства, развивающиеся в условиях кризисных ситуаций супружеской жизни, являются важной психологической составляющей решения о распаде семьи. Жизнестойкость и внутренний локус контроль как составляющие личностного потенциала непосредственно участвуют в принятии решения о разводе, а низкие значения этих характеристик выступают защитным барьером, сдерживающим совершение необдуманных категоричных действий [4, 5].

Актуальность. Истоки формирования проблемы кризисных семейных ситуаций могут быть представлены особенностями саморегуляции личности [2, 3]. Высокий личностный потенциал оказывается важным условием не только при формировании эффективных механизмов саморегуляции, позволяя тем самым человеку справляться с возникающими проблемами в различных сферах жизни, но и организовывать собственное жизненное пространство самореализации. Умение применять коммуникативные, интеллектуальные способности в трудных жизненных ситуациях отражает меру преодоления личностью заданных обстоятельств, а в конечном счете преодоление личностью себя. На основании анализа научных исследований можно предположить, что у супругов в кризисных семейных ситуациях наблюдаются нарушения в самоорганизации деятельности. Динамика параметров и уровней самоорганизации деятельности является важнейшим элементом при оценке личностного потенциала разводящихся [1, 5, 6].

***Цель:** исследование психологических особенностей супругов в ситуации семейного кризиса, оценка сформированности навыков тактического планирования и стратегического целеполагания.

Материалы и методы. Набор материала выполнен в территориальных отделах ЗАГС по Советскому и Октябрьскому районам г. Красноярск. Работа выполнялась по запросу руководства «Агентства записи актов гражданского состояния» Красноярского края. Всего обследовано 80 человек (41 женщина и 39 мужчин) в возрасте от 22 до 34 лет с использованием опросника Самоорганизации деятельности [3].

Результаты. Супруги, находящиеся в кризисной семейной ситуации, были распределены на 2 группы согласно мотивам вступления в брак. 1-я группа (контрольная, $n=40$) – мужчины ($n=19$) и женщины ($n=21$), вступившие в брачные отношения по расчету (материальной положение, социальный статус). 2-я группа (основная, $n=40$) – мужчины ($n=20$) и женщины ($n=20$), вступившие в брак по любви. Согласно результатам исследования у супругов из основной группы показатели по шкале планмерности были статистически значимо ($p<0,05$) ниже, чем в контрольной группе (табл.). Кроме того, у них были недостаточно развиты навыки планирования семейной жизни, представления о будущем были подвержены частой смене, отсутствовало долговременное планирование, отмечалась недостаточная прогнозируемость событий, частая смена установок, цели менялись под влиянием окружения и обстоятельств. В то время как у супругов контрольной группы выявлены более высокие показатели по шкале планмерности, социальные и материальные потребности у них были определены, любая деятельность планировалась осознанно, они самостоятельно формировали цели и их осуществление. Показатели по шкале целеустремленности у супругов основной группы были статистически значимо ($p<0,05$) ниже ($35,5\pm 6,3$ балла), чем в контрольной группе ($41,8\pm 3,2$ балла), т.е. вступив-

шие в брак по любви супруги характеризовались как личности, не сгенерировавшие перед собой цели в дальнейшей жизни и считающие, что в перспективе им не к чему стремиться. Супруги контрольной группы имели статистически значимо ($p < 0,05$) более высокие баллы по шкале целеустремленности, что свидетельствовало о их намерении к реализации жизненных приоритетов.

Т а б л и ц а. Психологические особенности кризисных ситуаций в группах разводящихся супружеских пар по опроснику Самоорганизация деятельности, баллы

Показатель	1-я группа контрольная (n=40)	2-я группа основная (n=40)
Шкала планомерность	27,2±4,3	18,9±3,6*
Шкала наличие целей	41,8±3,2	35,5±6,3*
Шкала настойчивость	33,9±2,5	21,4±7,5**
Шкала фиксации	18,2±1,5	27,8±9,4**
Шкала самоорганизации	17,6±1,23	7,7±1,3**
Шкала ориентация на настоящее	14,9±0,6	10,8±1,4

П р и м е ч а н и е. Статистическая значимость различий: * – $p \leq 0,05$, ** – $p \leq 0,01$.

Показатели по шкале настойчивости, измеряющей склонность личности к приложению волевых усилий для завершения начатого и упорядочения активности, у супругов основной группы были статистически значимо ($p < 0,01$) ниже (21,4±7,5 балла), чем в контрольной группе (33,9±2,5 балла). Полученные результаты свидетельствуют о неразвитой способности вступивших в брак по любви супругов к длительным волевым усилиям и преодоления препятствий, о незавершенности начатых дел, частой отвлекаемости и переключаемости на посторонние дела, при столкновении с трудностями, особенно неожиданными, они испытывали тревогу и нередко вообще отказывались от цели. Вступившие в брак по расчету супруги характеризовались как волевые и организованные личности, способные структурировать поведенческую активность, завершать начатое дело, несмотря на возникающие трудности, так как были мотивированы на конструктивное решение проблем.

Показатели по шкале фиксации у супругов основной группы были статистически значимо ($p < 0,01$) более высокими (27,8±9,4 балла), чем в контрольной группе (18,2±1,5 балла). Полученное распределение значений указывало на склонность вступивших в брак по любви супругов к фиксации на структуре организации событий, ригидности в отношении планирования, затруднениях при переходе на другие виды деятельности. Вступившие в брак по расчету супруги были людьми инициативными, деятельными и целеустремлёнными, готовыми ради своего благополучия к новым начинаниям, легко переходили на новый вид организации своего труда.

Показатели по шкале самоорганизации у супругов основной группы были статистически значимо ($p < 0,01$) более низкими ($7,7 \pm 1,3$ балла), чем в контрольной группе ($17,6 \pm 1,23$ балла). Это указывало на склонность вступивших в брак по любви супругов при организации своей деятельности отказываться от помощи родителей или близких в трудной ситуации, иногда опрощливо и демонстративно. Вступившие в брак по расчету супруги, напротив, эффективно использовали помощь окружающих, особенно близких людей, к которым относились с безусловным доверием.

Результаты по шкале ориентации на настоящее в исследуемых группах супругов не имели статически значимых различий ($14,9 \pm 0,6$ и $10,8 \pm 1,4$ балла), что подтверждало целостность временной ориентации на настоящее время. Вместе с тем супруги основной группы, пребывая в настоящем времени, чувствуют беспокойство из-за неуверенности в навыках преодоления трудных обстоятельств, что порождает внутренний дискомфорт, испытывают трудности в организации временного пространства, которые проявляются в нарушении планирования и организации текущей деятельности.

В целом по методике Самоорганизации деятельности общий суммарный балл в группе вступивших в брак по любви супругов составил $121,09 \pm 8,3$ балла. Зарегистрированный низкий показатель общего суммарного балла свидетельствует о том, что для вступивших в брак по любви супругов будущее является неопределенным, предвещающим неизбежные трудности, планировать ежедневную активность им не свойственно и прилагать волевые усилия для завершения начатых дел сложно. В то время как в контрольной группе вступивших в брак по расчету супругов общий суммарный балл был выше ($152,6 \pm 12,7$ балла), результаты оценки самоорганизации находились в пределах между средним значением и верхним квартилем, что позволяет рассматривать их как перспективных партнеров, продемонстрировавших максимальный уровень самоорганизации деятельности, целеполагания и самоконтроля.

Таким образом, методика Самоорганизации деятельности дает возможность получать новую информацию о психологических особенностях супругов, находящихся в кризисных состояниях. Это позволяет рекомендовать использовать полученные результаты для разработки и апробации профилактических психолого-коррекционных программ для супругов, находящихся в кризисных семейных ситуациях, с целью профилактики невротических состояний.

Список литературы

1. Богомаз С.А., Каракулова О.В. Личностный и коммуникативный потенциал инновационно- и предпринимательски-ориентированных субъектов. Сибирский психологический журнал. 2010. № 37. С. 48-51.

2. Залевский Г.В., Кожевникова Т.А., Костарев В.В., Лукьянова Г.А. Психологические характеристики личностного потенциала при кризисных состояниях. Сибирский вестник специального образования. 2015. № 2 (15). С. 48-52.
3. Леонтьев Д.А., Мандрикова Е.Ю., Осин Е.Н., Плотникова А.В., Рассказова Е.И. Опыт структурной диагностики личностного потенциала. Психологическая диагностика. 2007. № 1. С. 8-31.
4. Подколзина Л. Г. Взаимосвязь стрессоустойчивости с адаптационным потенциалом и личностными особенностями молодых специалистов-педагогов. Научное мнение. 2021. № 1-2. С. 78-85.
5. Blanchard VL, Hawkins AJ, Baldwin SA, Fawcett EB. Investigating the effects of marriage and relationship education on couples' communication skills: a meta-analytic study. J Fam Psychol. 2009 Apr;23(2):203-14. doi: 10.1037/a0015211. PMID: 19364214.
6. Hawkins AJ, Blanchard VL, Baldwin SA, Fawcett EB. Does marriage and relationship education work? A meta-analytic study. J Consult Clin Psychol. 2008 Oct;76(5):723-34. doi: 10.1037/a0012584. PMID: 18837590.

Оказание психосоциальной помощи подросткам с расстройствами адаптации и поведения

Кривошапова Т.Н., Логачева А.А., Чернышова А.А.

ОГБУЗ «Тамбовская психиатрическая клиническая больница»

Тамбов, Россия

Актуальность. Подростковый возраст – самый трудный и сложный из всех детских возрастов. В этот период у подростков особенно ярко проявляются эмоциональная незрелость, недостаточно развитое умение контролировать собственное поведение, соразмерять желания и возможности в удовлетворении своих потребностей, повышенная внушаемость, желание самоутвердиться и стать взрослым. Из-за чего возникает внутренний кризис в определении своей роли, что выливается в подростковый бунт, отрицание и сложное социальное поведение. Трудности в преодолении внутриличностного кризиса вынуждают подростков и их родителей обращаться за помощью к специалистам психиатрических служб.

Цель: анализ семейных проблем в выборке подростков, обратившихся за психосоциальной помощью в ОГБУЗ «ТПКБ» в 2021-2022 гг.

Результаты. В исследовании участвовали подростки и лица молодого возраста (n=47) 12-25 лет с преобладанием (71%) обследованных женского пола. Доля несовершеннолетних составила 72%. Обучались в школе или среднем специальном учреждении 33, 11 – в высшем учебном заведении. В ходе первичного опроса выяснилось, что родители долгое время игнорировали проблемы ребенка, считая их незначимыми. Обесценивание внутренних переживаний, ощущений и запросов родителями воспринималось подростком как отказ в оказании поддержки. Ситуация стресса, в которой

они оказались, заставляла их сомневаться в себе, своих силах и возможностях. Боль и обида, непонимание возрастных и экзистенциальных причин возникающих проблем, неспособность самостоятельно разобраться в себе и своих чувствах проявлялась в усилении деструктивного поведения подростков. Ухудшение ситуации в семье, кризис в отношениях вынуждали родителей обратиться за помощью к специалистам. 11 подростков имели одного родителя (из них 10 воспитывались матерью), 36 подростков – обоих родителей, в том числе у 23 родители состояли в разводе.

Беседа с детским/подростковым врачом-психиатром подростком и его родителем оценивалась положительно, назначенные лечебно-реабилитационные мероприятия давали им надежду на то, что нестабильная ситуация в семье изменится в лучшую сторону. При оказании помощи использовался биопсихосоциальный подход, включающий медикаментозное лечение, психосоциальное консультирование и психокоррекцию. Все подростки обязательно направлялись к психологу и специалисту по социальной работе. Активное выслушивание проблем, эмпатия, признание внутренней боли, безоценочное принятие позволили настроить подростков на продолжение совместной работы со специалистом в виде индивидуальных психосоциальных консультаций.

Выявлены основные проблемы обращений: 95% – сложности взаимоотношений с близкими (81% – с родителями, 14% – с бабушками и дедушками), 71% – негативное отношение одноклассников, 57% – отсутствие друзей, 76% – трудности в выстраивании отношений с противоположным полом, 90% – отвержение родителей, 64% – проблемы с учебой. Часто встречались жалобы на неустойчивость эмоций, сверхчувствительность к внешним влияниям, импульсивность, противоречивость чувств, резкие колебания настроения, беспокойство, тревогу, непринятие себя, в том числе внутреннего Я и внешнего образа, неуверенность, страх быть отвергнутым, одиночество. Из-за повышенной критической оценки своей внешности 7 подростков имели проблемы пищевого поведения. О последствиях травматического характера после перенесенного сексуального насилия сообщили 5 подростков. Непонимание происходящих внутренних изменений и незнание как себя вести, неумение совладать с эмоциональными перегрузками выражалось в аутоагрессии: суицидальных мыслях ($n=34$, 72%), суицидальных тенденциях ($n=29$, 62%), большинство из которых проявлялись в виде многочисленных порезов на руках и ногах, к тому же один подросток сообщил о попытке самоубийства несколько лет назад в виде повешения. Таким образом, все подростки нуждались в совете, выслушивании, понимании, сопереживании, совместном анализе и в помощи осознания необходимости принимать ответственность за собственные действия и жизнь, собственное здоровье в целом.

Поэтому консультации были направлены на переоценку, переосмысление ситуации, действий, отношения к себе и близким. Особое внимание уделялось выявлению и определению чувств, эмоций подростка. После устранения психологического барьера проводилось разъяснение, что происходит, что с этим делать, как к этому относиться, обучение как с этим жить, как снижать уровень негативных эмоций, как их контролировать. В работе использовалось сочетание разнообразных способов и методов психокоррекции. Количество консультаций в индивидуальном формате варьировалось от 4 до 10, окончание сессий по обоюдному согласию. Из-за удаленности проживания 10 подростков не смогли активно включиться в работу, поэтому количество консультаций было ограничено от 1 до 3 раз.

В основном все подростки проявляли заинтересованность в занятиях, охотно делились проблемными ситуациями, внутренними переживаниями, выполняли предложенные задания и упражнения, участвовали в обсуждении и анализе полученных результатов. Одновременно проводилась работа с родителями по разъяснению возможных причин вызывающего поведения подростка, давались рекомендации по улучшению взаимодействия в семейной системе. В результате у подростков сформировался ряд адаптационных механизмов: умение контролировать эмоциональное состояние, своевременно снижать психологическое напряжение, находить и принимать психологическую помощь со стороны значимых близких, при необходимости своевременно обращаться за профессиональной помощью.

Формирование идентичности, позитивной самооценки и самопринятия, изменение стереотипов поведения, эмоциональное отреагирование и обучение самоконтролю, принятие личного выбора и личной ответственности за свои поступки оказывали положительное влияние на перестройку взаимоотношений в семье. Подростки позитивно относились к психокоррекционным занятиям, что выражалось удовлетворенностью на эмоциональном и мотивационно-поведенческом уровнях как в ходе работы, так и по итогам занятий. Это подтверждалось их высказываниями и отзывами («нельзя было такое делать», «раньше и мысли не было, чего хочу в жизни», «понятно, что нужно взрослеть», «главное сейчас – получить образование и профессию», «я не рассматривал(а) ситуацию с этой стороны», «самому мне бы мне не удалось прийти к этой мысли» и др.). Со стороны родителей эффективность занятий подтверждалась мнением, что взаимоотношения в семье значительно улучшились.

Выводы. Таким образом, краткосрочная психокоррекционная работа дает положительные результаты для достижения поставленной цели в ограниченном временном интервале. Вместе с тем только долгосрочная психотерапевтическая помощь может быть залогом более высокой эффективности коррекционных воздействий.

Психическое заболевание и семейная стигма

Кузнецова Ю.В.¹, Гуткевич Е.В.^{1, 2}

¹ Национальный исследовательский Томский государственный университет

**² НИИ психического здоровья, ТНИМЦ Российской академии наук
Томск, Россия**

Сложность феномена стигматизации объясняется социальной природой его возникновения и психологической (когнитивной) природой его смыслового поля. Разработчиками теории стигматизации являются социологи Дж. Мид, Г. Блумер, Ч. Кули, в дальнейшем данное понятие привлекает интерес криминологов (Ф. Танненбаум, Г. Беккер, Э. Шур, Дж. Брэйтуэйт), теорию стигмы разрабатывали в рамках психологии и психиатрии Б. Линком и Дж. Фелан, Дж. Приор, Г. Ридеран, С.В. Праводелов, Т.М. Хусяино., А.А. Ванина, А.А. Яковина, Е.В. Пестова, А.В. Солоид, И.Ю. Милоненко и др., на современном этапе развития науки данный феномен носит междисциплинарный характер [1]. Стремление общества жить в прогнозируемом мире обеспечивает одну из базовых потребностей человека – потребность в безопасности, отклоняющееся от нормы поведение вызывает страх, соответственно стигматизация обеспечивает некоторую возможную степень безопасности – возможность отгородиться от непредсказуемого поведения психически больного человека, возникает «социальная дистанция» [3]. Страх перед «психической смертью» – один из движущих механизмов стигматизации в обществе. Также стигматизацию запускает чувство стыда, испытываемое семьей психически больного, чувство вины (экстернализация и интернализация вины, иррациональное чувство вины) [2]. Стыд и вина являются настолько сильными чувствами, что ведут в числе прочих к отрицанию (и возникновению необходимости лгать) или развитию роли жертвы с соответствующими поведенческими паттернами (с развитием потребности в добровольной изоляции или без таковой). Чувства вины, стыда, а также фрустрацию, тревогу, низкую самооценку и беспомощность ряд ученых предлагают относить к субъективному бремени семьи [4].

Асмус Финзен среди последствий для семьи психического заболевания одного из её членов обращает внимание на следующие, имеющие отношение к «семейной катастрофе» последствия: непринятие (застывание на одной из пяти стадий), разногласия (в том числе в фазе конструктивной борьбы), приводящие к расколу, чрезмерные нагрузки (уход за психически больным), психологическая сенсбилизация (после первого психотического эпизода любое отклонение от нормы является стимулом для прогрессирующего усиления реакции, родственники «слышат, как трава растет»), неуверенность, страх перед невозможностью прогноза поведения близкого человека, чувства скорби и утраты в эмоциональном фоне родственников психически больного человека [2].

Ряд исследователей отмечает нарастание психических проблем у родственников, осуществляющих уход за психически больными. Так, A. Steele, N. Maruyama, I. Galynker сообщают о наличии психических симптомов у лиц, осуществляющих уход, таких как депрессия, тревога и более частое использование услуг психиатрической помощи, а также о воздействии медиаторов, таких как взаимоотношения между опекуном и пациентом, стили совладания и стигматизация [5].

Таким образом, к объективным сложностям, с которыми сталкиваются лица из числа близких родственников, осуществляющих уход за психически больным, относятся изменения в распорядке домашних дел, досуге, работе, физическом здоровье, материальные затраты и психологические усилия, затрачиваемые на уход и лечение (поддержание здоровья) психически больного родственника. Также факторами, влияющими на внутрисемейную стигматизацию, являются половая принадлежность психически больного (чаще стигматизации подвергаются женщины), менее выраженные положительные симптомы психического заболевания. Субъективная сторона принятия факта психического заболевания близкого родственника связана как с собственным психологическим состоянием, так и с отношением к данному факту со стороны социума. Среди субъективных переживаний членов семьи можно выделить непринятие, разногласия, страх перед обнародованием психического заболевания, чувства вины и стыда, а также фрустрацию, тревогу, низкую самооценку и беспомощность. Многие исследователи отмечают влияние такого фактора, как образование, в том числе в части психических заболеваний, однако на отношение социума влияет уровень психологического образования среднестатистического обывателя, а общепринятые представления, связанные с психическими заболеваниями, преимущественно вызваны последовательностью событий, запускающей страх перед неизвестным.

Список литературы

1. Комлев Ю.Ю. Теория стигматизации: генезис, объяснительный потенциал, значение. Вестник Казанского юридического института МВД России. 2016. № 2 (24). С. 6-14.
2. Финзен А. Психоз и стигма: Преодоление стигмы – отношение к предубеждениям и обвинениям. М.: Алетея, 2001. 213 с.
3. Phelan JC, Bromet EJ, Link BG. Psychiatric illness and family stigma. *Schizophrenia Bull.* 1998;24(1):115-26. doi: 10.1093/oxfordjournals.schbul.a033304. PMID: 9502550.
4. Tsang HW, Tam PK, Chan F, Cheung WM. Sources of burdens on families of individuals with mental illness. *Int J Rehabil Res.* 2003 Jun;26(2):123-30. doi: 10.1097/00004356-200306000-00007. Erratum in: *Int J Rehabil Res.* 2003 Sep;26(3):249. PMID: 12799606.
5. Steele A, Maruyama N, Galynker I. Psychiatric symptoms in caregivers of patients with bipolar disorder: a review. *J Affect Disord.* 2010 Feb;121(1-2):10-21. doi: 10.1016/j.jad.2009.04.020. Epub 2009 May 13. PMID: 19443040.

Предотвращение отказов от новорожденных детей: опыт профилактики

Кунафина Е.Р., Гильмиярова М.Н.

**ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет»
Уфа, Россия**

В системе социальной защиты РФ профилактика социального сиротства определена как одно из приоритетных направлений, главная цель которой – реализация права ребенка воспитываться в семье. Концепцией демографической политики РФ на период до 2025 г. ставятся задачи, направленные на профилактику семейного неблагополучия, социальную реабилитацию семей и детей, находящихся в тяжелых жизненных условиях, реализацию комплекса мер по дальнейшему снижению числа преждевременного прерывания беременности, обеспечение беспрепятственного доступа семьям с детьми к необходимым социальным услугам, в том числе на основе развития служб социального сопровождения семей, входящих в группу риска, кризисных центров для матерей с детьми в целях осуществления работы с ними по предотвращению отказа от ребенка.

Актуальность проблемы в России показывают данные государственной статистики. Официальный подсчет числа детей-отказников был введен лишь в 2012 г., до этого момента официальный всероссийский учет данной категории не проводился [1]. В 2013 г., по данным лаборатории социальной политики, количество отказных детей составило 6230 (0,4% от числа всех родившихся [2]. Основными причинами отказов от новорожденных были личностные особенности матери, связанные с её собственным неблагополучным детством, слабые семейные и социальные связи женщины, отсутствие поддержки, отсутствие жилья, бедность или отсутствие средств к существованию, проблемы с социальной адаптацией, в том числе вызванные миграцией, рождение внебрачного или особенного ребенка.

По данным Минздрава России (2023), за последнее десятилетие доля числа новорожденных, от которых отказались матери, в том числе в связи с тяжелым заболеванием ребенка, имеющим неблагоприятный прогноз, в организациях родовспоможения снизилось в 4,5 раза. С 2023 г. проводится обследование новорожденных на более чем 40 врожденных и наследственных заболеваний. Благодаря оперативному взаимодействию медицинских организаций все дети с выявленными заболеваниями незамедлительно направляются для постановки на диспансерное наблюдение и обеспечение лекарственными препаратами. Также значительному улучшению ситуации помогли меры социальной и экономической поддержки матерей, проводимые в РФ в последние годы. Тем не менее исследование, проведенное в 22 наиболее густонаселенных регионах России, показало, что 47% отказниц не достигли возраста 24 лет, большинство (73%) из них сами вы-

росли в неблагополучных или неполных семьях, около 60% получили только среднее общее образование. Основная мотивация к отказу от младенца – психологическая неготовность стать матерью, только 15% оставили новорожденного в роддоме из-за материальных трудностей, финансовой несостоятельности.

Работой по профилактике отказов принято называть кризисное консультирование беременных и пациенток родильного дома, заявивших о намерении отказаться от ребенка либо прямо или косвенно продемонстрировавших такое намерение, и последующее сопровождение семей, где родители изменили свое решение и забрали ребенка. В связи с внедрением технологии раннего выявления семейного неблагополучия и организацией нового направления деятельности – профилактики отказов от новорожденных – с января 2014 г. в центре психолого-педагогической реабилитации и коррекции «Саторис» г. Уфы создана городская служба профилактики отказов от новорожденных, которая сотрудничает с родильными домами №№ 3, 6, 8, Республиканской клинической больницы им. Куватова, родильным отделением ГКБ № 3, ГКБ № 17, Республиканской детской клинической больницы в соответствии заключенными соглашениями о совместной деятельности в сфере профилактики отказов от новорожденных. С 2017 г. со службой сотрудничают сотрудники кафедры психиатрии и наркологии БГМУ, оказывающие психиатрическое и наркологическое консультирование.

Профилактика отказов – это всегда работа междисциплинарной команды специалистов – психолога, социального работника, юриста, психиатра, нарколога. Основные направления деятельности: предотвращение отказа матери от новорожденного ребенка, оказание помощи женщинам в трудной жизненной ситуации, социально-психологическое сопровождение женщины и её семьи в случае изменения решения об отказе от ребенка и возврате его в кровную семью, превентивные меры по полоролевому воспитанию учащихся общеобразовательных школ города. Работа проводится в несколько этапов. На первом этапе осуществляется выявление женщин с риском отказа от новорождённого ребёнка. Психолог беседует с женщиной, выясняет обстоятельства, вынуждающие её отказываться от ребенка, параллельно диагностирует ресурсы и риски матери и выясняет, при каких условиях она готова оставить ребенка себе, помогает ей построить планы на жизнь, включающие ребенка. Данное действие в большинстве случаев осуществляется в родовспомогательных учреждениях или женских консультациях. Данный этап является очень важным для повышения шансов сохранить ребенка в биологической семье.

На втором этапе проводится исследование ситуации и выяснение мотивов отказа.

Третий этап – работа над изменением намерения об отказе, помощь в принятии осознанного решения по сохранению ребенка в семье, содействию в формировании осознанного родительства. Цель данного этапа – не «уговорить» женщину забрать ребенка, а помочь матери (родителям) принять осознанное решение, идентифицировать имеющиеся в семье возможности для воспитания ребенка, при необходимости оказать содействие для привлечения недостающих ресурсов. Случай закрывается, когда женщина не меняет свой выбор об отказе. В случае если женщина передумала и приняла решение растить ребенка, ей оказывается дальнейшая помощь.

Четвертый этап – медико-психологическое сопровождение, если женщина изменила свое решение, но проблемы, которые привели к мыслям об отказе, все еще присутствуют и необходима дальнейшая работа с семьей. На данном этапе оказывается помощь конкретной семье с возможным привлечением специалистов других учреждений, например, в преодолении депрессии, правильном построении отношений «мать-ребенок», определении жизненной перспективы, реализации в социуме. Успешность работы с женщиной зависит от опыта и квалификации специалистов. Одновременно осуществляется патронаж на дому, обучение навыкам ухода за ребенком (если ребенок первый), обеспечение предметами первой необходимости (подгузники, детское питание, одежда, коляски, кровати), социальная работа (связь с органами опеки и попечительства, управлением образования, ЗАГС, службами занятости, помощь в оформлении документов), индивидуальные и семейные консультации (психолога, психотерапевта, психиатра, юриста). Для женщин, имеющих различного рода зависимости, проводятся консультации психиатра, нарколога. Со всеми женщинами проводится индивидуальное психологическое исследование с целью определения их эмоционального состояния, стрессового уровня и степени удовлетворенности отношениями в семье.

Пятый и шестой этапы осуществляются параллельно назначенным специалистом территориального учреждения службы семьи по месту фактического нахождения женщины и направлены на привлечение семьи и ближайшего окружения женщины в мероприятия по сохранению ребенка в семье и вовлечение женщины в работу по составлению общего раздела дальнейших мероприятий и его осуществлению. План разрабатывается на срок до 3 месяцев, в процессе реализации подлежит анализу, в случае необходимости – корректировке и продлению.

Также нашими специалистами регулярно проводятся групповые занятия с учениками общеобразовательных школ, направленные на сохранение репродуктивного здоровья подрастающего поколения, повышение ответственности за последствия ранних половых связей, раннюю профилактику отказов от новорожденных.

Таким образом, при осуществлении профилактической деятельности ранних отказов от новорожденных детей необходимо обеспечение комплексного сочетания медицинских, психологических, педагогических и социальных мер. Эффективность работы по профилактике социального сиротства зависит от профессионализма привлеченных специалистов, работающих с семьей, находящейся в трудной жизненной ситуации, от доступности обмена эффективными технологиями работы в области профилактики отказов и готовности специалистов к передаче передового опыта.

Список литературы

1. Марова А.М. Профилактика отказов от новорожденных детей: организация, методология, практика. Методическое пособие. М., 2012. 128 с.
2. Основные показатели здоровья матери и ребенка, деятельность службы охраны детства и родовспоможения в Российской Федерации. М., 2013. С. 27-35.
3. Профилактика и предотвращение отказов от детей раннего возраста: из опыта работы Службы помощи матери и ребенку Благотворительного фонда «Дорога к дому». Методическое пособие. Череповец: Череповец, 2020. 98 с.

Роль семьи в социальной адаптации больных шизофренией

Кунафина Е.Р.

**ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет»
Уфа, Россия**

Шизофрения, при которой страдает личность больного в целом, как ни одно другое психическое заболевание сопровождается нарушением социального функционирования – дестабилизацией личностных отношений, отрывом от семьи, общества, искажением привычных форм деятельности, общения [1, 2]. На сегодняшний день снижение социальной адаптации западными психиатрами рассматривается как один из диагностических критериев шизофрении [3]. В связи с высоким уровнем развития современной психиатрии, в частности психофармакотерапии, период пребывания больных в стационаре сокращается. Становятся всё более актуальными вопросы оказания помощи больным во внебольничных условиях, где важная роль принадлежит семейному окружению. Существует множество исследований, свидетельствующих о влиянии семьи на развитие и течение шизофрении. При этом семья может оказывать как психотравмирующее влияние, так и быть источником поддержки и способствовать скорейшей реабилитации больного. Состояние больного после выписки из стационара, прогноз заболевания, а также уровень его социального функционирования во многом определяются особенностями эмоциональной реакции семьи, поведением родственников по отношению к больному, оказываемой социальной поддержкой.

Ряд авторов указывает, что психическое заболевание является психотравмирующим событием для всей семьи, в результате которого изменяются образ жизни ближайших родственников и взаимоотношения между ними, происходит нарушение контактов с ближайшим социальным окружением. Все это накладывает отпечаток на отношение семьи к больному, а следовательно, и на его последующую адаптацию.

Цель: изучение влияния семейных отношений на успешность социальной адаптации больных шизофренией.

Материал. Выборку составили состоящие на учете в Республиканском психоневрологическом диспансере больные шизофренией ($n=61$), из них 33 мужчины и 28 женщин, средний возраст $32,5\pm 9,44$ года ($M\pm SD$), общее среднее число госпитализаций в стационар $5,44\pm 5,27$, с разбросом 1-15 раз, средняя давность заболевания $9,93\pm 6,85$ года. В исследование не включались больные в остром психотическом состоянии и пациенты с выраженным дефектом. В задачи исследования входило изучение этнической характеристики родительской и собственной семьи больного, семейного статуса и семейной адаптации больных шизофренией.

Большая часть (45%) больных никогда не вступали в брак, холостых мужчин (53,4%) было статистически значимо ($p<0,05$) больше, чем незамужних женщин (35,9%). В равных пропорциях представлены больные, имеющие семьи (26%) и состоящие в разводе (25%). Родительские семьи в большинстве (86,3%) были гетеронациональными, в 13,8% – мононациональными. Большинство (50,9%) больных воспитывались в атмосфере партнерства, самостоятельности и поощрения, менее трети (29,9%) – в строгом подчинении старшим с применением наказаний и запретов, с редкой частотой – в условиях гиперопеки (8,1%), атмосфере безразличия и формализма (7,5%), причем женщины (10,9%) статистически значимо ($p<0,05$) чаще, чем мужчины (5,6%). Большинство (66,5%) больных уважительно относились к родителям, реже следовали строгому подчинению старшим (14,2%), относились индифферентно (10,8%) либо пренебрежительно и формально (8,5%). Исследование ролевых позиций супругов в семьях показало частую (42,3%) встречаемость паритетных отношений, причем статистически значимо ($p<0,05$) чаще в семьях мужчин (48%), чем женщин (37,3%). В семьях 29% больных доминировал муж, причем статистически значимо ($p<0,05$) чаще в семьях больных женщин (38,1% и 19%). В семьях 28,3% больных доминировала жена, причем статистически значимо ($p<0,05$) чаще (33%) в семьях больных мужчин, чем женщин (24,6%). При исследовании основных приоритетов выявлено, что на первом месте по значимости были семья и брак (35,6%), далее состояние здоровья (30%), образование и профессия (19,5%), материальное благополучие (12%) и общественное признание (3%). Основным приоритетом для мужчин является состояние здоровья (43%), для женщин – семья и брак (53,3%).

Результаты исследования показали отрицательное влияние неблагоприятных семейных взаимодействий на социальное функционирование пациентов ($p < 0,001$), в то время как более сбалансированные характеристики семейного взаимодействия оказывают суппортивный эффект ($p < 0,001$).

Психообразование является наиболее распространенной формой работы с семейным окружением больных шизофренией. Из больных и их родственников были сформированы психообразовательные группы. Основной целью психообразования являлось формирование у больных и членов их семей адекватного представления о психических расстройствах и привлечение больных и членов их семей к адекватному участию в лечебно-восстановительных мероприятиях. Семьи больных в зависимости от развития заболевания у одного из членов семьи были по-разному подготовлены к восприятию информации о диагнозе, прогнозе и исходе заболевания. В зависимости от особенностей клинико-психопатологической картины болезни у родственников возникали различные психологические реакции: гиперболизации тяжести болезни, минимизации проблемы, рационализации, идентификации болезненных проявлений с личностными особенностями, реакция по типу принятия болезни. В зависимости от этого предлагалось проводить ту или иную интервенцию по отношению к ним. При минимизации проблемы подчеркивается неустойчивость достигнутого улучшения. В случаях гиперболизации тяжести болезни предоставляется информация о закономерностях её течения, оказывалась эмоциональная поддержка. В случае склонности к рационализации и психологизации симптомов внимание акцентировалось на возможном ухудшении состояния при отсутствии адекватного лечения. При принятии болезни упор делался не на её преодоление, а на совладание путем переключения внимания на сохранные стороны личности, повышения уровня социального функционирования и расширения самостоятельности. При реакции идентификации болезненных проявлений с личностными особенностями предоставлялась информация о тактике поведения с больными. При отказе родственников от участия в группе им предлагалась индивидуальная форма работы. Такой дифференцированный подход позволял улучшить комплаентность, социальное функционирование и качество жизни пациентов, а также уменьшить нагрузку на семью.

Таким образом, в ситуации тяжелого психического заболевания после выхода больных из острого состояния существенная роль в их последующей адаптации и реабилитации принадлежит реакции семейного окружения на болезнь и отношению к больному.

Список литературы

1. Казаковцев Б.А., Демчева Н.К., Михайлов В.И. Профилактика – критерий качества организации психиатрической помощи. Психическое здоровье. 2015. Т. 13, № 9. С. 3-10.

2. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DCM-5. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013. 947 p.
3. Pinkham AE, Harvey PD, Penn DL. Paranoid individuals with schizophrenia show greater social cognitive bias and worse social functioning than non-paranoid individuals with schizophrenia. *Schizophr Res Cogn*. 2016 Mar;3:33-38. doi: 10.1016/j.scog.2015.11.002. Epub 2016 Jan 13. PMID: 27990352; PMCID: PMC5156478.

Взаимосвязь особенностей личности с самоповреждающим поведением и уровнем личностного адаптационного потенциала у студентов

Ли Л.С., Стоянова И.Я.

**Национальный исследовательский Томский государственный университет
Томск, Россия**

Личностный адаптационный потенциал (далее ЛАП) понимается как системное свойство личности, которое определяет адаптационные возможности в условиях воздействия неблагоприятных факторов и включает в себя индивидуальный, субъектно-деятельностный и личностный компоненты [1]. ЛАП можно условно разделить на три уровня: первому уровню соответствуют высокие адаптационные возможности, второй уровень – промежуточный, третий – низкий адаптационный потенциал. Лица с высоким адаптационным потенциалом обладают более высоким уровнем нервно-психической устойчивости, имеют незначительный уровень тревожности, им не свойственны соматоневротическая симптоматика и проблемы при социальном взаимодействии [1]. Лица с низким уровнем ЛАП характеризуются проблемами в социальной сфере, развитием психосоматической симптоматики, нормализация психического состояния после пережитого стресса проходит медленнее, с высокими уровнями нервно-психического напряжения и тревоги [1]. Таким образом, уровень ЛАП имеет большое значение «в формировании психических состояний в постстрессовый период и во многом определяет характер динамики функциональных состояний» [1] людей, переживших воздействие стрессовых ситуаций. Проявлением нервно-психического напряжения и чрезмерных негативных эмоций может выступать самоповреждающее поведение (СП). Под СП понимают широкий спектр действий, направленных на причинение собственному телу повреждений, таких как порезы на коже, ожоги, удары по телу [2]. Психологическое содержание СП характеризуется негативным эмоциональным фоном, импульсивностью, трудностями идентификации, вербализации и управления эмоциями. Самоповреждения тесно связаны с организацией личности и выступают как стратегия саморегуляции [2].

Нейробиологические исследования, объясняя СП как механизм регуляции аффекта, показали наличие согласованности в нейронных механизмах эмоциональной и физической боли: передняя поясная кора (anterior cingulate cortex) и передний островок (anterior insula) вовлечены в физические и психологические переживания боли [4]. Высокая степень перекрытия нейронных механизмов эмоциональной и физической боли приводит к облегчению одного типа боли при наличии другого, поэтому для некоторых людей СП может служить для того, чтобы отвлечься от неприятного эмоционального переживания или снизить эмоциональную боль [5].

Цель: выявление взаимосвязи между СП и личностными проявлениями. В качестве значимых проявлений рассматривались личностные особенности, уровень ЛАП, выраженность агрессивных и ригидных тенденций.

Материалы и методы. В исследовании участвовали студенты 5-го курса медицинского университета ($n=63$), средний возраст – 22,7 года. Лица женского пола ($n=56$, 88,9%) преобладали над мужчинами ($n=7$, 11,1%). В исследовании использована анкета для сбора социально-биографических данных, анкета «Неблагоприятные жизненные события» (Польская Н.А., 2007), многоуровневый личностный опросник «Адаптивность», методика «Незаконченные предложения» и тест самооценки психических состояний Айзенка. Статистическая обработка осуществлялась с помощью программы IBM SPSS Statistics 19.

Результаты. Распределение по возрасту в выборке равномерно, по полу выражено преобладание женщин. Факты самоповреждения ($n=14$, 22,2%) выявлены у 1 мужчины и 13 женщин. По методике «Незаконченные предложения» оценивалось субъективное отношение к семье, дружбе, будущему и прошлому, к разным членам семьи, включая родителей. Выявлены более низкая встречаемость отрицательного отношения к отцу (42%) по сравнению с преобладающим положительным отношением к матери (58,1%), негативное (48,3%) или нейтральное (22,6%) отношение к противоположному полу, отрицательные оценки по шкалам: отношение к себе (32,3%), чувство вины (90,3%), страхи и опасения (51,6%). По данным анкеты «Неблагоприятные жизненные события» установлено, что респонденты часто сталкивались с трудными жизненными ситуациями: злоупотребление алкоголем близким человеком (38,7%), частые конфликты между родителями (38,7%), разлука с близким человеком (38,7%), тяжелая болезнь (48,4%) или смерть (71%) близкого человека. Отмечаются значимые положительные корреляции между СП и шкалой шизоидности ($p=0,05$), СП и ригидностью ($p=0,01$) в виде затруднений в изменении поведения в условиях, объективно требующих перестройки, отрицательные корреляции ($p=0,05$) между СП и шкалами опросника «Адаптивность-МЛЮ» коммуникативный потенциал и моральная нормативность, а также интегративной шкалой личностного адаптационного потенциала.

Предположительно, взаимосвязь СП и шкалы шизоидности объясняется особенностью людей, обладающих шизоидными чертами (сочетание повышенной чувствительности с эмоциональной холодностью и отчужденностью в межличностных отношениях) [3]. Личность с шизоидными чертами в основном реагирует на стресс уходом в себя, в мир фантазий, установлением дистанции с окружающими. СП может выполнять сигнальную функцию в виду переживания сильных негативных эмоций и невозможности или неумения получить поддержку от окружающих. Взаимосвязь СП и ригидности объясняется тем, что нанесение вреда собственному телу часто осуществляется под действием сильных негативных эмоций с целью саморегуляции, в таком случае ригидность может служить основанием для реагирования по уже привычной схеме в похожих стрессовых ситуациях.

Отрицательная корреляция СП с ЛАП, коммуникативным потенциалом и моральной нормативностью может свидетельствовать о связи СП с затруднениями в построении общения с окружающими, низкими коммуникативными способностями, обособленностью, неадекватной оценкой своего места и роли в коллективе. Коммуникативный потенциал как составляющая ЛАП выражается в способности индивида устанавливать контакт с окружением, выстраивать отношения и достигать взаимопонимания. При этом несформированная способность установления контакта с окружением или отсутствие должного опыта во взаимодействии может стать преградой для выражения эмоций и потребностей. В таком случае СП способно выступать как возможность эмоциональной саморегуляции и как способ коммуникации (сигнал об эмоциональном неблагополучии).

Под моральной нормативностью понимается способность индивида воспринимать возлагаемую на него социальную роль и действовать соответственно ей, она может быть выражена в способности воспринимать морально-нравственные нормы поведения. В случае снижения показателей моральной нормативности существует риск неадекватной оценки своего места и роли в коллективе [1], что может приводить к нарушению коммуникации, переживанию негативных эмоциональных состояний, СП в данном случае может выступать как дезадаптивная копинг-стратегия.

Низкие показатели ЛАП у респондентов (n=14, 22,2%) с фактом СП подтверждают сниженную адаптацию с возможным нарушением функционального состояния и вероятностью нервно-психических срывов.

Заключение. Выявлена взаимосвязь СП с низким уровнем адаптационного потенциала, ригидностью и шизоидностью. Риск формирования СП в качестве стратегии совладания с трудными жизненными ситуациями на определенном этапе онтогенеза может быть связан с индивидуально-психологическими особенностями личности и неблагополучием семейной системы. Выраженность черт шизоидной направленности может обуславливать трудности в формировании и построении коммуникативного и по-

веденческого потенциала личности, влиять на структуру моральной нормативности. Особенности личностной организации в совокупности со сниженным ЛАП при воздействии стрессовых и психотравмирующих ситуаций предрасполагают использование самоповреждений в широком аспекте случаев как копинг-стратегии, выполняющей функцию эмоциональной саморегуляции. Следовательно, закрепление данной стратегии становится фактором риска формирования нарушений психического здоровья и отклоняющегося поведения.

Список литературы

1. Маклаков А.Г. Личностный адаптационный потенциал: его мобилизация и прогнозирование в экстремальных условиях. Психологический журнал. 2001. Т. 22, № 1. С. 16-24.
2. Польская Н.А. Психология самоповреждающего поведения. М.: ЛЕНАНД, 2017. 320 с.
3. Райгородский Д.Я. Психология и психоанализ характера. Хрестоматия по психологии и типологии характеров. Самара: Издательский Дом «БАХРАХ-М», 2017. 640 с.
4. Eisenberger NI. The pain of social disconnection: examining the shared neural underpinnings of physical and social pain. Nat Rev Neurosci. 2012 May 3;13(6):421-34. doi: 10.1038/nrn3231. PMID: 22551663.
5. Franklin JC, Puzia ME, Lee KM, Lee GE, Hanna EK, Spring VL, Prinstein MJ. The nature of pain offset relief in nonsuicidal self-injury: A laboratory study. Clinical Psychological Science. 2013;1:110-119. doi: 10.1177/2167702612474440.

Маркеры нейровоспаления у больных параноидной шизофренией в процессе терапии антипсихотиками

Лобачева О.А., Воробьева С.А., Корнетова Е.Г.

**НИИ психического здоровья, ТНИМЦ Российской академии наук
Томск, Россия**

Важную роль в патогенетических механизмах шизофрении играет иммуновоспаление, о чем свидетельствует продемонстрированная в нейровизуализационных исследованиях активация микроглии с последующим образованием медиаторов воспаления, которые, воздействуя на соседние астроциты и нейроны, вносят значительный вклад в гомеостатическую регуляцию мозговой ткани [1, 2]. Предполагается, что воспаление является не только следствием шизофрении, но и может быть фактором риска её развития. Воспаление в результате нарушения регуляции цитокинов и антиоксидантных систем может иметь решающую роль и в этиологии шизофрении [3]. Основные провоспалительные цитокины ИЛ-6, фактор некроза опухоли-альфа (TNF- α), ИЛ-1 α , ИЛ-1 β активируют другие клеточные компоненты воспалительного ответа и выработку белков острой фазы, ИЛ-6 и TNF- α стимулируют печеночный липогенез, связанный с ожирением и инсулинорезистентностью.

Роль воспаления при шизофрении подтверждается иммуномодулирующим и противовоспалительным действием антипсихотических препаратов [2, 4], противовоспалительным эффектом обладает и антипсихотик третьего поколения арипипразол. Так же известно, что атипичные антипсихотики по-разному влияют на уровень цитокинов в сыворотке крови у пациентов с шизофренией с метаболическим синдромом и без него [5]. Периферические биологические маркеры являются достоверными и надежными показателями. Наряду с субъективно оцениваемыми клиническими признаками и синдромами, они могут выступать индикаторами болезненного состояния, а их определение способствует более углубленному пониманию патогенеза заболевания и его патофизиологических механизмов [6]. На основе вышесказанного, несомненно, актуальным является изучение влияния неспецифических воспалительных изменений на степень выраженности клинических проявлений при шизофрении.

Цель: изучение клинических особенностей и маркеров нейровоспаления у больных параноидной шизофренией с полиморбидными хроническими неинфекционными заболеваниями.

Материалы и методы. Проведено клинико-иммунологическое обследование 25 пациентов с параноидной шизофренией, находившихся на стационарном лечении в отделении эндогенных расстройств клиники НИИ психического здоровья ТНИМЦ, которые дали согласие на участие в исследовании. В выборку включались лица 18-65 лет с давностью кататнеза не менее 1 года, с наличием хронических соматических заболеваний, состояние которых на момент обследования соответствовало диагностическим критериям шизофрении по МКБ-10. Пациенты получали персонализированную терапию арипипразолом (10-30 мг/сут) – антипсихотиком с противовоспалительным действием и низким риском развития побочных эффектов. При обследовании терапевтом у пациентов выявлена сопутствующая патология в виде метаболического синдрома, гипертонической болезни, заболеваний ЖКТ. При проведении исследования были соблюдены принципы информированного согласия Хельсинской Декларации ВМА, исследование одобрено локальным независимым этическим комитетом НИИ психического здоровья. Психометрическая оценка выраженности симптомов шизофрении на момент поступления в стационар и в динамике терапии осуществлялась с помощью шкалы позитивных и негативных синдромов (PANSS). Эффективность терапии оценивалась по динамике улучшения состояния через 4 недели лечения с использованием шкалы CGI.

Исследование уровней провоспалительных цитокинов IL-6, TNF- α , белка острой фазы С-реактивного белка (СРБ) в сыворотке крови пациентов проводилось методом твердофазного иммуноферментного анализа с использованием наборов реагентов АО «Вектор-Бест» (Новосибирск, Россия) в двух точках: при поступлении в стационар и через 4 недели лечения.

Контрольную группу при биологических исследованиях составили 20 практически здоровых людей.

Статистическую обработку данных проводили с использованием пакета STATISTICA версия 12.0 для Windows. Так как большинство изучаемых показателей не подчинялось нормальному закону распределения, применяли непараметрические критерии: U-критерий Манна-Уитни для сравнения независимых выборок, критерий Вилкоксона для сравнения зависимых выборок, их описательная статистика представлена медианой и межквартильным интервалом. За критический уровень значимости p при проверке гипотез был принят 0,05.

Результаты. Выявлена положительная динамика степени выраженности позитивных, негативных, общепсихопатологических симптомов и общего балла по шкале PANSS в процессе терапии: средний процент снижения общего балла составил 19,00% ($p=0,0004$), средний процент снижения баллов по подшкале позитивных расстройств – 21,36% ($p=0,0015$), негативных расстройств – 17,0% ($p=0,0007$), общепсихопатологической симптоматики – 18,84% ($p=0,0004$). При анализе динамики психического состояния по шкале CGI значительное и существенное улучшение психического состояния отмечено у 17 пациентов (68%), незначительное улучшение психического состояния – у 8 (32%). При иммунологическом обследовании в общей группе пациентов в 1-й точке исследования при поступлении в стационар установлены статистически значимо высокие значения уровней циркулирующих в крови цитокинов по сравнению со здоровыми лицами: IL-6 ($p=0,0039$), TNF- α ($p=0,0014$) и высокий уровень СРБ ($p=0,046$) в сыворотке крови. Обнаруженные до начала лечения высокие концентрации исследованных маркеров имели явную тенденцию к снижению во 2-й точке исследования, однако не достигали контрольного уровня, что, вероятно, связано с их индивидуальной вариабельностью. В динамике терапии арипипразолом отмечено уменьшение уровней циркулирующих цитокинов: IL-6 – в 2,99 раза ($p=0,0066$), TNF- α – в 1,77 раза ($p=0,0152$), СРБ – в 10,57 раза ($p=0,0077$) по сравнению с исходными значениями.

Таким образом, в результате изучения клинических особенностей больных параноидной шизофренией с лабораторными признаками нейровоспаления в процессе лечения арипипразолом – антипсихотиком с противовоспалительным действием и низким риском развития побочных эффектов показана благоприятная динамика клинических (выраженность симптомов шизофрении по шкале PANSS и показатели эффективности терапии по шкале CGI) и биологических параметров – маркеров нейровоспаления (IL-6, TNF- α , СРБ). На основании полученных данных предложена медицинская технология, предназначенная для изучения клинических особенностей больных параноидной шизофренией с коморбидными хроническими неинфекционными заболеваниями и лабораторными признаками нейровоспаления

с анализом уровней циркулирующих провоспалительных цитокинов IL-6, TNF- α , и С-реактивного белка в каждом конкретном случае, с дальнейшим назначением противоречивой персонализированной терапии, которая корректирует не только проявления основного заболевания, но и приводит к нормализации биологических показателей и соматического состояния больных.

Список литературы

1. Ключник Т.П., Смулевич А.Б., Зозуля С.А., Воронова Е.И. Нейробиология шизофрении и клинико-психопатологические корреляты (к построению клинико-биологической модели). Психиатрия. 2021. Т. 19, № 1. С. 6-15. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2021-19-1-6-15>.
2. Müller N. Inflammation in Schizophrenia: Pathogenetic Aspects and Therapeutic Considerations. Schizophr Bull. 2018 Aug 20;44(5):973-982. doi: 10.1093/schbul/sby024. PMID: 29648618; PMCID: PMC6101562.
3. Ветлугина Т.П., Лобачева О.А. Цитокины в патогенезе шизофрении. Цитокины и воспаление. 2019. Т. 18, № 1–4. С. 5-9.
4. Uptegrove R, Khandaker GM. Cytokines, oxidative stress and cellular markers of inflammation in schizophrenia. Curr Top Behav Neurosci. 2020;44:49-66. doi: 10.1007/7854_2018_88. PMID: 31115797.
5. Boiko A.S., Mednova I.A., Kornetova E.G., Gerasimova V.I., Bokhan N.A. Ivanova S.A. Kornetov A.N., Loonen A.J.M. Cytokine level changes in schizophrenia patients with and without metabolic syndrome treated with atypical antipsychotics. Pharmaceuticals. 2021, 14(5):446. <https://doi.org/10.3390/ph14050446>.
6. Никитина В.Б., Ветлугина Т.П., Лобачева О.А., Прокопьева В.Д., Лебедева В.Ф. Биологические маркеры прогноза формирования, течения и эффективности терапии психических расстройств и алкогольной зависимости. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2023. № 1 (118). С. 59-70. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2023-1\(118\)-59-70](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2023-1(118)-59-70)

Психическое здоровье и качество жизни родственников, опекающих пациентов с расстройствами шизофренического спектра

Лутова Н.Б., Макаревич О.В.

**ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России
Санкт-Петербург, Россия**

Введение. Вовлечение семьи больного и значимых для него близких в процесс сопровождения лечения является важным аспектом качественной клинической практики (The American Psychiatric Association Practice Guideline for the Treatment of Patients with Schizophrenia, 2021). Значимость близкого окружения для лечения и реабилитации пациента с тяжёлыми психическими расстройствами определяется различными аспектами.

Родственники больного становятся источником дополнительной информации о развитии и проявлениях психического расстройства, облегчая процесс диагностики состояния, участвуют в организации контактов пациента с психиатрической службой и в уходе за ним. Их вовлечённость в процесс терапии осложняется дистрессом семьи на факт заболевания и увеличением нагрузки, что приводит к формированию семейного бремени (семейной обременённости), способного обуславливать ухудшение психического и физического здоровья, качества жизни опекающих лиц.

Цель: изучение состояния психического здоровья и качества жизни родственников, опекающих пациентов с расстройствами шизофренического спектра (РШС) в сравнении с данными общепопуляционных исследований, с последующим выявлением взаимосвязей этих параметров с семейной обременённостью.

Материалы и методы. Всего обследовано 200 человек: 100 родственников-опекунов и 100 пациентов с РШС. У обследованных родственников собирались социально-демографические данные, проводилось обследование с использованием опросников: бремени ухаживающего лица Зарит (Zarith Burden Interview – ZBI) для оценки структуры и интенсивности семейной обременённости, SCL-90-R (Symptom Check List-90-r-Revised) для оценки выраженности психопатологической симптоматики, SF-36 (Health Status Survey) для оценки качества жизни. У пациентов так же собирались социально-демографические данные, определялся уровень глобального функционирования с использованием Шкалы глобального функционирования (Global Assessment of Functioning (GAF) Scale). Полученные данные анализировались с помощью пакета прикладных статистических программ SPSS. Использованы дескриптивная статистика, оценка параметров распределения данных осуществлялась посредством критерия Z Колмогорова-Смирнова, сравнение данных в изучаемых группах для параметрических данных методом однофакторного дисперсионного анализа (ANOVA), по t-критерию Стьюдента, для непараметрических данных – с использованием критериев Н Краскела-Уоллеса и U Манна-Уитни, дополнительно рассчитывались коэффициенты Cohen's d. Для проведения корреляционного анализа использованы методы Пирсона (для параметрических данных), Спирмена (для непараметрических). Уровень значимости $p \leq 0,05$.

Результаты. Изучены социально-демографические и клинико-психологические параметры родственников: средний возраст – $53,1 \pm 11,1$ года, женщины преобладали над мужчинами ($n=69$, 69% против $n=31$, 31%), 77 человек (77%) работали, 23 (23%) были не трудоустроены, проживали совместно с пациентом 68 (68%), отдельно – 32 (32%). По статусу родственных отношений: 64 (64%) – родители больных, из них 58 (58%) – матери и 6 (6%) – отцы больных, 7 (7%) – дети пациентов, 22 (22%) – супруги, 7 (7%) – сиблинги.

Определены социально-демографические параметры опекаемых родственниками пациентов: средний возраст – 38,2±9,9 года, большинство из них женщины (n=74, 74%) по сравнению с мужчинами (n=26, 26%), 56 (56%) были безработными, 34 (34%) имели инвалидность, 33 (33%) состояли в браке, 29 (29%) имели детей. Установленный диагноз по МКБ-10: шизофрения (F20) – у 72 (72%), шизотипическое расстройство (F21) – у 9 (9%), хроническое бредовое расстройство (F22) – у 7 (7%), шизоаффективное расстройство (F25) – у 12 (12%). Средняя продолжительность заболевания – 14±9 лет, средний возраст дебюта – 24±8 лет, среднее количество госпитализаций – 7±6. Выраженность нарушений глобального функционирования у большинства пациентов (n=69, 69%) соответствовала среднему и высокому уровням, средний балл 48,6±13,4.

Средний общий балл по опроснику ZBI бремени для ухаживающих родственников – 41,7±14,7; у 47 (47%) – средняя или высокая степень бремени. У большинства (75%) показатели по опроснику SCL-90 превышали нормативные: индекс общей тяжести состояния – 0,60±0,25 и 0,51±0,02 ($p \leq 0,05$, Cohen's $d=0,241$), субшкала соматизации – 0,57±0,25 и 0,44±0,03 ($p \leq 0,05$, Cohen's $d=0,322$) (Тарабрина Н.В., 2001). У 50% зарегистрированы превышающие нормативные показатели по субшкале депрессивности – 0,71±0,34 и 0,62±0,04 ($p \leq 0,05$, Cohen's $d=0,200$), у 25% – высокие показатели по субшкалам тревожности (0,57±0,3 и 0,47±0,03, $p \leq 0,05$, Cohen's $d=0,248$) и фобии (0,28±0,28 и 0,18±0,02, $p \leq 0,05$, Cohen's $d=0,504$). В то время как показатели качества жизни по опроснику SF-36 были ниже нормативных по субшкалам: интенсивность боли – 36,7±5,2 и 50±10 ($p \leq 0,05$, Cohen's $d=0,51$), социальное функционирование – 37,6±9 и 50±10 ($p \leq 0,05$, Cohen's $d=0,45$), психическое здоровье – 35,3±6,8 и 50±10 ($p \leq 0,05$, Cohen's $d=0,57$) (Амирджанова В.Н. с соавт., 2008).

Между большинством показателей, оценивающих психопатологические симптомы и бремя ухода, по субшкалам опросников SCL-90 и ZBI установлены корреляционные взаимосвязи: факторы «Самокритика» ($r=0,32$, $r=0,31$, $p \leq 0,05$) и «Восприятие дефицита ресурсов» ($r=0,34$, $r=0,49$, $p \leq 0,05$), что свидетельствует об ухудшении психоэмоционального состояния родственников при усилении семейной обременённости. Выявлены корреляционные взаимосвязи между показателями опросников SF-36 и ZBI: интенсивность боли и факторы ZBI Ф2 ($r=0,46$, $p \leq 0,05$) и Ф3 ($r=0,40$, $p \leq 0,05$), жизненная активность и Ф2 ($r=-0,40$, $p \leq 0,05$), социальное функционирование и Ф2 ($r=-0,44$, $p \leq 0,05$), ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием, и Ф3 ($r=-0,42$, $p \leq 0,05$), психическое здоровье и Ф1 ($r=-0,53$, $p \leq 0,05$), Ф2 ($r=-0,52$, $p \leq 0,05$) и Ф3 ($r=-0,49$, $p \leq 0,05$). Эти данные свидетельствуют о более выраженном ухудшении психологического здоровья и о меньшем снижении физического компонента здоровья при росте нагрузки по уходу за пациентом.

Установлены статистически значимые корреляционные взаимосвязи между показателями по опросникам Шкала глобального функционирования и ZBI: средние отрицательные корреляции с фактором «Неопределённость» ($r=0,48$, $p\leq 0,05$) шкалы ZBI, для остальных параметров отрицательные корреляции умеренной интенсивности ($r=0,53$, до $r=0,67$, $p\leq 0,05$), что свидетельствует об увеличении нагрузки на опекающих родственников при нарастании функциональной дезадаптации больных с РШС.

Выводы. Качество жизни родственников, опекающих психически больных, снижено в сравнении с представителями общей популяции, что обусловлено высокой психологической нагрузкой, беспокойством, недостатком сил и времени, чувством беспомощности, эпизодами раздражения и озлобленности на больного. Психическое здоровье членов семьи, осуществляющих уход, уязвимо из-за большей выраженности у респондентов соматизации, депрессивных и тревожных переживаний, что дополняется сокращением социальных контактов и снижением жизненной активности. Психологическое неблагополучие взаимосвязано с интенсивностью нагрузки на семью, обусловленной сопровождением больного. Выявленные особенности свидетельствуют о необходимости диагностики состояния психического здоровья у лиц, опекающих пациентов, с целью оказания им своевременной медико-социальной помощи, характер которой будет определяться качеством и степенью выявленных проблем.

Список литературы

1. Амирджанова В.Н., Горячев Д.В., Коршунов Н.И., Ребров А.П., Сороцкая В.Н. Популяционные показатели качества жизни по опроснику SF-36 (Результаты многоцентрового исследования качества жизни «Мираж»). Научно-практическая ревматология. 2008. № 1. С. 36-48.
2. Клиническая психометрика: учебное пособие. В.А. Солдаткин, А.И. Ковалев, М.Н. Крючкова [и др.]. Ростов-на-Дону: Изд-во РостГМУ, 2020. 352 с.
3. Лутова Н.Б., Макаревич О.В., Сорокин М.Ю., Хобейш М.А. Определение психометрических свойств опросника ухаживающего лица Зарит (ZBI) у родственников с расстройствами шизофренического спектра в русскоязычной популяции. Социальная и клиническая психиатрия. 2023. Т. 32, № 1. С. 12-19.
4. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб.: Питер, 2001. 272 с.

Особенности семейной терапии зависимостей в семейных клубах трезвости

Магай А.И.¹, Немцев А.В.², Бабурин А.Н.¹

¹ ФГБНУ «Научный центр психического здоровья, Москва, Россия

² Национальный исследовательский Томский государственный университет, Томск, Россия

Место семьи в вопросах охраны психического здоровья в психиатрии и наркологии обусловлено её влиянием на жизнь человека на всем протяжении от рождения до смерти. Семья несет функции защиты и минимизации уязвимости перед личностными угрозами во время кризисов. Семья является базой и предоставляет ресурсы для развития индивидуального человека и всего общества в целом. С другой стороны, в случае деструктивных процессов в семье накапливаются серьезные противоречия, представляющие проблемы для существования её членов, которые могут способствовать возникновению, а также создавать условия для рецидивов психических заболеваний и болезней зависимостей [1]. В связи с важностью института семьи для безопасности государства 2024 г. Указом президента Российской Федерации В.В. Путина объявлен Годом семьи.

Многочисленные исследования предлагают разные подходы к оценке места семьи в вопросах психического здоровья. Так, в «психогенетическом» направлении утверждается, что особенности семейной жизни пациентов играют роль в формировании личностных аномалий и проявлений психических заболеваний. Клинико-генетическое направление отводит значительное место личностным особенностям больных и их родственников, а также биологическим факторам в патогенезе психических расстройств (Эйдемиллер Э.Г. и др., 2007). Семья может рассматриваться и как социальный институт, и как малая группа. Непосредственно в семье закладываются и формируются базовые личностные представления и навыки коммуникации. Среди основных функций семьи – репродуктивная, сексуальная, хозяйственно-бытовая, экономическая, досуговая, эмоциональная, первичного социального контроля, предоставления социального статуса, воспитательная и духовного общения. В индивидуально-психологическом аспекте дисгармоничное прохождение жизненных циклов семьи, а также психотравмирующие обстоятельства негативно влияют на психическое здоровье её членов. Нестабильность семьи как социального института приводит к переживанию неустойчивости, усилению тревожности и дезадаптации с нарушением психического здоровья у её членов [2]. Необходимость оказания помощи семье и решение вопросов психического благополучия её членов определяют необходимость разработки и создания различных подходов к семейной психотерапии.

По ходу истории помощь семье, столкнувшейся с психическими расстройствами, изначально базировалась на принципах групповой психотерапии. В последующем появились специализированные методы семейной терапии, психодинамическое (Мягер В.К., Ackerman N.) и стратегическое (Minuchin S., Haley J.) направления. Развитие системного семейного подхода связано с М. Боуэном, автором теории семейных систем, базирующейся на принципах определения и проявления отношений, «невовлечения в треугольник», обучения супругов эффективному общению, занятию «Я-позиции». Развитие данного подхода позволило Белградской школе семейной терапии зависимостей (Belgrade Systemic Approach to the Treatment of Alcoholism, Gacic, 1972) осмыслить опыт семейной терапии у больных и членов их семей с зависимостями [3]. Современная помощь семьям лиц с психическими заболеваниями и расстройствами поведения сочетает разные методы поведенческой, когнитивной, экзистенциальной психотерапии.

В исследованиях особенностей семейных отношений у зависимых и их близких обращается внимание на феномен созависимости. Этот неоднородный, многомерный, полифункциональный и динамичный биопсихосоциальный феномен обусловлен дефицитарностью личности, деформированным самоотношением созависимых и предполагает идентификацию с близким зависимым из-за дефицита целеполагания и последующую патологическую адаптацию к трудной жизненной ситуации [4]. Дефиниция «созависимость» (СЗ) как аналог биопсихосоциодуховной модели зависимости рассматривается в медицинском, психологическом, социальном, экзистенциальном направлениях. В медицинском подходе СЗ рассматривается как болезнь, нарушающая жизнедеятельность и влияющая на продолжительность жизни, расценивается неизлечимой, можно только облегчить её состояние. В психологическом подходе – как результат незаконченного психологического развития вследствие возрастных кризисов, для разрешения которых необходимы психокоррекционные и психотерапевтические воздействия. В социальном подходе формирование СЗ связывают с воспитанием в дисфункциональных семьях, где имелись аддиктивные расстройства, жестокое обращение, а естественное выражение чувств запрещалось, создание условий для улучшения функционирования семьи может привести к выздоровлению от созависимости. В экзистенциальном подходе – во взаимосвязи с категориями свободы и несвободы: человек свободен в той степени, в какой имеет возможность действовать в личностных интересах, и несвободен, если вынужденно действует в чужих интересах. СЗ как естественное проявление, не разрушает личность, если человек осознает свои личные границы, цели и мотивы, способен ответственно решать проблемы, обладает навыками выражения и регуляции эмоций. В случае дезадаптации в своих крайних проявлениях СЗ негативно влияет на все уровни жизни.

Таким образом, выбор адекватной исследовательской позиции определяет возможность целостного осмысления и выстраивания оптимальных моделей семейного поведения, что отражается на преодолении психических расстройств при болезнях аддикции.

При обсуждении помощи семьям с аддиктивными расстройствами авторы отмечают многообразие подходов и методов, что связано со сложностью исследуемой темы и традициями культурного осмысления проблем в таких семьях.

Зачастую семья сталкивается с серьезными медицинскими заболеваниями одного или нескольких членов, что делает необходимым биологическое лечение и реабилитацию психических болезней и расстройств поведения. Отсутствие адекватной психофармакологической поддержки затрудняет помощь, а в ряде случаев делает её неэффективной. В таком случае специалистам необходимо опираться на принципы комплексной реабилитации: активное участие всех членов семьи в терапии, командный принцип, единство и преемственность профилактических и реабилитационных методов и технологий, мультидисциплинарный и персонифицированный подход, индивидуальные рекомендации в выборе техник и методов семейной терапии зависимостей, включая индивидуальную и групповую.

Пример эффективного сочетания институциональных и внеинституциональных этапов терапии в системе мультидисциплинарной помощи больным с эндогенными расстройствами и алкогольной зависимостью с участием членов семьи – технология конфессионально-ориентируемой помощи, реализуемая с 2018 г. на базе ФГБНУ «Научный центр психического здоровья». Методологические основы данного подхода, основывающегося на биопсихосоциодуховной модели в психиатрии и наркологии, разрабатываются рядом авторов и уже имеют несколько модификаций [5].

Значимость социально-психологического аспекта в семейной терапии обуславливает необходимость осмысления типологии отношений в семье. Анализ научных представлений позволяет сформулировать цели и задачи в семейном терапевтическом процессе. Синтез представлений о межличностном и социальном взаимодействии членов семьи в процессе совместной деятельности и особенностях общения по оси «доминирование – манипуляция – соперничество – партнерство – сотрудничество» представляет возможность рассматривать другого человека в семейной системе не просто как средство достижения результата, а как самоценность или цель взаимодействия. Сосредоточенность, или «доминанта» на другом при поддержании состояния «внезаходимости», направленность на обретение духовного смысла рассматривается как метод семейной психотерапии в традиции духовно-ориентированного диалога Т.А. Флоренской, её идеи, близкие многим исследователям, придают значение ценностным и смысловым категориям в семейных отношениях.

Г. Триандис в книге «Культура и социальное поведение» задается вопросом – является ли другой человек объектом или субъектом в ситуации взаимного общения? Психотерапевт П. Вацлавик, рассматривая отношения с позиции их функциональности, предлагает подходы: 1) оценочный – отношения сравниваются по значимости, исследуется влияние ценностей в общении, 2) функциональный – взаимозависимые отношения в семье, с точки зрения смыслов. В оценочных межличностных отношениях значимы эмпатия и ценностные переживания «свой/чужой», на общественном уровне придается значение вертикали должностных факторов. В функциональных отношениях для межличностного уровня характерны ролевые позиции (мужчины и женщины), а в социальном взаимодействии отмечается распределение обязанностей, межгрупповая кооперация. В функциональных отношениях главенствует принцип взаимосвязанности, согласно которому по Р. Мэй, человек зависим от окружающего мира (Umwelt) и каждый зависим друг от друга (Mitwelt). Важным является осознание положительных семейных смыслов и корреляций, уберігающих от невротического понимания отношений в семейной системе как «патологически созависимых».

Появление деструктивных процессов в семье в результате патологической аддикции может приводить к оценочной позиции, происходит деформация отношений с нарастанием манипулятивно-доминирующего стиля общения. В такой семье остро стоит вопрос власти и конкуренции за её обладание, процессы сотрудничества и обретения общих смыслов нивелированы. Восстановление семейной гармонии связано с обретением новых общих смыслов и изменением стиля семейного поведения. Методология духовно-ориентированного диалога Флоренской используется в коррекции детско-родительских отношений, а также в реабилитационных программах помощи семьям с аддиктивными расстройствами поведения.

В рамках социального аспекта семейной терапии применяются модели семейного поведения, основанные на адаптивных способах эмоционального реагирования и сотрудничества, в ходе создания социальной среды, в рамках которой реализуются совладающие или копинг-стратегии. Изменение стиля поведения связано с переориентацией ценностно-смысловых представлений членов семьи, сопровождается перераспределением ролей, позиций и отношений. У зависимого происходит восстановление нормативных ценностных ориентаций в результате повышения осмысленности жизни, для родственников имеет значение добровольный отказ от обвинений зависимого в употреблении, принятие личной ответственности за свою жизнь, семейное благополучие и развитие. Теория и практика комплексной терапии средой на базе семейных терапевтических групп реализуется в методологии В. Худоліна, по алгоритму которого действуют свыше 3 500 сообществ в более чем 30 странах Европы и мира.

Экзистенциальный аспект в семейной терапии включает понятия смысла жизни, рождения детей и продолжения рода, преодоления семейных кризисов, развития ответственного поведения на основе осмысления жизни, осознания жизненных ценностей и изменения своего жизненного пути. Семья является одной из важнейших ценностей в жизни человека. Ради семьи он готов идти на самопожертвование и альтруистическое служение близким, но также благодаря семье получает радость совместного бытия и наполненность смыслом существования. Глубинные вопросы смысла связаны с представлениями о духовной жизни, а вопросы семейного устройства часто рассматриваются в рамках религиозного мировоззрения. В христианстве существует учение о семье как Малой Церкви, созиданию и устройению которой должны быть предназначены заботы верующего человека. В других традиционных конфессиях сохранение и укрепление семьи является послушанием Божественной воли.

В российской действительности в условиях мультиконфессиональности обращение к духовным смыслам для сохранения и поиска механизмов помощи семье с проблемами зависимостей является насущной задачей, поскольку опирается на скрепы российского общества. Деятельным ресурсом может стать использование религиозных копинг-стратегий применительно к семейной системе. Духовно-ориентированные методы семейной терапии в условиях конфессиональной программы профилактики зависимого поведения свыше 30 лет успешно реализуются в семейных клубах трезвости под руководством протоиерея Алексея Бабурина.

Список литературы

1. Солохина Т.А., Цапенко А. И., Трушкина С. В. Семья и психическое заболевание: проблемы и их решения. Проблемное поле современной семьи. М.: Институт психологии РАН, 2015. С. 48-53.
2. Гуткевич Е. В. Современная семья в аспекте психологии здоровья личности: проблемы развития и возможности превенции. Сибирский психологический журнал. 2014. № 51. С. 120-131.
3. Nastasić P. Development of the Family System-therapeutic Approach in the Addiction Treatment in Serbia. Interdisciplinary Description of Complex Systems: INDECS. 2020. Т. 18. № 1. С. 1-14.
4. Стряпухина Ю.В., Посохова С.Т. Клинико-психологический подход в работе с созависимыми. Вестник психотерапии. 2024. № 89. С. 89-101. doi: 10.25016/2782-652X-2024-0-89-89-101.
5. Немцев А.В. Семейная трезвость как ценность в современной психологии. Глобальные вызовы современности и духовный выбор человека: материалы мультидисциплинарных конференций, проводившихся в рамках программы XXXI Международных Рождественских образовательных чтений. М. : ФГБНУ НЦПЗ: Скифияпринт, 2023. С. 155157. doi: 10.53454/9785986206226_155

Аутоагрессия в раннем и дошкольном возрастах

Марголина И.А.^{1,2}, Платонова Н.В.¹, Иванов М.В.¹, Калинина М.А.¹, Шалина Н.С.¹, Никитина С.Г.¹, Голубева Н.И.¹, Балакирева Е.Е.¹, Шушпанова О.В.¹, Куликов А.В.¹, Калинина М.А.¹

¹ ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»

**² ГБУЗ Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ г. Москвы»
Москва, Россия**

Актуальность. Аутоагрессия в раннем и дошкольном возрастах распространена достаточно широко [1]. Аутоагрессивное поведение может встречаться как при различных психопатологических состояниях [3, 4], так и в рамках нормативного и нарушенного психического развития [1, 2].

Цель: изучение типологии и феноменологии особенностей аутоагрессивного поведения при разных видах психической патологии в раннем и дошкольном возрастах.

Материал и методы. В общую выборку вошли (n=160) дети, из них с аутоагрессивным поведением (n=30) в возрасте от 2 лет 3 месяцев до 2 лет 11 месяцев, (n=30) – от 3 лет до 3 лет 11 месяцев, (n=45) – от 4 лет до 4 лет 11 месяцев, (n=45) – от 5 лет до 6 лет 11 месяцев, находившиеся на стационарном лечении в НПЦ им. Г.Е. Сухаревой. Использованы клинические (педиатрический, неврологический, клинико-психопатологический) и параклинические (патопсихологический, инструментальный) методы исследования.

Результаты и обсуждение. Аутоагрессия в раннем и младшем дошкольном возрастах встречалась у больных аутизмом (n=75), детским типом шизофрении (n=5), умственной отсталостью (n=5) и заболеваниями, возникшими в результате раннего органического поражения ЦНС (n=5). В первых двух случаях аутоагрессивные действия чаще наблюдаются в рамках кататонических расстройств (импульсивного кататонического возбуждения) (80%, n=72) и психопатоподобного синдрома и сочетаются с гетероагрессивными действиями (20%, n=18). При умственной отсталости и раннем органическом поражении ЦНС аутоагрессия сопровождается гетероагрессией, чаще отмечается в рамках психопатоподобного синдрома (90%, n=81) в виде кусания рук и повреждений кожных дериватов, реже – кататоноподобных проявлений (10%, n=9) в виде стереотипных ударов головой, ударов кулаком или ладонью, наносимых пациентом себе по голове, лицу и другим частям тела. Данные расстройства в большинстве случаев отмечаются на фоне нарушения когнитивного развития (70%, n=63). В среднем и старшем дошкольном возрастах этиопатогенез и клинические проявления аутоагрессии расширяются и усложняются.

Помимо перечисленных выше болезненных состояний, выявлены аутоагрессивные проявления в рамках психопатоподобных, невротоподобных и невротических расстройств (33%, n=30). Возрастает влияние психогенного фактора. В отличие от более раннего возраста аутоагрессивное поведение чаще (66% случаев) встречается у детей с соответствующим возрасту интеллектуальным развитием. В рамках психопатоподобного синдрома аутоагрессия часто сочетается с гетероагрессией и расторможением агрессивно-садистического влечения и отмечается на фоне аффективной неустойчивости с тенденцией к дисфорическому фону настроения, в ряде случаев носит демонстративный характер. При невротоподобном синдроме чаще отмечается тревожно-депрессивный фон настроения, аутоагрессия редко сочетается с гетероагрессивными проявлениями. Аутоагрессия в данной возрастной группе проявляется в виде обкусывания ногтей, заусенцев, дистальных фаланг пальцев до крови, расцарапывания кожных покровов, трихотилломании. Достаточно часто встречаются шизотипические черты и органический фон, однако в большинстве случаев удается проследить психогенный фактор. У пациентов данной возрастной группы, помимо указанных выше эндогенных и органических расстройств, чаще всего диагностируются смешанное расстройство эмоций и поведения и другие расстройства с преимущественным началом в детском возрасте.

Выводы. Аутоагрессивное поведение в раннем и дошкольном возрастах носит несуйцидальный характер, встречается при эндогенной, органической и психогенной патологии. В возрастном аспекте прослеживается возрастание роли психогенного фактора в возникновении аутоагрессивного поведения.

Список литературы

1. Марголина И.А., Платонова Н.В., Иванов М.В. Психическая депривация как фактор риска нарушений психического развития в раннем детстве. Раннее детство: психологическая абилитация и профилактика нарушений психического развития. М.: Московский институт психоанализа, 2023. С. 95-103.
2. Мухамедрахимов Р.Ж. Психологическое взаимодействие матери и ребенка: дис. ... д-ра психол. наук. СПб., 1999. 431 с.
3. Шалина Н.С., Иванов М.В., Балакирева Е.Е., Куликов А.В., Коваль-Зайцев А.А., Никитина С.Г., Шушпанова О.В. Самоповреждающее поведение при аутизме. Психическое здоровье. Материалы XIII Всерос. межвуз. научно-практ. конф. «Самоповреждение и самоубийство: современные подходы к диагностике, профилактике, лечению и реабилитации». 2023. Т. 18, № 9. С. 88-90.
4. Шушпанова О.В., Балакирева Е.Е., Коваль-Зайцев А.А., Якупова Л.П., Никитина С.Г., Блинова Т.Е., Шалина Н.С., Куликов А.В., Иванов М.В. Клинические особенности неспецифических несуйцидальных самоповреждений в рамках расстройств шизофренического спектра с депрессивным аффектом. Психическое здоровье. Материалы XIII Всерос. межвуз. научно-практ. конф. «Самоповреждение и самоубийство: современные подходы к диагностике, профилактике, лечению и реабилитации». 2023. Т.18, № 9. С. 94-96.

Особенности горевания несостоявшихся родителей и возможности психолога в сопровождении перинатальной утраты

Мацук М.А.

Автономная некоммерческая организация «Институт интегративной семейной терапии»

Москва, Россия

К перинатальным потерям относятся случаи внематочной беременности, невынашивания беременности, антенатальной и интранатальной гибели плода, смерти новорожденного в возрасте до 28 суток после рождения. В некоторых странах к перинатальным потерям также причисляют некурабельное бесплодие, смерть усыновленного младенца [2]. В случае перинатальной потери могут возникнуть помехи, осложняющие для несостоявшихся родителей процесс переживания горя. Вероятность риска развития осложненного переживания горя в этой ситуации обусловлена сочетанием физиологического стресса сотягчающими социокультурными (в обществе распространено обесценивающее отношение к такой утрате) и психологическими факторами (нарушение базовой родительской функции, комплекс символических и экзистенциальных утрат, влияние на самооценку и самоидентификацию родителей).

Наш практический опыт (клинического и семейного психолога) показывает, что стандартные запросы супругов при обращении по поводу перинатальной потери различаются внутри пары. Так, женщины чаще обращаются с запросами: «как пережить горе?», «как решиться на следующую беременность?», «как выйти на работу после прервавшегося декретного отпуска?», «как справиться с чувством вины?», «как общаться с родственниками, друзьями и знакомыми по поводу потери?». Мужчины чаще ищут ответы на вопросы: «как помочь жене пережить утрату?», «как справиться с собственной агрессией?». При этом гораздо реже супруги приходят с готовым запросом: «как нам вместе, как паре, пережить это горе?».

Вместе с тем в специализированной литературе описываются последствия для супружеских отношений и гендерные различия в паре при проживании перинатальной потери: 1) женщины проявляют больше эмоций вне зависимости от срока потерянной беременности, пользуются большим сочувствием окружающих, 2) глубина и длительность переживания мужчин коррелирует со сроком беременности, на котором произошла утрата. Социальное признание отцовского горя ниже, чем в отношении к матери: мужчине предписывается быть эмоционально сдержанным, активным и оказывать поддержку жене. Это может вызывать попытку рационального подавления своих эмоций и привести к депрессивному состоянию, 3) несостоявшиеся родители практически никогда не оказы-

ваются в одной и той же фазе цикла горевания [2], 4) разные стили горевания: интуитивный, смешанный или инструментальный по концепции Т. Мартина и К. Дока [1], 5) в возобновлении половых отношений наблюдаются проблемы, связанные с неконгруэнтностью восприятия супругами их желательности и уместности, 6) супруги могут замыкаться и отстраняться друг от друга, раниться о взаимную горечь, обвинения и обиды.

Таким образом, перинатальная потеря – это еще и тяжелое испытание супружеских отношений на прочность. Если они гармоничны, горе объединяет, супруги помогают друг другу. Если супружеский холон дисфункционален, отношения мужа и жены ухудшаются, характеризуются взаимными обвинениями и возрастающим риском развода [2]. При нарастании конфликтности внутри пары в остром и подостром периодах специалист будет наблюдать следующие варианты неконструктивного поведения горюющих супругов: попытки отвлечься через стабилизаторы семейной системы (измены, хронические болезни, алкоголизацию); апатия в рамках депрессивного синдрома с отказом от социальных контактов, снижением двигательной активности и продуктивности в деятельности; суицидальные проявления с высказываниями об ошибках в прошлом, своей несостоятельности в настоящем и о бесперспективном будущем; попытки как можно быстрее забеременеть и/или репродуктивное давление; поиск виноватого и фиксация на вине конкретного человека.

Определены мишени работы специалиста в случае осложнения супружеских отношений на фоне переживания перинатальной утраты: 1) построение цепочки убеждений, помогающих прожить случившуюся утрату: «Вы не одни в горе, всё что происходит с вами – важно сейчас, вопросы жизни и смерти решаем не мы, мир не дает гарантий» [3], 2) создание возможности для адекватного выхода гнева, взаимная супружеская помощь в снижении чувства вины, 3) пояснение состояния проживания горя для всей семьи: информирование супругов о стилях и стадиях горевания, нормализация различий в их проявлении, помощь в распознавании собственного и партнерского стиля и темпа горевания, 4) восстановление парного ресурса через возможность открыто говорить друг с другом о своей боли, формирование навыков взаимной поддержки, поиск приемлемых форм совместного досуга, 5) помощь во включении старших детей в семейный процесс горевания и оказании родительской поддержки, 6) помощь паре в построении границ и правил общения с окружающими по поводу перинатальной утраты, 7) информирование о том, куда еще можно обратиться за поддержкой – к врачу-психиатру, в волонтерские психологические фонды, на тематические онлайн и очные группы для горюющих родителей, в кризисные службы (телефон доверия) и т.п.

В настоящее время актуальным становится такое направление в осмыслении горя, в котором признается комплексность проблемы и биопсихосоциальный характер помощи [1]. С этой точки зрения специалисту, работающему в системе здравоохранения, недостаточно компетенций исключительно клинического психолога, но и необходимо дополнительное образование в области семейного консультирования для построения работы с супругами, учитывая не только их индивидуально-личностные, но и системно-семейные и социокультурные особенности.

Список литературы

1. Баканова А.А. Психотерапия горя: история становления и текущая практика в зарубежных исследованиях. Консультативная психология и психотерапия. 2017. Т. 25, № 4. С. 23-41. doi: 10.17759/cpp.2017250403
2. Добряков И.В. Перинатальная психология. СПб.: Изд-во Питер, 2015. 352 с.
3. Степанова О.И., Бостанова С.Н. Работа с перинатальными потерями, как метод выявления ресурса у приемных родителей. Международный журнал медицины и психологии 2020. Т. 3, № 1. С. 84-88.

Отсутствие ассоциаций полиморфного варианта rs753482 гена *NOS3* с метаболическим синдромом у больных шизофренией

**Меднова И.А., Пожидаев И.В., Тигунцев В.В., Бойко А.С.,
Корнетова Е.Г., Иванова С.А.**

**НИИ психического здоровья, ТНИМЦ Российской академии наук
Томск, Россия**

Актуальность. Шизофрения представляет собой серьезное психическое заболевание, при котором, по результатам лонгитюдных исследований последних десятилетий, ожидаемая продолжительность жизни пациентов сокращается приблизительно на 20 лет, при этом уровень смертности у больных в 2-3 раза выше, чем в общей популяции. Значительный вклад в снижение ожидаемой продолжительности жизни больных шизофренией вносят неправильный образ жизни (несбалансированное питание, курение, употребление алкоголя и отсутствие физической нагрузки), метаболические нарушения (метаболический синдром (МС), сахарный диабет) [1]. МС – это клиническое состояние, которое проявляется абдоминальным ожирением, нарушениями липидного профиля, гипертензией и гипергликемией. Относительный риск развития МС у пациентов с шизофренией в 2-3 раза выше, чем в общей популяции, при этом основные факторы риска сопоставимы с показателями у психически здоровых. В то же время существуют специфические факторы риска развития МС у пациентов с шизофренией (генетическая предрасположенность, психофармакотерапия, в том числе антипсихотиками второго поколения) [2].

У пациентов с первым эпизодом шизофрении на фоне терапии галоперидолом или рисперидоном выявили повышение уровня неэтерифицированных жирных кислот и разнонаправленные изменения содержания адипокинов: количество адипонектина при приеме галоперидола увеличилось, а при приеме рисперидона снизилось, но повысилась концентрация лептина [3]. В формировании МС особую роль отводят эндотелиальной дисфункции, у больных шизофренией с МС выявлено повышение молекул клеточной адгезии по сравнению с пациентами без МС [4]. Ген, кодирующий эндотелиальную NO-синтазу (*NOS3*), расположен на 7q36 хромосоме. Ранее было показано, что полиморфизм rs2070744 *NOS3* ассоциирован с МС у больных шизофренией, а у психически здоровых полиморфные варианты rs1799983 и rs1549758 ассоциированы с МС [5]. Полиморфизм rs753482 *NOS3* приводит к новой короткой стабильной форме *NOS3* с измененной ферментативной активностью, влияющей на выработку NO и клеточную функцию. Ранее исследований по оценке ассоциаций полиморфного варианта rs753482 гена *NOS3* не проводилось.

Цель: провести ассоциативный анализ полиморфного варианта rs753482 гена *NOS3* с МС у больных шизофренией.

Материалы и методы. В исследование вошли больные шизофренией ($n=470$) славянской национальности, жители Сибирского федерального округа (255 мужчин и 215 женщин, медиана возраста 39 лет, медиана длительности заболевания 14 лет). Исследование проводилось в соответствии с Хельсинкской декларацией по протоколу, утвержденному Биоэтическим комитетом НИИ психического здоровья Томского НИМЦ. Всем пациентам проводили клиническое, антропометрическое и лабораторное обследование. МС устанавливали на основании критериев Международной федерации диабета (IDF, 2003). Выделение геномной ДНК проводили с использованием стандартного фенол-хлороформного микрометода. Генотипирование полиморфного варианта rs753482 гена *NOS3* проводили методом ПЦР в реальном времени на амплификаторе QuantStudio 5 (Applied Biosystems, США) с использованием наборов TaqMan Assays (оборудование расположено на базе ЦКП «Медицинская геномика», Томский НИМЦ). Статистический анализ проводился с использованием программы R, версия 4.0.4.

Результаты. По критериям IDF (2003), пациентов разделили на две группы: 129 (27,4%) – больные шизофренией с МС, 341 (72,6%) – без МС. После проведения генотипирования выявлено, что среди пациентов с МС 89 (69%) гомозиготны по аллелю А, 3 (2,3%) гомозиготны по аллелю С, 37 (28,7%) гетерозиготны. В группе пациентов без МС 238 (69,8%) гомозиготны по аллелю А, 11 (3,2%) гомозиготны по аллелю С, 92 (27%) гетерозиготны. Статистически значимых различий по частоте распределения аллелей и генотипов между группами не обнаружено ($p=0,83$ – для генотипов, $p=0,99$ – для аллелей). На втором этапе проанализированы ассоциации

исследуемого полиморфизма с МС у пациентов, получавших в качестве базисной терапии типичные или атипичные антипсихотики. В группе пациентов с МС, принимающих антипсихотики первого поколения, распределение генотипов было следующим: АА – 43 (62,3%), СС – 2 (2,9%), АС – 24 (34,8%), в группе пациентов без МС: АА – 152 (71,9%), СС – 6 (2,9%), АС – 53 (25,2%). Статистически значимых различий по частоте распределения аллелей и генотипов между группами не обнаружено ($p=0,312$ – для генотипов, $p=0,188$ – для аллелей). В группе пациентов с МС, принимающих антипсихотики второго поколения, выявлено следующее распределение генотипов: АА – 46 (76,6%), СС – 1 (1,7%), АС – 13 (21,7%), в группе пациентов без МС: АА – 87 (66,6%), СС – 5 (3,9%), АС – 38 (29,5%). Статистически значимых различий по частоте распределения аллелей и генотипов между группами не обнаружено ($p=0,326$ – для генотипов, $p=0,138$ – для аллелей).

Закключение. В рамках исследования не обнаружены ассоциации между полиморфным вариантом rs753482 гена *NOS3* и МС в популяции больных шизофренией. Несмотря на это, представляется актуальным изучение взаимосвязи других генетических полиморфизмов с МС у пациентов с шизофренией для разработки подходов персонализированной диагностики и определения тактики лечения с целью минимизации осложнений психофармакотерапии.

Список литературы

1. Laursen TM, Nordentoft M, Mortensen PB. Excess early mortality in schizophrenia. *Annu Rev Clin Psychol.* 2014;10:425-48. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-032813-153657. Epub 2013 Dec 2. PMID: 24313570.
2. Корнетова Е.Г., Герасимова В.И., Хамина В.В., Меднова И.А., Корнетов А.Н., Иванова С.А. Метаболический синдром в госпитальной популяции больных шизофренией в регионе Западной Сибири. *Психиатрия.* 2021. Т. 19, № 4. С. 52-60. doi: 10.30629/2618-6667-2021-19-4-52-60
3. Озорнин А.С., Говорин Н.В., Сахаров А.В. Содержание неэстерифицированных жирных кислот и некоторых адипокинов в сыворотке крови у пациентов с первым эпизодом шизофрении и характер их изменений при антипсихотической терапии. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии.* 2024. № 1 (122). С. 51-61. doi: 10.26617/1810-3111-2024-1(122)-51-61
4. Boiko AS, Mednova IA, Kornetova EG, Semke AV, Bokhan NA, Ivanova SA. Cell adhesion molecules in schizophrenia patients with metabolic syndrome. *Metabolites.* 2023 Mar 2;13(3):376. doi: 10.3390/metabo13030376. PMID: 36984816; PMCID: PMC10058418.
5. Fattakhov N, Smirnova L, Atochin D, Parshukova D, Skuratovskaia D, Painter Q, Zatolokin P, Semke A, Litvinova L, Ivanova S. Haplotype analysis of endothelial nitric oxide synthase (NOS3) genetic variants and metabolic syndrome in healthy subjects and schizophrenia patients. *Int J Obes (Lond).* 2018 Dec;42(12):2036-2046. doi: 10.1038/s41366-018-0124-z

Исследование выполнено за счет гранта Российского научного фонда № 23-75-10088, <https://rscf.ru/project/23-75-10088/>

Объективизация субъективных переживаний боевой психической травмы у комбатантов с различным семейным статусом

Мельниченко В.В.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет им. М. Горького» Минздрава России

Донецк, ДНР, Россия

Значительный рост в разных регионах планеты чрезвычайных ситуаций в виде антропогенных катастроф, «горячих точек», локальных войн, террористических актов оказывает многообразное воздействие на психику, личность и поведение человека. Наиболее травматичной для человека считается ситуация военных действий, боевая обстановка, «жизнь под обстрелами». В экстремальных (военных) условиях жизнедеятельности возникает необходимость адаптационной перестройки фундаментальных систем человека. Наиболее характерным психическим состоянием, развившимся под влиянием экстремальных условий жизнедеятельности, является стресс, который при появлении признаков дезорганизации целенаправленного поведения, биологического и психологического истощения организма, определяется как дистресс. Установление специалистами факторов, способствующих развитию ПТСР, ограничено в момент активного переживания боевого психического дистресса. Это снижает вероятность правильной верификации факта перенесенной травмы и является причиной несвоевременного включения диагностических и восстановительных мероприятий в борьбе с психической дезадаптацией. Одним из ключевых элементов, нацеленных на ранее реабилитационное восстановление комбатантов после прерывания контакта с внешним источником боевой травматизации, является семейная система. В зависимости от качества, гибкости, полноты семейных установок и сценариев изменяются внутренние психологические механизмы поддержки адаптационно-приспособительного поведения военнослужащего [1].

Психологический экспериментальный инструментарий в рамках экспресс-диагностики боевой психической травмы включает широкий спектр количественных методов, основанных на принципе «шкалирования» результатов. Этот вид диагностики является доминирующим и включается в обязательную ретроспективную оценку последствий, связанных с перенесенной психической травматизацией. Использование количественных методов имеет относительно умеренный эффект достоверности, а объективизация истинных (субъективных) переживаний субъекта ограничена из-за долговременности сбора материалов и результатов обследования, сложности интерпретаций и расчетных механизмов методик, обязательного оперирования методами статистического анализа.

Данные замечания ограничивают их использование у военного контингента и мирного населения в очаге боевого психического поражения.

В текущем исследовании предлагается оценить возможность использования качественных методов объективизации травматических переживаний боевой психической травмы у комбатантов с различным семейным статусом. Несмотря на справедливые критические замечания [2] в отношении недостатков качественных методов познания, на наш взгляд, именно такие методы позволяют сформулировать гипотезу в отношении причин формирования разных этапов боевой психической травмы и приблизиться к пониманию внутренних мотивов, истинных переживаний и побуждений комбатантов в результате травматических событий.

Материалы и методы. На базе Республиканской клинической психиатрической больницы Донецка спустя 2-3 месяца после перенесенного экстремального стресса (участие в боевых действиях) наблюдались 180 комбатантов, из них было отобрано 52. Преобладали респонденты, состоявшие на момент исследования в гражданском браке более 3 лет ($n=36$, 69,2%), остальные ($n=16$, 30,8%) были разведены. Развод происходил в период несения комбатантами военной службы во время СВО. Для качественной диагностики субъективных переживаний использовался метод самоотчета «Мои переживания боевой обстановки» [1]. В отчет включены 5 открытых вопросов об этапах столкновения комбатанта с боевым экстремальным стрессом. Респонденты давали ответы на каждый вопрос в виде мини-эссе. В качестве помощи (подсказки) после каждого вопроса предлагались 4-5 пар прилагательных с положительной и отрицательной оценками (радость-грусть, шок-умиротворение). Частота, кратность использования подсказок оценивались отдельно. Основной вид анализа текстов – семантико-синтаксический раскрывает взаимосвязи между формой и содержанием высказываний. Оценивалось 8 семантико-синтаксических показателей: информативная плотность текста (I), предикативный состав (Pr), анализ субъектов (S), соотношение общего числа субъектов к общему числу предикатов в единице текста, новизна (N), семантико-синтаксическая полнота (SSP), семантико-синтаксическая диссоциация (SSD), синтаксический строй предложений (%).

Использование самоотчета позволило зафиксировать степень ориентированности комбатантов в пространственно-временных и тактических элементах боевой обстановки, наблюдения за внешними проявлениями военнослужащего с целью выявления непатологических (субклинических) адаптационных реакций на боевой стресс: эмоциональная напряженность (72%), психомоторные изменения, нецелесообразные движения, заторможенность (13%), вегетативные реакции (87%): учащенное мочеиспускание, дисфункция желудка и кишечника, тошнота, голово-

кружение, ознобоподобный тремор, ощущение нехватки воздуха, чувство одурья, ощущение жара или холода и т.п.

Оценивая семантико-синтаксические показатели текстов комбатантов, обнаружены взаимосвязи:

1. На этапе первого столкновения военнослужащего с обстановкой боевой опасности в описаниях использовались простые предикаты (глаголы). Военнослужащие с высшим образованием чаще, чем со средним образованием, использовали составные предикаты (на 25%, $p \leq 0,05$). Субъектом повествования чаще выступал сам военнослужащий (форма местоимения «я»). Новизна текста составила 20% от суммы субъектов и предикатов в целом тексте. Семантико-синтаксическая полнота достигала 83%, семантико-синтаксическая диссоциация – 6-10%. Синтаксический строй предложений преимущественно (87%) был прямым.

2. В середине срока службы (адаптационно-приспособительное поведение) наблюдался дисбаланс семантико-синтаксического состава высказываний. Информационная плотность упала на 50% от показателя (83%) на первом этапе. Предикатами и связующими текста выступали прилагательные, описывающие внутреннее состояние «раскола», «опустошения», отрицательные ощущения и чувства. Во второй группе чаще повторялись отрицательные и неопределенные местоимения по типу «никто», «какой-то». Новизна возросла до 30%. Семантико-синтаксическая полнота составила 75%, семантико-синтаксическая диссоциация – на уровне 20% за счет неполных предложений с элементами обстоятельности, тематических соскальзываний. Качественное и количественное наполнение 10% самоотчетов не изменилось в сравнении с описанием первого этапа боевых столкновений, встречалось частое использование существительных (субъектов речи): победа, честь, долг, спокойствие, привычка.

3. На момент госпитализации семантико-синтаксический строй также изменялся. Информативная плотность текста повышалась на 30%, но не возвращалась к показателям на первом этапе. Предикативный состав текста вернулся на уровень начала исследования, но с изменением полноты реализации предиката, чаще употреблялись общие неполные глагольные формы. Субъекты текста в виде личностных местоимений употреблялись с умеренной частотой, но наблюдалась реверсия и замена «я» на формы «мы» и/или «они», особенно в первой группе респондентов. Семантико-синтаксическая полнота текста достигла 78%, семантико-синтаксическая диссоциация оставалась на уровне 13%.

Таким образом, объективизация переживаний боевой психической травмы у комбатантов установила изменения семантико-синтаксических связей в высказываниях. На первом этапе столкновения с боевой опасностью (встречи с «неизвестным») происходит мобилизация ранее приобретённых психических структур и смыслов, зависящих от усвоенных соци-

альных программ (образование). Ближе к середине боевого пути наблюдается тотальный срыв привычных механизмов, присутствуют феномены растерянности, апатичности, негативной интерпретации действительности, особенно в группе разведенных комбатантов. В высказываниях снижаются информационная плотность и общий объем предикатов, что свидетельствует о когнитивной напряженности психической деятельности, преобладании аффективно насыщенной новизны самоотчетов. Изменяется порядок слов, присутствует неполная реализация предиката. На этапе прерывания контакта с боевой обстановкой семантико-синтаксическая связность и полнота высказываний нормализуются, но не достигают значений первого этапа, что свидетельствует о формировании естественного когнитивного (семантико-синтаксического), аффективного (усиление прилагательной предикативности) дефицита даже на фоне реализации психофизической адаптации. У комбатантов с налаженной семейной системой происходит генерализация психического опыта, что реализуется через смещение «Я-концепции» в сторону «Мы-концепции».

Список литературы

1. Абрамов В.А., Бабура Е.В., Мельниченко В.В. Боевая психическая травма: онтология небытия или реальность в субъективной проекции. Донецк: Издательский Дом «ЭДИТ», 2024. 382 с.
2. Матвеев А.В. Качественные и количественные исследования процесса межкультурной коммуникации (на примере изучения межкультурной компетенции российских и американских менеджеров). Теория коммуникации & прикладная коммуникация: Сборник научных трудов. Вестник Российской коммуникативной ассоциации. Вып. 1. Ростов н/Д: ИУБиП, 2002. С. 79-88.

Система иммунитета у женщин с непсихотическими психическими расстройствами в возрасте 40-65 лет

Никитина В.Б., Белокрылова М.Ф., Рудницкий В.А.

**НИИ психического здоровья, ТНИМЦ Российской академии наук
Томск, Россия**

Актуальность. Современное направление стратегии развития медицинской науки в РФ обусловлено важностью разработок профилактических и психогигиенических мероприятий в отношении населения с учетом специфики возрастных потребностей отдельных когорт. В настоящий момент происходит поэтапное повышение возраста выхода на пенсию. В связи с повышением пенсионного возраста становятся актуальными исследования психического и соматического здоровья женщин трудоспособного старшего возраста, сохраняющие потенциал социально значимого функционирования в обществе и семье. В этот период у женщин доминируют клинические проявления эстрогендефицитного состояния, которые приводят к нарушению метаболизма, вызывая вазомоторные, эмоциональ-

но-вегетативные, астенические и другие расстройства [1, 2]. Женщины наиболее уязвимы к стрессовым воздействиям и подвержены формированию различных нервно-психических расстройств [3, 4]. Процесс естественного старения организма в сочетании с гормональным дисбалансом может привести к изменениям иммунной защиты [5].

Цель: изучение системы иммунитета у женщин с непсихотическими психическими расстройствами в возрасте 40–65 лет.

Материал и методы. Исследование проведено на базе первого клинического психиатрического отделения клиники НИИ психического здоровья Томского НИМЦ. Было сформировано две группы: основная – 204 женщины в возрасте от 40 до 65 лет (средний возраст – $52,62 \pm 6,12$ года) и группа сравнения – 75 женщин в возрасте от 25 до 39 лет (средний возраст – $33,00 \pm 5,17$ года). Верификация диагноза осуществлялась в соответствии с критериями МКБ-10. Все пациенты прошли обследование у терапевта на предмет выявления (исключения) соматической патологии. Уровень тревожности оценивали по шкале личностной и реактивной тревожности Спилбергера-Ханина. Диагностику клинических синдромов вторичной иммунной недостаточности (ВИН) осуществляли с помощью «Карты диагностики иммунной недостаточности при исследованиях взрослого населения». Фенотипирование лимфоцитов проводили методом проточной цитометрии системы Facs Calibur (BD, USA) с использованием серии реагентов BD Multitest™ (USA). Концентрацию иммуноглобулинов, интерлейкинов и гормонов в сыворотке крови определяли методом ИФА с использованием наборов ИФА-БЕСТ (АО «Вектор Бест», Россия) на автоматическом анализаторе Lazurite (USA). Статистический анализ данных проводили с использованием пакетов STATISTICA 12.0 для Windows. Уровень значимости принимался равным 0,05.

Результаты. Самая многочисленная группа – женщины старшего возраста с расстройством адаптации ($n=77$, 37,7%), на втором месте – с органическими ($n=49$, 24,0%), далее – с тревожными ($n=38$, 18,6%) расстройствами. Патология различных систем в основной группе отмечается у 169 (82,9%) женщин, в группе сравнения – у 23 (30,7%), признаки хронических заболеваний на момент обследования не обнаружены. В основной группе более трети ($n=82$, 40,2%) женщин имели сочетанную патологию (гипертония, заболевания ЖКТ и щитовидной железы), более половины страдали ожирением и нарушением толерантности к глюкозе. В группе сравнения чаще выявлено сочетание гипертонии и заболеваний органов пищеварения. Клинические признаки ВИН в основной ($n=179$, 87,7%) группе выявлены 3,6 раза чаще, чем в группе сравнения. Ведущими синдромами являются аллергический и аутоиммунный, сочетание более двух синдромов выявлено у 88 (43,1%) женщин. В группе сравнения у 26 (34,7%) пациентов выявлен инфекционный синдром ($\chi^2=83,9$, $p=0,001$).

Наиболее значимыми особенностями усредненной иммунограммы женщин старшей возрастной группы по сравнению с более молодой являются низкие значения количества Т-лимфоцитов ($p=0,029$) за счет популяции Т-хелперов-индукторов ($p=0,015$) и количества NK-клеток ($p=0,023$), наблюдается стимуляция апоптоза циркулирующих CD95-лимфоцитов ($p=0,001$), концентрации сывороточных иммуноглобулинов классов G и A повышены ($p=0,034$ и $p=0,003$), также значимо повышены в сыворотке крови уровни провоспалительных цитокинов, таких как ИЛ-1 β , ИЛ-6 и ФНО- α ($p=0,014$, $p=0,001$ и $p=0,037$). Обобщенный гормональный профиль характеризуется высоким уровнем кортизола у женщин старшей возрастной группы ($p=0,011$). Концентрация тестостерона и пролактина в этой группе статистически значимо ниже, чем в группе сравнения ($p=0,001$ и $p=0,013$). Уровни ТТГ и свободных фракций гормонов щитовидной железы в исследуемых группах практически не отличаются. При сопоставлении реактивной (ситуативной) и личностной тревоги по шкале Спилбергера-Ханина статистически значимая большая выраженность личностной тревожности отмечается у женщин старшей возрастной группы ($p=0,031$). Полученные данные свидетельствуют, что действие стресса при непсихотических психических расстройствах у женщин сопровождается нарушением врожденного и адаптивного иммунного ответа с усилением продукции медиаторов воспаления.

Заклучение. У женщин в возрасте 40-65 лет с непсихотическими психическими расстройствами наблюдаются изменения в системе иммунитета, что приводит к снижению защитных сил организма, увеличению соматических заболеваний, повышению чувствительности к стрессу и уязвимость к тревожному настроению. Поддержка женщин трудоспособного возраста в переходный гормональный период определяет актуальность дальнейшего изучения взаимосвязей клинико-психологических и иммунобиологических факторов, влияющих на состояние их психического и соматического здоровья.

Список литературы

1. Белокрылова М.Ф., Гарганеева Н.П., Никитина В.Б., Епанчинцева ЕМ. Астения как актуальная проблема здоровья женщин с непсихотическими психическими расстройствами: возрастной аспект. Бюллетень сибирской медицины. 2020. Т. 19, № 1. С. 21-28. doi: 10.20538/1682-0363-2020-1-21-28
2. Hart DA. Sex differences in biological systems and the conundrum of menopause: Potential commonalities in post-menopausal disease mechanisms. *Int J Mol Sci*. 2022 Apr 8;23(8):4119. doi: 10.3390/ijms23084119. PMID: 35456937; PMCID: PMC9026302.
3. Гуткевич Е.В., Рудницкий В.А., Лукьянова Е.В., Лебедева В.Ф. Женские кризисы в семье – психолого-социальные аспекты. Томск: «Иван Федоров», 2018. 210 с.

4. Петрунько О.В. Прогнозирование развития депрессивного расстройства с хроническим течением. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2022. № 3 (116). С. 30-36. doi: 10.26617/1810-3111-2022-3(116)-30-36
5. Ширинский ВС, Ширинский ИВ. Полиморбидность, старение иммунной системы и системное вялотекущее воспаление – вызов современной медицине. Медицинская иммунология. 2020. Т. 22, № 4. С. 609-624. doi: 10.15789/1563-0625-РАО-2042.

Семь-я. Психическое здоровье: развитие, воспитание и образование, становление духовной личности

Носачев Г.Н., Носачев И.Г.

**ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет»
Минздрава России
Самара, Россия**

В психиатрии лигатурей последнего 50-летия является биопсихосоциальная теория (БПС-модель, метод, подход) в реабилитации психически больных. В отечественной психиатрии разрабатывались теория и практика функционального диагноза и преимущественно биологического домена с акцентом на генетические исследования в ущерб личностному и социальному. При этом всегда отмечалась теоретическая и практическая необходимость интеграции наук о человеке в единую комплексную дисциплину – человековедение или антропологию. Но существует и еще одна актуальная проблема – включение человека в БПС-модель. Не индивида, не даже субъекта, а духовности личности [1]. Согласно ВОЗ, здоровье понимается как физическое, психическое и социальное благополучие, т.е. это определение как бы повторяет БПС-модель. Концепция суверенного социального государства в Российской Федерации опирается на Конституцию, законы, включая медицинское право и Указы Президента РФ.

Цель: обосновать и показать необходимость духовности в развитии психического здоровья в процессе формирования личности (от рождения до зрелости).

В литературе встречается следующее определение духовности – «это мера владения индивида информационными ресурсами своего внутреннего мира, а также и содержательность (богатство и разнообразие элементов этого мира)» [2, с. 19]. Т.е. духовность – простое гражданское понимание добра и зла, одновременно морали, нравственности и этики, включая врачебную этику. Еще сложнее с понятием «психическое здоровье». Все о нём знают, пользуются им, но никто им не занимается – ни семья, ни школа, ни общество, ни государство, в отличие от здоровья физического. О психическом здоровье говорят психологи и психиатры, но они холодно относятся к «духовности», считая её прерогативой церкви.

Однако законы РФ, включая медицинское право и Указы Президента России, в частности Указ от 9 ноября 2022 г. № 809 «Об утверждении Основ государственной политики по сохранению и укреплению традиционных российских духовно-нравственных ценностей», необходимо исполнять.

Семья – малая социальная группа общества и государства, в которой рождается, живет, развивается, воспитывает и обучается (это взаимно непрерывный процесс) человек как индивид, индивидуальность, субъект деятельности и формирования личности – и всё это с помощью и на фоне духовности. Отсутствие семьи должно быть исключением и в данном исследовании не рассматривается Государство, его гражданское общество и особенно его представители, занимающиеся воспитанием и обучением молодого поколения (члены семьи, врачи, воспитатели, преподаватели, наставники и др.), должны четко понимать свою роль и ответственность по формированию психической жизни (здоровья) человека от рождения через зрелость до достойного ухода из жизни.

В качестве иллюстрации приведем развитие сознания (осознание) [3] человека с короткими примерами тем духовности. Еще Г.К. Ушаков [4] выделяет 5 этапов (периодов) формирования (развития) сознания:

1. Бодрствующее сознание (до 1 года). Преимущественно на физиологическом уровне. Духовность: закрепление положительных эмоций матерью, отцом, родными, совместная трапеза, совместные игры.

2. Предметное сознание (от 1 года до 3 лет). Выделение предметов, их речевое обозначение, овладение ими и т.д. Духовность: расширение игр с отведением роли, первое выделение Я, доброе отношение к врачу, определение «плохо – хорошо» и др. Дифференцируются эмоции, пополняется опыт взаимодействия в первоначально социальной среде.

3. Индивидуальное сознание (от 3 до 9 лет). Выделение себя во внешнем мире и формирование внутреннего мира. Духовность: дальнейшее формирование Я, включая половое, распознавание собственных чувств, развитие эмпатии с близкими, организация игр с расширением ролей, привлечение к труду дома и в школе, создание обязанностей и прав и т.д.

4. Коллективное сознание (от 9 до 16 лет). Духовность: дальнейшее формирование социализации Я, увеличение обязанностей и прав с опорой на «духовный инвентарь», расширение социальных институтов, усвоение морально-нравственных Я и Ты и т.д. Именно в этот период преимущественно в семье происходит переход эмоций в чувства, в том числе в чувство любви к матери, отцу, близким, сверстникам, малой родине, стране, Отчизне. Происходит усиленный рост «духовного инвентаря» интеллекта, накопления опыта, поиск интересов, умений. Характерны внушаемость, ведомость, подражание, подверженность воздействию и др. Нередко именно в этот период возникает конфликт отцов и детей.

5. Рефлексивное, высшее общественное, социальное сознание (от 16 до 22 лет). Формируется зрелая личность со всеми правами и обязанностями (по А. Маслоу [5]).

Этап бодрствующего сознания характеризуется первыми реакциями ребенка на внешний мир и изменения внутреннего состояния организма. Предметное сознание проявляется в известной активности отражения, т.е. в дифференцированном выборе отражаемых объектов и погружение во внутренний мир («Моё»). Индивидуальное сознание определяется выделением себя из объектов внешнего мира и усложнением внутреннего (начало духовности). Этап развития коллективного сознания – формирование взаимоотношений между будущей личностью и коллективом (семья, школа). Социальное сознание – это осознание своей социальной роли в обществе. И все эти виды сознания должны развиваться, углубляться и совершенствоваться в процессе жизнедеятельности, воспитания и обучения, в которых происходит дальнейшее улучшения процессов познания, дифференциации эмоций, высших чувств и поведения в «духовном мире». Последний формируется преимущественно в процессе воспитания, т.е. развития морально-нравственных, гуманистических и этических ценностей, которые приняты у народов нашей страны и закреплены в Конституции РФ (нравственное и правовое сознание). Для этого необходимо переформатировать детское, подростковое сознание перестройкой содержания образования в школе и вузах, включая медицинские, в которых психологии и психиатрии уделяется очень незначительное время. Современное гражданское общество обязано вернуть в образовательные учреждения воспитание, так как не бывает обучения без воспитания, так же как не бывает воспитания без обучения в процессе общения индивида, субъекта деятельности, личности. Если этого не сделаем мы, то за нас это сделают недоброжелатели внешние и внутренние. Общественно ориентированная психиатрия не должна ограничиваться пациентом и его окружением, она обязана активно участвовать во всех аспектах жизни гражданского общества. Для этого необходимо избавиться от политических обвинений психиатрии советского периода, дать им четкую профессиональную, правовую и политическую оценку, необходимо бороться со стигматизацией и дискриминацией пациентов с психическими расстройствами, широко участвовать в дискуссиях СМИ и в работе обновлённого Российского общества «Знание» (созданного Указом Президента РФ В.В. Путина 11.12.2015 г., а ныне включенного в санкционный список ЕС). Психиатрия в России должна выйти из «тени» и активно определиться со своей позицией научных отечественных традиций против либеральной западной психиатрии «фактов».

Исходя из принципа теоретической презентации предложена теория возможного включения духовной составляющей в БПС-модель человека, которая фрагментарна и нуждается в большей обоснованности.

Список литературы

1. Носачев Г.Н., Носачев И.Г., Дубицкая Е.А. Обоснованно ли включение духовной составляющей в БПС-модель отечественной психиатрии? Психическое здоровье. 2023. № 10. С. 95-102.
2. Бондырева С.К., Колесов Д.В. Внутренний мир, сознание, духовность: метод. пособие. М.: Московский социально-психологический институт. 2007. 28 с.
3. Акопов Г.В., Носачев Г.Н. Психология и психопатология сознания. Учебное пособие. Самара: Изд-во СГПУ, 2019. 178 с.
4. Ушаков Г.К. Детская психиатрия. М. : Изд-во Медицина, 1973. 392 с.
5. Носачев Г.Н., Романов Д.В., Носачев И.Г. Семиотика психических заболеваний: Учебное пособие. 2-е изд. М.: Форум, НИЦ ИНФРА-М, 2022. 420 с.

Функционирование семьи на этапах реабилитации в психиатрии: место и роль психообразования

Носачев Г.Н., Дубицкая Е.А., Носачев И.Г.

ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет»

Минздрава России

Самара, Россия

Среди причин поздней диагностики психических расстройств, отказа от лечения на разных этапах реабилитации ведущее место продолжают занимать стигматизация и дискриминация в обществе и семье пациентов с психическими расстройствами. Достаточно заглянуть в интернет-ресурсы, СМИ, чтобы увидеть удручающую картину: все «знают» психиатрию, психологию (правда, постоянно путая эти понятия), больных привычно оскорбляют, лишают прав, что не мешает практически всем «носителям знаний» предлагать лечение только у них. Не отстают и врачи, особенно неврологи, вплоть до предложения заменить психиатрию на «болезни мозга». Психиатры же в основном уклоняются от дискуссии. Один из путей решения проблемы в рамках реабилитации, преимущественно в амбулаторном, диспансерном звене – присоединение психообразования как вида психотерапии [1]. В данной работе с позиций философии и методологии науки обсуждается возможность формирования междисциплинарной теории (медицина, психиатрия, психология, информатика, педагогика) медицинского психообразования пациента в семье как вида социальной психотерапии в медицине и выстраивается проблемный ряд тем. Сформулированы основные положения философии педагогики и образования: опора на потенциал наук, этизация образования, разработка путей адаптации научного материала к возможностям обучаемого [2, с. 265]. В психообразовании должны использоваться интернаучные методы, подходы и познания с междисциплинарным моделированием, к тому же не только в психотерапии, но и в конкретной нозологии у пациента, в подкреплении в группе, закреплении в семье пациента.

Основная теория – биопсихосоциальная (биопсихосоциальный метод, подход). Базовая цель медицинского психообразования – преодоление идей стигматизации и изменение ряда частных ошибочных ценностей, особенно духовно-нравственных, мешающих лечебно-реабилитационным и профилактическим мероприятиям либо их затрудняющих. Заблуждения и ошибки индивидуальной информированности в сфере психического здоровья (болезни) по вопросам обращения, диагностики и реабилитации пациента, а в последующем – членов семьи и ближайшего окружения происходит в процессе диагностики с помощью целенаправленных вопросов в динамике и сопоставляется со сведениями от членов семьи. Для более глубокого исследования можно использовать опросник «Психическое нездоровье в общественном сознании» (Ястребов В.С. и др., 2001) или версию этого опросника, адаптированную нами для больных депрессиями [3].

Выявляются групповые и индивидуальные ошибки суждений, заблуждения, стереотипы, архетипы, мифологемы, самостигматизация, влекущие за собой затруднения инсайта, комплаенса, стигматизацию, дискриминацию и другие затруднения мышления пациента в болезни (расстройстве), поддерживаемые в семье и обществе. Для дальнейшего осуществления психообразовательного процесса полученный материал разделяется на групповой – для пациентов, при желании – для членов семьи, индивидуальный – для пациента и нередко для члена семьи. Создается психообразовательная программа для семьи.

На разных этапах реабилитации в методологии психообразования возникают трансдисциплинарные связи с педагогикой, в первую очередь с педагогической дискурсологией, преимущественно бытовой как интегративной гуманистической дисциплиной. В дискурсе как особом речевом (в нашем случае – образовательном) пространстве (логосфере) и происходит психообразовательный процесс с пациентом и членами семьи по изменению содержания информации, а главное, «перевод» её в их внутренний мир. Специалист определяет содержание информированности, усвоение, ход дискурса, который не может иметь одну типологию (он нередко носит смешанный и даже противоречивый характер), но всегда является личностным и ситуационным.

В основе теории дискурса [3, 4] лежат архетипы – мифы – метафоры. Не свободно от них и медицинское психообразование в дискурсе, например, мифологемы психического здоровья, мифологема ума, мифологема глаза и др. Следовательно, весьма важным становится метафорический характер дискурса, особенно в отношении медицинских знаний. После создания психообразовательной программы через ряд бесед (дискурсов) меняется информированность пациента в отношении лечения, его длительности, адаптации и т.д. с последующей социально-психологической адаптацией к самостигматизации.

Психообразовательный блок должен быть представлен, с одной стороны, групповыми тематическими занятиями с пациентами, группами родственников и смешанными группами, с другой – индивидуальными занятиями с пациентом по изменению конкретной информированности. От содержательности бесед зависит успешность усвоения психообразовательной информации, её групповая и/или индивидуальная (личностная) направленность с возможностью противостояния ошибочным мнениям во внутреннем мире пациента. Доказательством эффективности психообразовательной работы служит устойчивое исполнение рекомендаций врача. Предпочтительно сводить психообразование к программам по работе с пациентами (и родственниками) по нозологическому принципу, далее – по темам стигматизации и дискриминации.

Руководствуясь принципами биопсихосоциально-духовного подхода, хотелось бы рекомендовать усилить векторы духовно-нравственных ценностей с учётом многонациональной культуры России. Мы пользовались предложенным С.К. Бондыревой и Д.В. Колесовым [5]. Вот некоторые из них: высокое более духовно, чем низкое, глубокое более духовно, чем мелкое, светлое более духовно, чем темное, прогресс духовнее регресса, чрезвычайное духовнее обыденного; список примеров можно продолжить, но принцип понятен.

Итак, опираясь на биопсихосоциально-духовный подход, формируется психообразовательная программа по трем первым доменам (био-психосоцио-), и каждый из них пронизывается духовной составляющей, что усиливает результативность реабилитации.

Список литературы

1. Носачев Г.Н., Носачев И.Г., Дубицкая Е.А. Психообразование как вид психотерапии: методология и упорядоченная практика (на примере медицинской психотерапии). Психотерапия. 2019. № 11 (203). С. 55-61.
2. Канке В.А. Философия науки. Краткий энциклопедический словарь. М.: «Омега-Л», 2008. 328 с.
3. Дубицкая Е.А. Стигматизация больных депрессией: автореф. дис. ... к.м.н. М., 2009. 18 с.
4. Щербинина Ю.В. Введение в педагогический дискурс. М.: Форум: ИНФРА-М, 2015. 432 с.
5. Бондырева С.К., Колесов Д.В. Внутренний мир, сознание, духовность: методическое пособие. М.: Московский социально-психологический институт. 2997. 28 с.

Арттерапия в гармонизации состояния клиентов с медиатравмой
Отчерцова В.О., Москалева Ю.О., Олейник Н.О.

ФГБОУ ВО «Херсонский государственный педагогический университет»
Херсон, Россия

Социокультурный горизонт начала XXI в. характеризуется экзистенциальной неуверенностью и давлением, сменяемостью смыслов и образов, диффузией ценностей, переплетением коммуникации и дискommunikации, а самоопределение личности разворачивается в горизонте культуры медиа-разнообразия: с одной стороны, появляются новые возможности самореализации и коммуникации, с другой –кратно увеличиваются возможности манипуляции. На современного человека постоянно влияет информация, количество которой многократно превышает способность её усвоить, а качество усложняется и искажается осознанными манипуляциями профессиональных коммуникаторов. Такая ситуация имеет много опасных психологических последствий: медиазависимости, так называемого отравления негативными новостями, утомлением от информации, полным отказом от новостей и пр. В общем эти явления можно назвать медиатравмированием. В социуме, находящемся в кризисном состоянии от внутренних и/или внешних конфликтов, такая ситуация усиливается факторами превращения информации в пропаганду. Опасность медиатравмы в таких условиях возрастает. Медиатравму можно определить как тип вторичной травмы, возникающий под интенсивным воздействием медиаконтента. Медиатравма проявляется тревогой, сложностями с преодолением трудностей, страхом, чувством беспомощности, в некоторых случаях ПТСР [2]. У детей медиатравма может проявляться страхом, тревогой, агрессией, проблемами со сном и поведенческими трудностями [3].

Работа с такими состояниями, как травматический стресс, часто включает в себя десенсибилизацию и переработку движений глазами (EMDR) и нарративную экспозиционную терапию. Однако более трети клиентов не получают пользы от указанных вмешательств. В эту категорию входят люди с тяжелой травмой, плохой вербальной памятью и/или трудностями в рассказе о травматических переживаниях. В повседневной практике также часто используется арттерапия, хотя строгих исследований её эффективности недостаточно [4]. Для указанных категорий клиентов терапия визуальным искусством (арттерапия) может стать многообещающим методом лечения. Визуальный, осязаемый и основанный на опыте характер арттерапии часто отражает бессловесную, визуальную и сенсорную природу травмирующих воспоминаний. Арттерапия – это группа методов лечения, разработанных за последнее столетие и включающих в себя художественную, драматическую, танцевальную и музыкальную терапию.

В арттерапии используются различные художественные материалы, терапевтические методы и техники, чтобы придать смысл событиям прошлого и лучше понять свою жизнь. Арттерапия отличается от других методов лечения своим эмпирическим подходом, а также видимым, осязаемым характером процесса и получаемым в результате художественным продуктом. Действия и переживания в данном терапевтическом подходе могут противостоять чувству бессилия и повысить чувство контроля и самооценку клиента. Использование художественных материалов вызывает эмоции, позволяя получить доступ к травмирующим воспоминаниям и помогая клиентам исследовать их безопасным, поэтапным способом. Полученный объект арттерапии является видимым, осязаемым и актуальным в течение длительного времени. Это помогает пациентам дистанцироваться от связанных с событием эмоций, поделиться полученным продуктом с арттерапевтом и придать этому смысл. Воплощение своих эмоций и воспоминаний в виде художественных работ также может помочь клиентам выразить их словами. В конечном счете, все это позволяет клиентам обрабатывать и интегрировать травматические переживания.

В классификации арттерапии различают три подхода: директивный, недирективный и комбинированный. При директивном подходе сессия обычно начинается с того, что терапевт представляет темы, способствующие творческой активности. После участия в творческой деятельности сессия завершалась обсуждением, когда участники группы делились мыслями и чувствами, а также своей работой. При недирективном подходе терапевт избегает давать указания или темы, полагая, что навязанные темы или структуры могут препятствовать естественному раскрытию личности. Искусство, язык и литература по психологии могут быть объединены различными способами, чтобы лучше влиять на позитивные изменения, и искусство само по себе можно считать языком самовыражения. Независимо от принятого подхода клиенты, которых направляют на арттерапию, не обязательно должны быть искусны в предлагаемой технике, поскольку цель состоит в том, чтобы дать возможность выразить, а не оценить произведенный объект [1].

Как клиенты, так и специалисты сообщают о многообещающих результатах. Например, «Experience Experts» сообщают, что терапия, ориентированная на травму, предлагает существенную альтернативу обычным вербальным, когнитивным подходам. В отчете об улучшении состояния при ПТСР рекомендуется, чтобы как можно больше людей с ПТСР получали лечение, ориентированное на травму. Это также может быть предложено перед другими видами лечения, ориентированными на травму [4].

Предварительные результаты исследования, проводимого в данный момент в Нидерландах, свидетельствуют о снижении тяжести симптомов ПТСР у некоторых пациентов, а также об удовлетворенности терапией.

Необходимы дальнейшие исследования последствий и практической реализации методов арттерапии, ориентированных на травму, однако, по всей видимости, данное исследование открывает новые возможности для улучшения доступности, качества и эффективности лечения травм [4].

Таким образом, можно говорить об эффективности арттерапии при работе с медиатравмой. Многие навыки, необходимые для успешной практики, ориентированной на лечение травм, также являются неотъемлемой частью арттерапии: создание безопасной среды без контроля со стороны клиента, работа в темпе, соответствующем способностям клиента, участие в воплощенных действиях, способствующих интеграции эмоциональных, когнитивных и поведенческих компонентов.

Список литературы

1. Annous N, Al-Hroub A, El Zein F. A systematic review of empirical evidence on art therapy with traumatized refugee children and youth. *Front Psychol.* 2022 May 18;13:811515. doi: 10.3389/fpsyg.2022.811515. PMID: 35707659; PMCID: PMC9189733.
2. Comstock C, Platania J. The role of media-induced secondary traumatic stress on perceptions of distress. *American International Journal of Social Science.* 2017 March;6(1). OAI:docs.rwu.edu:fcas_fp-1252.
3. Fremont WP, Pataki C, Beresin EV. The impact of terrorism on children and adolescents: terror in the skies, terror on television. *Child Adolesc Psychiatric Clinics of North America.* 2005;4(3). doi: 10.1016/j.chc.2005.02.001
4. Heijman J, Wouters H, Schouten KA, Haeyen S. Effectiveness of trauma-focused art therapy (TFAT) for psychological trauma: study protocol of a multiple-baseline single-case experimental design. *BMJ Open.* 2024 Jan 29;14(1):e081917. doi: 10.1136/bmjopen-2023-081917. PMID: 38286685; PMCID: PMC10826536.

7-факторная модель симптомов аутизма у детей 3-6 лет: возрастные изменения

Пахомова Е.О., Наследов А.Д., Ткачева Л.О.

**ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет»
Санкт-Петербург, Россия**

Введение. Аутизм – широко распространенное расстройство развития. Симптомы имеют высокую вариабельность и зависят от множества факторов. Расстройство аутистического спектра (РАС) проявляется через социальные и сенсорные аномалии, повторяющееся поведение и различный уровень интеллекта, часто сопровождается другими расстройствами, что затрудняет диагностику. Недостаток понимания патофизиологического разнообразия мешает разработке эффективного вмешательства. Математическое моделирование позволяет выявить факторы и изменения симптомов, включая возрастные. Используются разные методы, но их эффективность и область применения требуют дальнейших исследований. Недостаточно изучены фенотипы аутизма и его изменения с возрастом.

Цель: проверка общей структуры полученной ранее 7-факторной модели симптомов РАС для детей 3-4 лет [1] и её измерительной эквивалентности для детей 5-6 лет, выявление возможных изменений в корреляциях факторов как индикаторов возрастных изменений симптомов аутизма.

Материалы и методы. В 2023 г. обследованы дети ($n=233$) с РАС с применением модифицированного онлайн-опросника, аналогичного использованному ранее [1, 2]. Опросник включал 78 пунктов, которые формировали 7 векторов проявления аутизма у детей 3-4 лет. Одна из целей заключалась в проверке структурной и измерительной эквивалентности 7-факторной модели симптомов аутизма для детей 5-6 лет. В дополнение выдвинута гипотеза о возрастных изменениях в симптомах РАС у детей 3-4 и 5-6 лет. Сбор данных осуществлялся с участием 28 практикующих специалистов (психологов, логопедов, психиатров) из консультационных центров, специализированных и массовых дошкольных учреждений в Санкт-Петербурге, работающих с детьми и семьями в консультативном режиме. Отнесение ребенка к группе РАС было определено на основе заключения, вынесенного по результатам работы с ребенком, или ранее полученной оценки других специалистов. Для проверки эквивалентности 7-факторной модели симптомов аутизма использовался межгрупповой подтверждающий факторный анализ (CFA) для 21 набора пунктов (3 набора на фактор, 3-4 пункта в каждом наборе, со случайным распределением пунктов в наборах в каждом факторе) [1]. К выборке детей 3-4 лет с РАС ($n=383$) была добавлена выборка детей 5-6 лет ($n=233$) с РАС.

Результаты. Проведен подтверждающий факторный анализ 7-факторной структуры для детей 3-4 и 5-6 лет с РАС. Использовалась исходная модель, адаптированная для объединенной выборки. Дополнительно внесены корректировки в ковариации между факторами, что улучшило соответствие модели данным. Результаты показали высокое соответствие модели исходным данным ($CFI=0,959$, $RMSEA=0,044$, $P_{close}=0,962$). Проверена инвариантность модели для мальчиков и девочек 3-6 лет, модель без ограничений хорошо соответствует данным для всех возрастных групп и полов ($\chi^2/df < 2$, $CFI > 0,90$ и $TLI > 0,90$, $RMSEA < 0,05$), эквивалентность моделей подтверждена на разных уровнях. Изучена инвариантность 7-факторной модели для детей 3-4 и 5-6 лет с РАС, подтверждена эквивалентность конфигурации и измерений модели, однако не подтверждена эквивалентность факторных ковариаций, что указывает на различия в корреляциях между факторами в разных возрастных группах. Рассмотрена структура взаимосвязей факторов у детей 5-6 лет с РАС. В отличие от детей 3-4 лет у них обнаружены связи между симптомами РАС и незначительным влиянием возраста на эти связи. Факторы симптомов объединены в 3 группы, но их состав отличается от групп у детей 3-4 лет. Проведены альтернативные анализы причинно-следственных связей между группами

симптомов, с лучшим соответствием одной из моделей данным. Сравнивалась выраженность симптомов у детей 3-4 и 5-6 лет в зависимости от пола, выявлены статистически значимые различия в некоторых симптомах в зависимости от возраста, но не от пола.

Обсуждение. Первоначально была определена общая структура 7-факторной модели симптомов аутизма, включая факторы: настойчивость на одинаковости (PS), эмоциональная дисрегуляция (ED), отчуждение (AI), понимание речи (SU), расторможенность/гиперактивность (Hур), эхолалия (Ech), сенсорная интеграция (SD) [1]. Эквивалентность измерений была подтверждена для мальчиков и девочек. Подтверждена частичная эквивалентность модели для детей 3-4 и 5-6 лет, кроме эквивалентности ковариаций между факторами. 3 фактора из 7 соответствуют классическим основным симптомам аутизма, таким как нарушение социальной коммуникации, ограниченное и повторяющееся поведение, сенсорная дезинтеграция. Кроме этой триады выявлены еще 4 фактора в качестве основных симптомов аутизма у детей 3-6 лет, что требует дальнейшего анализа и интерпретации [3, 4]. Эмоциональная дисрегуляция (ED) – неспособность управлять и контролировать эмоции, что приводит к высоким рискам агрессивного поведения, часто встречающегося у детей с РАС. Другие дополнительные факторы в модели – это понимание речи (SU) и эхолалия (Ech), оба фактора тесно связаны с коммуникацией, отсутствие которой является ключевым аутистическим симптомом. Важно отметить, что эхолалия широко распространена среди детей с аутизмом, однако не является специфичным симптомом для аутизма. Последний полученный фактор – расторможенность/гиперактивность (Hур). Примерно 50% людей с аутизмом страдают от гиперактивности. Данные симптомы были обнаружены как у аутистов с интеллектуальной недостаточностью, так и у людей с РАС, имеющих высокий уровень развития навыков. Эти сопутствующие симптомы усложняют дифференциальный диагноз между аутизмом и СДВГ, замедляют созревание фронтальной коры и формирование исполнительных функций, что естественным образом ухудшает эффективность реабилитационных вмешательств.

Результаты нашего исследования показывают, что связи между факторами у детей 5-6 лет отличаются от таковых у детей 3-4 лет. У 5-6-летних детей выявлено больше ковариаций между факторами, но они также образуют 3 группы симптомов. Фактор F1 связан с развитием речи и включает симптомы, такие как понимание речи и сенсорная дезинтеграция. Хотя связь между ними неочевидна, известно, что дети с аутизмом часто испытывают проблемы с сенсорной интеграцией. Эти результаты подчеркивают важность понимания взаимосвязей между различными симптомами аутизма и их влияние на развитие речи и языка у детей. Фактор F2 в модели для детей 5-6 лет объединяет PS, SD, Hур и Ech, с основным влиянием PS,

формируя группу сенсорных проблем и повторяющегося поведения. Esh включен как значимый индикатор как в F1, так и в F2, возможно, являясь ключевым симптомом у детей 5-6 лет с аутизмом. Фактор F3 объединяет ED и A1, выделяя группу коммуникативных нарушений с основным влиянием A1. ED часто встречается у людей с аутизмом, а A1 – основным симптомом аутизма, характеризующийся проблемами в коммуникации. У детей 5-6 лет обнаружено, что A1 связан с ED, что соответствует ранее найденным связям между ED и социальными навыками. Похожие результаты были получены и ранее: чем выше уровень ED, тем хуже адаптация и коммуникативные навыки. Сравнивая младших и старших детей, мы видим, что гиперактивность у 5-6-летних ассоциируется с сенсорной дезинтеграцией и эхололией, в отличие от младших детей, у которых гиперактивность была отдельным симптомом. Сильная связь между сенсорной дезинтеграцией и гиперактивностью, а также между коммуникационными нарушениями и эмоциональной дисрегуляцией подтверждает роль эмоций в социальной коммуникации и поведении детей с аутизмом в этом возрасте. Сравнивая симптоматику детей, видно, что с возрастом значительно улучшается понимание речи, сильно снижается отчуждение, немного снижается выраженность эмоциональной дисрегуляции и немного возрастает эхололия. Это соответствует методам вмешательства при аутизме, направленным на развитие вербальных навыков. Улучшение социальных навыков у детей связано с регулярными вмешательствами, такими как АВА или ТЕАССН.

Выводы. Обнаружено, что у детей с аутизмом в возрасте 3-4 и 5-6 лет меняются симптомы аутизма в рамках 7-факторной модели. Хотя общая структура модели подходит как для младших, так и для старших детей, взаимосвязи факторов у 5-6-летних отличаются. В результате выделены три группы симптомов: речевое развитие, сенсорные процессы и социальное взаимодействие. Выявлены связи между этими группами: чем выше сенсорные проблемы и ниже уровень речевого развития, тем более выражены нарушения в социальном взаимодействии. Эмоциональная дисрегуляция усиливает коммуникативные проблемы, а эхололия может быть индикатором развития речи и ключевым симптомом. Практические рекомендации включают в себя разработку стратегий регуляции эмоций, обучение социальным навыкам и внимание к гиперактивности как ухудшающему прогноз симптому, требующему комплексного вмешательства.

Работа выполнена при финансовой поддержке гранта РФФИ № 23-18-00155 <https://www.rscf.ru/project/23-18-00155>.

Список литературы

1. Nasledov A, Miroshnikov S, Tkacheva L, Fedorov S. Factor structure of ASD symptoms in Russian 3-4-year-olds. *OBM Neurobiology*. 2023,7(4):190. doi: <https://doi.org/10.21926/obm.neurobiol.2304190>

2. Наследов А.Д., Ткачева Л.О., Защирина О.В., Мирошников С.А. Верификация факторной структуры симптомов аутизма у детей 3–4 лет. Российский психиатрический журнал. 2023. № 4. С. 72-83.
3. Harré F, Frith U. Annual Research Review: Looking back to look forward - changes in the concept of autism and implications for future research. J Child Psychol Psychiatry. 2020 Mar;61(3):218-232. doi: 10.1111/jcpp.13176. Epub 2020 Jan 28. PMID: 31994188.
4. Lord C, Brugha TS, Charman T, Cusack J, Dumas G, Frazier T, Jones EJM, Jones RM, Pickles A, State MW, Taylor JL, Veenstra-VanderWeele J. Autism spectrum disorder. Nat Rev Dis Primers. 2020 Jan 16;6(1):5. doi: 10.1038/s41572-019-0138-4. PMID: 31949163; PMCID: PMC8900942.

Семья как фактор формирования девиантного поведения несовершеннолетних

Перфилова Е.В.

**ФГКОУ ВО «Московский университет МВД России им. В.Я. Кикотя»
Москва, Россия**

В настоящее время проблема девиантного поведения несовершеннолетних остается актуальной не только для научного сообщества, но и для специалистов-практиков. В обобщенном понимании девиантное поведение – отклонение от социальных норм и правил, принятых в обществе. По мнению М.Ю. Кондратьева и О.Ю. Крушельницкой, девиация несовершеннолетних имеет исключительно социально-негативный характер, который, в первую очередь наносит вред ему самому, тем самым приводит к дезадаптации. С точки зрения В.Д. Менделевича, девиантное поведение подразумевает собой совокупность поступков, противоречащих социальным нормам и проявляющихся в нарушении адаптации, т.е. в уклонении от контроля за собственным поведением. Ряд специалистов в характеристике девиантного поведения несовершеннолетних отмечают высокую степень агрессивности, повышенный уровень склонности к риску, недружелюбие и психическую ригидность [3]. Вместе с тем не вызывает сомнения, что одним из важнейших социальных институтов, который оказывает то или иное влияние на формирование девиантного поведения, является семья – малая социальная группа, основанная на браке или кровном родстве, члены которой связаны общностью быта и взаимной ответственностью [4]. Д. Баумринг считала, что первостепенное значение для развития личности несовершеннолетнего имеют взаимоотношение и способы взаимодействия родителя и подростка, на основе этого она выделила несколько стилей родительского воспитания, критерием которых выступал характер эмоционального отношения к подростку: авторитетный, авторитарный и либеральный.

Авторитетный стиль родительского воспитания характеризуется повышенной степенью вербального общения с ребенком, тесной эмоциональной связью, отсутствием разногласий в применяемых дисциплинарных мерах и их адекватность. Авторитарный стиль отличается повышенным контролем ребенка, при этом отношения между родителем и ребенком носят натянутый и отстраненный характер. При либеральном стиле воспитания родитель не ограничивает ребенка в чем-либо, правил и ограничений не существует [1, 5]. Позже идеи Д. Баумринг развили Э. Маккоби и Дж. Мартин, добавив еще один стиль – пренебрегающий (индифферентный), который проявляется низким уровнем вовлеченности родителей в процесс воспитания, практически полным игнорированием интересов и потребностей несовершеннолетнего.

Одним из способов классификации семей является их разделение на полные и неполные. В ряде случаев именно неполная семья является фактором риска для формирования девиантного поведения несовершеннолетних. Неполная семья состоит только из одного родителя и детей. Сами неполные семьи могут подразделяться на благополучные, неблагополучные, асоциальные и семьи группы риска. Благополучная семья основывается на благополучии и взаимной ответственности и, как правило, даже при возникновении психолого-педагогических проблем специалисту достаточно оказать однократную помощь, так как между родителем и несовершеннолетним сформировалось устойчивое взаимное понимание и поддержка друг друга. Неблагополучная семья имеет низкий социальный статус в какой-либо сфере жизнедеятельности, родители не справляются с возложенными на них функциями, не проявляют должного внимания к воспитательному процессу, т.е. их способности существенно снижены и процесс воспитания ребенка может протекать медленно, с большими трудностями, в связи с чем от специалистов требуется повышенное внимание и пролонгированная комплексная поддержка [2]. В асоциальной семье родители не выполняют свои обязанности и подвергают ребенка опасности, часто ведут аморальный и противоправный образ жизни, постоянное непонимание между родителем и подростком приводит к конфликтности. Возможно присутствие алкогольной или наркотической зависимости со стороны родителя, что может повлиять на отношения между членами семьи: чрезмерная агрессия, избиение, унижение или вовсе отказ от своего ребенка, при работе с такими семьями специалисты системы профилактики могут применять более серьезные меры, вплоть до изъятия несовершеннолетнего из семьи, ограничения родителей в правах или лишения их родительских прав. Семья группы риска не имеет ярко выраженных психолого-педагогических проблем, но на неё уже воздействуют виктимогенные факторы (развод родителей, лишение родителей постоянного заработка, болезнь или смерть родителей и пр.).

Соответственно такая семья для преодоления трудностей нуждается в поддержке и превентивной помощи со стороны специалистов с целью недопущения формирования устойчивых проблем, в случае отсутствия психолого-социального сопровождения повышается уязвимость к семейным кризисам.

Особую роль в работе с семьей и профилактике девиантного поведения несовершеннолетних имеют субъекты профилактики, обозначенные в Федеральном законе № 120-ФЗ от 24 июня 1999 г. «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних» (<https://base.garant.ru/12116087/>, дата обращения 16.03.2024), а также будущие специалисты социальной сферы, обучающиеся в образовательных организациях высшего образования. Накопленный опыт МосУ МВД России им. В.Я. Кикотя в подготовке сотрудников полиции, нашедший отражение в научных работах специалистов, позволяет констатировать, что вопросы по профилактике девиантного поведения успешно осуществляют курсанты и слушатели в период учебных и производственных практик. Курсанты и слушатели проводят беседы, тренинги, массовые мероприятия, игры, праздники, квесты, организуют диспуты, дискуссии с несовершеннолетними, их родителями и законными представителями, которые направлены на профилактику девиантного поведения.

Таким образом, знание специфики семей, особенностей внутрисемейных отношений и стилей воспитания позволяет специалистам осуществлять своевременную профилактику и устранение риска девиантного поведения несовершеннолетних, оказывать квалифицированную комплексную помощь в коррекции девиантного поведения и ресоциализации детей и подростков.

Список литературы

1. Буренкова Е.В. Изучение взаимосвязи стиля семейного воспитания, личностных особенностей ребенка и стратегии поведения значимого взрослого: автореф. дис. ... к.п.н. Самара, 2000. 22 с.
2. Зуйкова А.А., Хрушкова Е.А. Влияние семьи со скрытой формой неблагополучия на формирование девиантного поведения ребенка. Психология XXI века: вызовы, поиски, векторы развития: сборник материалов Всероссийского симпозиума психологов с международным участием. Рязань: Академия права и управления Федеральной службы исполнения наказаний, 2020. С. 564-571.
3. Никитская Е.А., Маркова С.В. Работа школы с семьей подростка девиантного поведения. Социальная педагогика. 2011. № 2. С. 33-38.
4. Никитская Е.А., Гаврилина А.А. Теоретические основы изучения функций семьи как социального института. Научное обозрение. Педагогические науки. 2019. № 3 (часть 1). С. 101-104.
5. Фридман Л. М. Психология воспитания: Книга для всех, кто любит детей. М.: Творческий центр Сфера, 1999. 203 с.

Сравнительный анализ клинико-терапевтических характеристик у пациентов с параноидной шизофренией в зависимости от длительности заболевания

**Петкун Д.А., Чернышева К.Г., Мальцева Ю.Л., Корнетова Е.Г.
НИИ психического здоровья, ТНИМЦ Российской академии наук
Томск, Россия**

Актуальность. Шизофрения – это тяжёлое психическое расстройство, негативно влияющее на все сферы жизни, являющееся причиной инвалидизации, снижения социальной и профессиональной продуктивности, представляющее собой значительное экономическое бремя. Наиболее часто встречающимся является параноидный подтип, при котором на момент манифестации болезни в клинической картине наблюдаются преимущественно психопродуктивная симптоматика. На формирование приверженности терапии и дальнейшего позитивного прогноза влияет множество факторов: особенности преморбидного склада личности, психологический климат в семье, наличие материальной и эмоциональной поддержки со стороны родственников пациентов [1], побочные эффекты от приёма базисной терапии [2, 3], половые различия [4], увеличение антипсихотической нагрузки в зависимости от субъективного опыта лечащего врача.

Психометрической методикой, получившей признание на международном уровне при клиническом изучении действия антипсихотиков и иных методов лечения шизофрении, является шкала симптомов шизофрении (PANSS, Positive and Negative Syndrome Scale). Для исследования эффективности препаратов и побочных эффектов терапии важным является расчёт хлопромазинового эквивалента – во сколько раз данный антипсихотик активнее по основному действию хлорпромазину.

Цели и задачи: провести сравнительный анализ общей антипсихотической нагрузки у пациентов с эпизодическим течением параноидной шизофрении, сравнить показатели, полученные по шкале PANSS.

Материалы и методы. В исследование были включены пациенты (n=30) с верифицированным по МКБ-10 диагнозом: шизофрения, параноидный подтип, эпизодическое течение. Выборка пациентов была разделена на две равные по численности группы. В первую группу входили пациенты с длительностью заболевания до 10 лет (n=15), вторую группу составили пациенты с длительностью более 10 лет (n=15). При выполнении исследования в отношении пациентов обеих групп применялись шкала PANSS для оценки позитивной и негативной симптоматики, χ^2 -критерий Пирсона для сравнения выборок, критерий Стьюдента для независимых выборок.

Результаты. В ходе исследования зафиксированы средние показатели по шкале PANSS (позитивные симптомы, негативные симптомы, общие баллы, суммарное количество баллов, средний показатель хлорпромазинового эквивалента): в первой группе пациентов (n=15) с длительностью течения до 10 лет – 20,3 и 22,3 балла, 49,0 и 92,1 балла, 319,3; во второй группе пациентов (n=15) с длительностью заболевания более 10 лет – 20,6 и 25,3 балла, 52,2 и 99,5 балла, 533,8.

Выводы. При сравнении двух групп в зависимости от длительности течения параноидной шизофрении по данным PANSS не было выявлено статистически значимых различий ($p=0,3461$), что указывает на интерперсональные различия с точки зрения клинических характеристик. Однако хлорпромазиновый эквивалент у пациентов второй группы в 1,67 раза превышает таковой у пациентов первой группы, несмотря на одинаковый тип течения.

Список литературы

1. Гуткевич Е.В. Адаптационно-превентивный потенциал семьи психически больного как фактор общественного психического здоровья. Психиатрия. 2018. № 79. С. 37-43. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2018-79-37-43>
2. Корнетова Е.Г., Гончарова А.А., Дмитриева Е.М., Корнетов А.Н., Герасимова В.И., Иванова С.А., Семке А.В. Эффективность терапии и особенности нежелательных явлений у больных шизофренией, получающих рисперидон и галоперидол, в зависимости от давности заболевания. Медицинский вестник Северного Кавказа. 2021. Т. 16, № 3. С. 285-289. <https://doi.org/10.14300/mnnc.2021.16067>
3. Дмитриева Е.Г., Даниленко О.А., Корнетова Е.Г., Семке А.В., Лобачева О.А., Гуткевич Е.В., Каткова М.Н. Комплаенс и его влияние на адаптацию пациентов с шизофренией. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2014. № 3 (49). С. 209-210.
4. Ханько А.В. Гендерные особенности адаптации к болезни у пациентов с первыми приступами параноидной шизофрении. Вестник Южно-Уральского университета. Серия Психология. 2014. Т. 7, № 1. С. 93-101.

Психологическая помощь семьям, имеющим в своем составе членов с психическими и аддиктивными расстройствами
Поднебесная Е.Б.

Центр развития «Открытая реальность»

Москва, Россия

Семья – важный источник любви и понимания. Для страдающих психическими и аддиктивными расстройствами она также является основным средством помощи в быту. Вместе с тем именно семья может способствовать развитию разного рода болезней и даже провоцировать само их появление. Истоки психических и аддиктивных расстройств находятся в родовой системе. Вместе с ценностями и традициями от поколения

к поколению передаются деструктивные паттерны поведения, негативные жизненные сценарии. Подобные влияния распространяются на всех членов семьи, приводя к нарушению гармоничных внутрисемейных отношений, способствуя развитию психического напряжения, неустойчивости настроения, раздражительности, дезадаптации личности. Негативные психоэмоциональные воздействия могут стать существенными триггерными факторами развития заболевания. Оно становится результатом дополняющего взаимодействия между членами семьи, которое сохраняет семейный гомеостаз [1]. Наличие в семье родственника с психическим или аддиктивным расстройством оказывает дополнительную нагрузку на её членов [2]. Члены семьи испытывают сильное дезадаптирующее воздействие ряда психологических, физиологических и социально-экономических факторов, таких как перестройка структуры семейных ролей и необходимость эмоционального донорства, переутомление, замедление реакций и стресс, конфликт между требованиями собственной профессиональной деятельности и необходимостью ухода за больным, снижение материального благополучия, ограничение социальных контактов и др. [3]. Потребность семьи в оказании психологической помощи при наличии в ней лиц с психическими и аддиктивными расстройствами возрастает. Основной целью такой помощи должно стать научение признанию личных границ и интересов каждого для улучшения качества жизни всех её членов. Содействие в решении внутриличностных, внутрисемейных и внесемейных проблем поможет нормализовать их психологическое самочувствие. Для реализации этих целей требуется дальнейшая разработка методов психологической помощи, предполагающих целостную систему семьи, и последующее внедрение их в практику.

Одним из перспективных методов психологической помощи семье являются системные расстановки. Главным его концептом является связь с предками. Расстановки исходят из того, каждый человек служит звеном в цепи поколений, частью своего кровного рода, и эта бессознательная связь влияет на его жизнь. В процессе расстановки образ травмы из бессознательного клиента проецируется на участников группы (заместителей) [4]. С их помощью происходит визуализация, появляется как бы живая трехмерная модель травмирующего события, доставшаяся клиенту по наследству от предыдущих поколений. Расстановка продолжается через изменение в пространстве положений фигур, опроса заместителей, поиска контакта с исключенными фигурами. Интервенции ведущего в большинстве случаев позволяют проявить скрытый смысл проблемной ситуации клиента. Расстановка дает не только новое понимание проблемы, но и импульс к её решению. В настоящее время метод официально признан профессиональной психотерапевтической лигой и включен в перечень психотерапевтических и консультационных модальностей.

Проведенное исследование позволило оценить эффективность этого метода. Спустя полгода после расстановки были опрошены клиенты ($n=85$), прошедшие соответствующую терапию с февраля 2022 г. по октябрь 2023 г. в центре «Открытая реальность». Изначально клиенты формулировали запрос, обозначая в решении какой именно проблемы им требуется помощь. Эффективность прошедшей расстановки оценивалась по 10-балльной шкале, где 0 баллов соответствует отсутствию изменений в заявленной проблеме, 10 баллов – полное решение проблемы. Кроме того, клиентам была предоставлена возможность использовать оценку «-1» в случае, когда после расстановки проблемная ситуация ухудшилась. Часть клиентов не смогла определиться с оценкой и указали свой ответ числовым интервалом, например «8-9». Посчитав округление полученных показателей в ту или иную сторону некорректным, было принято решение использовать дробные оценки, например «8,5». Так же один клиент настаивал на оценке «9,9», приводя аргумент «что бы не сглазить». Вследствие этого в исследовании появились балльные оценки: 5,5, 6,5, 8,5, 9,5 и 9,9.

Балльные оценки респондентов распределились следующим образом: 10 баллов – 19 (22,4%), 9,9 балла – 1 (1,2%), 9,5 балла – 1 (1,2%), 9 баллов – 4 (4,7%), 8,5 балла – 1 (1,2%), 8 баллов – 6 (7,1%), 7 баллов – 4 (4,7%), 6,5 балла – 3 (3,5%), 6 баллов – 5 (5,9%), 5,5 балла – 1 (1,2%), 5 баллов – 8 (9,4%), 4 балла – 3 (3,5%), 3,5 балла – 1 (1,2%), 3 балла – 3 (3,5%), 2 балла – 3 (3,5%), 1 балл – 1 (1,2%), 0 баллов – 18 (21,2%), -1 балл – 3 (3,5%). Медиана оценки эффективности метода расстановок в изучаемой когорте составила 6,0 балла, половина респондентов оценили эффективность выше 6 баллов. Комментарии клиентов позволили классифицировать полученные оценки как высокие, средние и низкие. Те, кто оценивали эффективность системных расстановок в 8-10 баллов, использовали такие отзывы: «очень хороший результат», «разительные перемены», «проблема практически решена». Оценки от -1 до 2 баллов клиенты сопровождали комментариями: «изменения незначительные», «ничего не изменилось», «стало только хуже». Оценочные суждения в диапазоне от 3 до 7 баллов чаще сопровождались высказываниями о наблюдаемых изменениях, однако этих изменений, по мнению клиентов, было недостаточно для полного решения проблемы. Были выделены три группы количественных балльных оценок: низкие (от -1 до 2 баллов) – 29,4% ($n=25$), средние (от 3 до 7 баллов) – 32,9% ($n=28$), высокие (от 8 до 10 баллов) – 36,6% ($n=32$).

Таким образом, опрос в семьях, имеющих в своем составе членов с психическими и аддиктивными расстройствами, показал, что в 69,5% случаев расстановка заметно помогла в решении проблемы клиента. Полученные данные согласуются с ранее проведенным исследованием [5]. Изучение эффективности использования метода системных расстановок планируется продолжить.

Список литературы

1. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкий В.В. Семейная психотерапия. Л.: Медицина, 1990. 187 с.
2. Стоянова И.Я., Мазурова Л.В. Психологическая работа с проблемами алкогольной зависимости и созависимости (гендерные аспекты). Вестник Томского государственного университета. 2009. № 322. С. 223- 224.
3. Тома Ф., Карруа Ф., Глозман Ж.М. Новый подход к болезни Паркинсона. Вестник Московского ун-та. Серия 14. Психология. 2008. № 4. С. 90-98.
4. Бурняшев М.Г. Как отличить профессиональную системную расстановку от расстановочного шоу [Электронный ресурс]. ИКСР. 2019. URL: <https://iksr.ru/articles/kak-otlichit-professionalnuyu-sistemnyuyu-rasstanovku-ot-rasstanovochnogo-shou/psystudy.ru> (дата обращения: 30.03.2024).
5. Поднебесная Е.Б. Оценка клиентами эффективности метода системных расстановок. Психология и психотехника. 2023. № 4. С. 214-231.

Факторы окислительного стресса у пациентов с биполярным аффективным расстройством и алкогольной зависимостью

Прокопьева В.Д., Лебедева В.Ф.

**НИИ психического здоровья, ТНИМЦ Российской академии наук
Томск, Россия**

Развитие патологического процесса в организме, как правило, сопровождается нарушением окислительно-восстановительного баланса, накоплением активных форм кислорода (АФК) и формированием окислительного стресса (ОС). Токсичность высоких концентраций АФК во многом обусловлена их способностью вступать в реакцию с большинством макромолекул, включая белки, липиды и ДНК [1]. В этом случае в организме накапливаются продукты окислительной модификации макромолекул, которые принято считать маркерами ОС [2, 3]. Крайне актуальной является проблема поиска биомаркеров, обладающих прогностическим потенциалом для оценки качества лечения психиатрических и наркологических пациентов. В этой связи актуален поиск наиболее информативных кандидатов для оценки выраженности ОС при таких патологиях, как биполярное аффективное расстройство (БАР) и алкогольная зависимость (АЗ).

Проведено исследование концентрации периферических маркеров ОС – продуктов окислительной модификации белков (карбонилы белков), липидов (продуктов ПОЛ, ТБК-реактивных продуктов) и ДНК (8-гидрокси-2-дезоксигуанозина, 8-ОНдГ) плазмы крови у больных БАР и АЗ.

Материалы и методы. В работе использовали кровь: 1) условно здоровых лиц (n=58) для формирования контрольных групп: 21 – для контроля к группе БАР и 37 – для контроля к группе АЗ), 2) кровь пациентов (n=21) с биполярным аффективным расстройством (группа БАР), диагноз по МКБ-10 квалифицировался как биполярное аффективное расстройство

(F31), 3) кровь пациентов ($n=84$) с алкогольной зависимостью (группа АЗ), диагноз по МКБ-10 «Психические и поведенческие расстройства в результате употребления алкоголя (синдром зависимости – F10.21 и синдром отмены – F10.30)». Исследование проводили с соблюдением принципов информированного согласия Хельсинкской декларации Всемирной медицинской ассоциации, его проведение одобрено Локальным этическим комитетом при НИИ психического здоровья Томского НИМЦ РАН (протокол № 115 от 26.11.2018 г., дело 115/1.2018). Забор крови для получения плазмы осуществляли из локтевой вены утром натощак в вакутейнеры с антикоагулянтом Sodium Heparin. Карбонилы белков определяли с использованием 2,4-динитрофенилгидразина (Panreac, Espana), ТБК-реактивные продукты – с применением набора реактивов ТБК АГАТ (ООО «Агат-Мед», РФ), 8-гидрокси-2'-дезоксигуанозин (8-ОН-dG) – с применением набора DNA Damage Competitive Elisa Kit (Thermo Fisher Scientific, USA). Статистическую обработку результатов проводили с помощью программы Statistica-12. Данные представлены в виде медианы и квартильного диапазона Me [QL-QU]. Для оценки групповых различий использовали непараметрический критерий Манна-Уитни. Различия считали статистически значимыми при $p<0,05$.

Концентрация карбониллов белков в плазме крови у больных БАР была статистически значимо повышена по сравнению с контролем: 0,32 [0,26-0,36] нмоль/мг и 0,18 [0,16-0,23] нмоль/мг ($p<0,001$). Концентрация ТБК-реактивных продуктов в плазме крови в группе БАР была на уровне контроля: 2,05 [1,64-2,26] нмоль/мл и 2,26 [1,95-2,46] нмоль/мл ($p=0,382$). Концентрация 8-ОН-dG в плазме крови больных БАР также практически не отличалась от контроля: 10,58 [5,88-13,07] нг/мл и 10,10 [7,43-11,92] нг/мл ($p=0,966$). У больных АЗ концентрация карбониллов белков в плазме крови также статистически значимо превышала контроль: 0,42 [0,35-0,49] нмоль/мг против 0,33 [0,27-0,39] нмоль/мг ($p<0,01$). Уровень ТБК-реактивных продуктов в этой группе больных был статистически значимо выше контроля: 2,97 [2,50-3,55] нмоль/мл против 2,40 [2,10-2,80] нмоль/мл ($p<0,01$). Концентрация продукта окисления молекул ДНК у больных АЗ статистически значимо не превышала таковую у здоровых лиц: содержание 8-ОН-dG в плазме крови здоровых – 12,84 [11,16-16,45] нг/мл, у больных АЗ – 13,30 [9,84-16,08] нг/мл ($p=0,908$). Согласно представленным данным у больных БАР и АЗ наблюдается статистически значимый рост карбониллов белков в плазме крови по сравнению со здоровыми лицами. Концентрация ТБК-реактивных продуктов превышала контрольные показатели только в группе АЗ, в то время как у пациентов БАР не выявлено статистически значимых различий относительно контроля для этого фактора ОС. Концентрация продукта окислительной модификации ДНК (8-ОН-dG) в плазме крови пациентов обеих групп не отличалась от контроля.

Таким образом, как у больных биполярным аффективным расстройством, так и у пациентов с алкогольной зависимостью наиболее информативным периферическим маркером выраженности окислительного стресса является показатель уровня окислительной модификации белков – карбонилы белков.

Список литературы

1. Kaur R, Kaur J, Mahajan J, Kumar R, Arora S. Oxidative stress-implications, source and its prevention. *Environ Sci Pollut Res Int.* 2014 Feb;21(3):1599-1613. doi: 10.1007/s11356-013-2251-3. Epub 2013 Oct 30. PMID: 24170504.
2. Gu Y, Han J, Jiang C, Zhang Y. Biomarkers, oxidative stress and autophagy in skin aging. *Ageing Res Rev.* 2020 May;59:101036. doi: 10.1016/j.arr.2020.101036. Epub 2020 Feb 24. PMID: 32105850.
3. Прокопьева В.Д., Ветлугина Т.П., Ярыгина Е.Г., Мандель А.И. Оценка периферических маркеров окислительного стресса у больных алкоголизмом. *Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований.* 2018. № 9. С. 69-73. doi: 10.17513/mjpf.12389

Корреляция агрессии и уровня β-эндорфина при депрессивных расстройствах

Рощина О.В., Левчук Л.А.

НИИ психического здоровья, ТНИМЦ Российской академии наук
Томск, Россия

Введение. Невозможно не обратить внимание на высокую частоту аутоагрессивных тенденций, крайним проявлением которых является суицидальная активность, в когорте пациентов, страдающих депрессивными расстройствами [1]. По некоторым данным, 44% людей с большим депрессивным расстройством проявляли потерю контроля, физическую или вербальную агрессию по отношению к окружающим [2]. Депрессивная симптоматика связана с агрессией также на патогенетическом уровне – в основе этих явлений лежит нарушение обмена серотонина [3]. Также в ряде исследований представлена взаимосвязь депрессивной симптоматики с концентрацией β-эндорфина в сыворотке крови [4, 5]. Указанный нейропептид выполняет множество разнообразных функций, в том числе участвует в регуляции сложных физиологических и поведенческих процессов, которые задействованы в формировании симптоматики депрессивных расстройств [6]. Таким образом, представляет интерес исследование взаимосвязи уровня β-эндорфина и агрессивных проявлений у пациентов с расстройствами депрессивного спектра.

Цель: оценить взаимосвязь между содержанием сывороточного β-эндорфина с выраженностью агрессивности у пациентов с депрессивными расстройствами.

Материалы и методы. Проведено обследование пациентов, находившихся на стационарном лечении в клинике НИИ психического здоровья Томского НИМЦ с диагнозом депрессивного эпизода (ДЭ) в рамках биполярного аффективного расстройства, рекуррентного депрессивного расстройства или единичного ДЭ. Определение содержания биомаркера выполнено в лаборатории молекулярной генетики и биохимии НИИ психического здоровья Томского НИМЦ. Исследование выполнено в соответствии с Хельсинкской декларацией ВМА (2000) и одобрено локальным этическим комитетом НИИ психического здоровья Томского НИМЦ (протокол № 154 от 17.06.2022, дело №154/1.20.22). Исследовательскую группу составили 37 человек, из них большинство женщин ($n=28$, 75,7%), в среднем возрасте 53,5 (42,5, 58,75) года с диагнозами: ДЭ – 46,0% ($n=17$), РДР – 32,4% ($n=12$), БАР – 21,6% ($n=8$), ($p=0,001$, хи-квадрат). Набор клинического и лабораторного материала проводился при поступлении, до начала активной психофармакотерапии. Клинико-психопатологическая оценка выраженности агрессивности проведена при помощи стандартизованного Опросника агрессивности Басса-Дарки [7], лабораторное исследование выполнено с помощью прибора MAGPIX Multiplex Analyzer (Luminex, США) по наборам MILLIPLEX® MAP kit (Merck, Германия), статистический анализ осуществлен с использованием пакета стандартных программ Statistica for Windows (V. 8.0). При проверке нулевой гипотезы критический уровень значимости принят $p=0,05$.

Результаты. В исследуемой группе пациентов выраженность отдельных агрессивных паттернов в соответствии с опросником Басса-Дарки оценена как средняя: физическая агрессия – 4 (2, 6), косвенная агрессия – 5 (4, 6), раздражительность – 6 (4, 8), негативизм – 2 (1, 4), обида – 4 (3, 6), подозрительность 4 (3, 5), вербальная агрессия 6 (4, 8), кроме чувства вины, показатель которого оказался выше нормативного значения – 7 (5, 8) баллов. Интегральный показатель агрессивности (индекс агрессии) имел более низкое значение, чем среднепопуляционный показатель (21 ± 4 балла [8]), и составил 14 (9, 19) баллов, а индекс враждебности был в 6,5 раза выше референтного значения (7 ± 3 [8]) и составил 8 (5, 10) баллов. Концентрация β -эндорфина в сыворотке крови пациентов исследуемой группы составила 281,43 (213,1, 413,86) пг/мл. Проведенный корреляционный анализ по Спирмену выявил статистически значимую отрицательную корреляционную связь между уровнем эндорфина и проявлениями вербальной агрессивности среди участников исследования ($r=-0,442$, $p=0,024$).

Выводы. В структуре агрессивности у пациентов с депрессивными расстройствами преобладают явления враждебности, сопровождающиеся вспышками гнева, обидой, неприятием, неприязнью, и чувство вины в виде самоуничтожения и стремления к самокачанию.

В ходе проведенного исследования выявлена взаимосвязь между суточной концентрацией β -эндорфина и проявлениями вербальной агрессии. Заинтересованность опиатной системы в патогенезе агрессивности может найти отражение в перспективе использования лекарственных средств, модулирующих опиатную систему в терапии пациентов с депрессивными расстройствами с выраженными проявлениями агрессии.

Список литературы

1. Schlagbaum P, Ruch DA, Tissue JL, Sheftall AH, Bridge JA. Depressed Mood Prior to Death. *Crisis*. 2020 Nov;41(6):445-452. doi: 10.1027/0227-5910/a000660. Epub 2020 Apr 2. PMID: 32238075.
2. Prepelita R, Cristofor A, Dobrin I, Birsan M, Chiriță R. The aggressiveness-suicide risk correlation in depressed patients – an observational study. *Bulletin of Integrative Psychiatry* μ New Series. 2019 Jun;2(81):80-85.
3. Borroto-Escuela DO, Ambrogini P, Chruścicka B, Lindskog M, Crespo-Ramirez M, Hernández-Mondragón JC, Perez de la Mora M, Schellekens H, Fuxe K. The Role of central serotonin neurons and 5-HT heteroreceptor complexes in the pathophysiology of depression: A historical perspective and future prospects. *Int J Mol Sci*. 2021 Feb 15;22(4):1927. doi: 10.3390/ijms22041927. PMID: 33672070; PMCID: PMC7919680.
4. Hegadoren KM, O'Donnell T, Lanius R, Coupland NJ, Lacaze-Masmonteil N. The role of beta-endorphin in the pathophysiology of major depression. *Neuropeptides*. 2009 Oct;43(5):341-53. doi: 10.1016/j.npep.2009.06.004. Epub 2009 Aug 3. PMID: 19647870.
5. Roschina OV, Levchuk LA, Boiko AS, Michalitskaya EV, Epimakhova EV, Losenkov IS, Simutkin GG, Loonen AJM, Bokhan NA, Ivanova SA. Beta-Endorphin and oxytocin in patients with alcohol use disorder and comorbid depression. *J Clin Med*. 2021 Dec 3;10(23):5696. doi: 10.3390/jcm10235696. PMID: 34884397; PMCID: PMC8658665.
6. Ali H, Ahmed HS, Jawad AS, Mustafa MA. Endorphin: function and mechanism of action. *Science Archives*. 2021;2(1):9-13. <http://dx.doi.org/10.47587/SA.2021.2102>
7. Хван А.А., Зайцев Ю.А., Кузнецова Ю.А. Стандартизированный опросник измерения агрессивных и враждебных реакций А. Басса и А. Дарки. Кемерово: КРИПКиПРО, 2006. 68 с.
8. Узлов Н.Д. Декларируемая агрессивность законопослушных граждан и осужденных к различным срокам лишения свободы, диагностируемая опросником Басса-Дарки. *Вестник Пермского университета. Философия. Психология. Социология*. 2014. № 2 (18). С. 100-110.

Работа выполнена при поддержке гранта РФФ № 22-15-00084 «Униполярная и биполярная депрессия: трандиагностичность или специфичность потенциальных клинических, нейрофизиологических, молекулярно-биологических и метаболомных маркеров?».

Превентивные клинические инструменты в терапии когнитивных расстройств позднего возраста как фактор улучшения психического здоровья семьи и общества

Рыжова И.А.

**ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России
Москва, Россия**

Общемировая тенденция увеличения средней продолжительности жизни, неизбежно сопряженная с нарастанием психических расстройств позднего возраста, стимулирует проведение междисциплинарных исследований по изучению и охране психического здоровья пожилых людей. Инволюционные депрессии, сочетающиеся с когнитивными нарушениями, патогенетически разнообразные формы деменций приобретают всё большую социальную значимость в связи с их экспоненциальной распространенностью в обществе. Помимо макроэкономической нагрузки, связанной с затратами государства на лечение, обустройство быта больных деменцией неизбежно требует организации пансионатов и интернатов с привлечением дополнительного медицинского персонала, обеспечивающего уход и надзор за такими пациентами. При этом разрушается психическое здоровье семьи, в которой проживает больной родственник, поскольку нарастает напряженность внутрисемейных отношений, увеличиваются психоэмоциональные затраты и снижается социальное функционирование других членов семьи, вынужденных брать на себя обязанности по контролю и уходу, как следствие, падает финансовое обеспечение семьи.

Основные задачи превентивной психиатрии состоят в скрининговых исследованиях нарушений психического здоровья пожилых людей и обеспечении комплексной психосоциальной поддержки и психологической реабилитации данной группы пациентов. При этом на современном этапе как первичное звено здравоохранения, так и последующая медицинская помощь до сих пор не располагают надежными методами ранней диагностики когнитивных нарушений в структуре психических расстройств у лиц пожилого возраста, что ограничивает выбор мишеней для психофармакологического вмешательства, исключает применение прокогнитивно направленных препаратов, сужает спектр психореабилитационных мероприятий для сдерживания продромального периода деменций. Интегративный междисциплинарный подход, реализующий интервенцию нейропсихологического инструментария в клинические исследования, ориентирован на преодоление дихотомии непсихотических депрессий позднего возраста и дебютных легких когнитивных расстройств, служащих предиктором недостижения полноценной ремиссии заболевания.

Материалы и методы. Было проведено экспериментальное неконтролируемое лонгитюдное исследование с трехлетним интервалом наблюдений на выборочной совокупности ($n=24$), диагностически репрезентирующей органические аффективные расстройства. Использовались классические и оригинальные нейропсихологические методики оценки познавательных способностей. Статистический анализ выполнялся с расчетом хи-квадрат g -критерия Фридмана.

Результаты. В исследуемой когорте в структуре когнитивного синдрома преобладал негрубый исполнительный дефицит, нарушавший процессы мотивации, целенаправленной организации и алгоритмизации познавательной деятельности, исключавший применение эвристического подхода к способу достижения результата, препятствовавший переструктурированию нарушенных когнитивных функций на основе заместительной полимодальной перцепции. Высокий риск прогрессирования когнитивного снижения требовал разработки немедикаментозных методов внутри- и постстационарного психологического сопровождения данной группы пациентов. Общеизвестны программы когнитивной стимуляции, ориентированной на реконструкцию условий умеренных физических нагрузок и досуговых мероприятий, техники обучения специализированным когнитивным навыкам, системы культивирования домашнего адаптивного самообразования, направленные на комплексную реабилитацию в процессе оказания специализированной геронтопсихиатрической помощи.

В рамках настоящего исследования был применен оригинальный метод когнитивного тренинга в качестве нейропсихологического коррекционного воздействия на познавательные процессы. Систематическая интервенция в виде организованной когнитивной нагрузки приводила к доказанной редукции дефицита внимания, когнитивной выносливости, инструментальной (процедурной) и вербальной памяти, речевых навыков и исполнительных функций, способствовала формированию ментального резерва, смягчающего когнитивную несостоятельность и пролонгирующего периоды ремиссии или продрома заболевания. Высокий потенциал применения когнитивного тренинга в стандарте оказания медицинской помощи заключался в универсальности и доступности использования, организационной структуре, соответствовавшей функционалу стационарного и последующего амбулаторного лечения, в вариабельности набора методических средств, прогностической надежности за счет доступности мониторинга результатов. В качестве допустимой модификации формы подачи стимульного материала использовался привычный цифровой ресурс в виде смартфона, подключенного к интернету, что давало возможность считывать с экрана учебный контент, в том числе интерактивный, тем самым обогащая программу тренинга, обучая инновационным технологиям, сокращая время на вводный этап, повышая заинтересованность и инициативность участников,

снижая уровень дезадаптивной тревожности в ситуации неизбежного контроля знаний за счет непрерывного открытого доступа к алгоритмам решения заданий и правильным ответам.

Организованное катamnестическое наблюдение за исследуемой когортой больных позволило оценить уровень их социальной адаптации в семье и реинтеграции в общество в постгоспитальном периоде. Внутри семейной среды улучшалась коммуникация больных с родственниками, налаживалась эмпатичная доверительная атмосфера, менялась структура распределения ролей с расширением спектра доступных домашних обязанностей и возрастающим ощущением полноценности жизни и значимости для близких, что создавало условия для гармонизации родственных отношений, восстановления психического здоровья всех членов семьи. Стабильность когнитивной сферы, достигаемая регулярными когнитивными тренировками, давала возможность пациентам повысить свою общественную активность путем установления новых социальных контактов, вовлечения в организованные досуговые мероприятия, самореализации в непривычных ранее творческих занятиях.

Новейший антипсихотик карипразин при поддерживающей терапии шизофрении, ассоциированной с химическими аддикциями
**Селиванов Г.Ю.^{1, 2, 3, 4}, Отмахов А.П.², Сальников А.А.⁵,
Блонский К.А.⁶, Скробычев И.В.⁷**

¹ НИИ психического здоровья, ТНИМЦ Российской академии наук, Томск, Россия

² СПб ГКУЗ ПБ Св. Николая Чудотворца, Санкт-Петербург, Россия

³ СПб ГКУЗ ЦВЛ «ДП» им. С.С. Мнухина, Санкт-Петербург, Россия

⁴ СПб УГПС МЧС России, Санкт-Петербург, Россия

⁵ ГБУЗ ЯНАО «НПНД», Ноябрьск, Россия

⁶ БУ ХМАО – Югры – НПБ, Нижневартовск, Россия

⁷ ОГАУЗ «ТКПБ», Томск, Россия

Актуальность. Весь полиморфизм психотических состояний при шизофрении, ассоциированной с различными химическими аддикциями, не всегда попадает в поле зрения врачей психиатров и наркологов амбулаторных, стационарных и экстренных служб. Данный факт обусловлен применением различными коммерческими психофармакологическими и криминализованными псевдонаркологическими службами, а также специализированными выездными психиатрическими бригадами скорой медицинской помощи психофармакологических схем при лечении острых и предэкзацербационных состояний с помощью новых антипсихотиков. В настоящее время представляется актуальным освещение этой малоизученной в современной специализированной научно-практической литературе проблемы.

Цель: изучение наиболее эффективных поддерживающих лечебных доз карипразина при фармакотерапии шизофрении, ассоциированной с химическими аддикциями.

Материалы и методы. База исследования – 200 мужчин с шизофренией, 17-35 лет, зависимые от алкоголя (n=50), каннабиноидов (n=50), опиоидов (n=50), психостимуляторов (n=50), проходившие стационарное и амбулаторное лечение в психиатрических учреждениях Томской области, Нижневартовска, Ноябрьска и Санкт-Петербурга (2013-2024 гг.). Методы исследования: клинико-психопатологический, психометрический, статистический (Python 3.11.0), $p \leq 0,05$. Исследование одобрено этическим комитетом НИИ психического здоровья ТНИМЦ РАН (протокол № 114 от 22.10.2018).

Результаты. Основная группа (PS+CA+C) – 50% пациентов принимали карипразин, контрольная группа (PS+CA) – 50% пациентов принимали другие нейролептики. При лечении обострения шизофрении у принимающих карипразин использовалась доза 6 мг/сут. В рамках стационарной терапии (6 недель) назначали карипразин $4,5 \pm 1,5$ мг/сут, бипериден $2 \pm 1,5$ мг/сут, на амбулаторном этапе (6 недель) – карипразин от $3 \pm 1,5$ до $1,5 \pm 1,5$ мг/сут (с индивидуальной коррекцией дозировки $\pm 1,5$ мг/сут). Выявлены следующие показатели по четырем шкалам: 1) PANSS, PS+CA+C – $75,35 \pm 0,55$, PS+CA – $80,55 \pm 0,35$, 2) SANS, PS+CA+C – $38,3 \pm 0,85$, PS+CA – $45,1 \pm 0,55$, 3) CGI, PS+CA+C $2,45 \pm 0,85$, PS+CA $1,35 \pm 0,45$, 4) GAF, PS+CA+C – $83,3 \pm 0,65$, PS+CA – $74,6 \pm 0,55$.

Выводы. Карипразин в сравнении с другими нейролептиками наиболее эффективен при поддерживающем лечении в минимальной терапевтической дозе 3 мг/сут с индивидуальным её изменением $\pm 1,5$ мг/сут. Обнаружено, что карипразин показал наибольшую эффективность в плане редукции негативной психопатологической симптоматики и при улучшении психического состояния и социального функционирования.

Взаимосвязь эмоционального интеллекта и антиципационной состоятельности созависимых на фоне зависимых

Семенова-Полях Г.Г., Михайлова Ю.Е.

**ЧОУ ВО «Казанский инновационный университет им. В.Г. Тимирязова»
Казань, Россия**

Зависимое поведение, его любая форма, в том числе и нехимическая, выступает фактором, который снижает качество жизни и психологическое благополучие человека. На сегодняшний день среди всех видов зависимого поведения широко распространена созависимость в межличностных отношениях, которая представляет собой чрезмерную поглощенность другим человеком с потерей своего Я и крайне негативно влияет на психологическое состояние обоих участников взаимодействия [2].

История термина «созависимость» насчитывает практически два столетия. Его возникновение связано с химической зависимостью и использовалось в отношении родственников и супругов химически зависимых, совокупность особенностей этих лиц носила название «ко-алкоголизм». Затем термин был заменен на созависимость и отнесен к вариантам зависимого поведения. Созависимость – общая зависимость на психологическом уровне от наркологических веществ в семьях, где есть член семьи – химически зависимый. В современных исследованиях понятие стало шире, его используют применительно к межличностным отношениям в любых сферах, в которых присутствуют потеря и размывание психологических границ, чрезмерная сосредоточенность на другом человеке, психологически болезненная зависимость. Поведенческая и эмоциональная составляющие созависимости сходны с комплексом состояний, напоминающих состояние при зависимости. Созависимость существует на социальном, духовном, физическом, психологическом уровнях [2]. Жизненный фокус созависимого смещается на объект зависимости, за него думают, принимают решения, улаживают жизненные сложности, живут его жизнью. Прочие сферы жизни опустошены, нормальные чувства гипертрофируются, основное состояние – сверхконтроль, сверхзабоченность. Для созависимых характерны высокая самокритичность, чувство вины, низкая самооценка, высокие требования к себе, реактивное поведение, прогрессирующее состояние. Формы поведения созависимых сходны с таковыми у зависимых, в том числе саморазрушающее поведение, которое может выражаться в нервно-психических и соматических расстройствах. Межличностная зависимость влияет на качество отношений и жизни, это явление находится в фокусе внимания психологов-теоретиков и психологов-практиков, чаще всего изучается применительно к близким отношениям мужчины и женщины, но может проявляться во всех видах отношений. Феномен межличностной созависимости охарактеризован не в полной мере, раскрыты отдельные аспекты данного явления, преимущественно в отношении химической зависимости. Проблема исследования состоит в противоречии потребности рассмотрения аспекта созависимого поведения личности в межличностных отношениях и обусловлена дефицитарными знаниями в этой области в сочетании с распространенностью данного явления и его негативным влиянием на психологическое благополучие личности.

Цель: рассмотрение взаимосвязи эмоционального интеллекта и антиципационной состоятельности созависимых на фоне зависимости.

Эти характеристики представляют интерес, поскольку развитие эмоционального интеллекта и антиципационной состоятельности – инструменты помощи в преодолении созависимости, по сути, являются механизмами, обеспечивающими адаптацию и эффективность деятельности. В то же время данные характеристики – инструменты профилактики созависимости.

Составляющие эмоционального интеллекта обеспечивают эмоциональную саморегуляцию личности, умение понять эмоции другого и выстроить общение с учетом желаемого результата общения. Развитый эмоциональный интеллект – залог жизненного успеха и счастливых отношений.

Антиципационная состоятельность содержательно раскрывается как способность личности к предвосхищению с большой точностью характера разворачивания событий, характера реакций людей и собственных реакций. Антиципация, помимо предвосхищения, включает упреждающее реагирование на ситуацию с учетом предвосхищения её разворачивания [5]. Созависимость, как и любая другая зависимость, парадоксальна в том аспекте, что личность осведомлена об отрицательном влиянии феномена, но продолжает проявлять зависимое поведение. Сама сущность зависимости состоит в нарушенной антиципации, в частности на примере гемблинга доказана низкая антиципационная состоятельность зависимых.

Гипотеза о взаимосвязи эмоционального интеллекта и антиципационных способностей созависимых сформулирована в теоретических положениях, в том, что антиципация – составной элемент деятельности, позволяющий повысить её эффективность. Особое внимание отводится значению антиципационных способностей в программировании поведения и деятельности, принятии решения и текущем контроле, в актах коммуникаций [1]. В этом определении прослеживается пересечение процессов антиципации и эмоционального интеллекта: оба играют большую роль в общении, эмоциональный интеллект предполагает предвосхищение характера эмоциональной реакции партнера по общению и своих собственных. Доказано, что антиципационная состоятельность взаимосвязана с социальным интеллектом [4]. В свою очередь эмоциональный интеллект является частью социального интеллекта. Соответственно можно вычленировать взаимосвязи эмоционального интеллекта и антиципации.

Материал и методы. В исследовании на базе ООО РЦ «Развитие» г. Казани приняли участие 50 созависимых. Применялись методика Холла на эмоциональный интеллект (EQ), тест антиципационной состоятельности (прогностической компетенции) В.Д. Менделевича. Анализ результатов проводился с использованием методов математической статистики (корреляционный анализ по Спирмену) в программе SPSS Statistics 22.0.

Результаты. Эмоциональный интеллект ($r=-0,115$, $p\leq 0,01$) и умение управлять эмоциями других людей ($r=-0,007$, $p\leq 0,01$) имеют обратную взаимосвязь с пространственной антиципационной состоятельностью: чем лучше созависимые понимают и ощущают эмоции других, тем сложнее им осуществлять прогнозирование. Данная взаимосвязь чрезвычайно важна: понимание эмоций другого смещает фокус внимания со своих собственных чувств, целей, желаний на другого человека и мешает созависимому спрогнозировать вероятный негативный характер взаимодействия.

Самомотивация имеет прямую взаимосвязь с пространственной антиципационной состоятельностью ($r=0,314$, $p\leq 0,05$): произвольное управление своими эмоциями находится в прямой зависимости от умения прогнозировать события во времени. Когда созависимый хорошо управляет своими эмоциями, он может спокойно подумать, как будет развиваться ситуация. Если созависимому трудно управлять своими эмоциями, он так или иначе сосредоточен на себе и затрудняется в процессах предвосхищения. Эмпатия напрямую взаимосвязана с временной антиципационной состоятельностью ($r=0,718$, $p\leq 0,01$), т.е. эмпатия и временная состоятельность усиливают друг друга. Чем выше умение поставить себя на место другого человека, понять его чувства, тем лучше способность прогнозировать события и отношения. Управление эмоциями других людей имеет обратные взаимосвязи с временной ($r=-0,606$, $p\leq 0,01$) и пространственной ($r=-0,668$, $p\leq 0,01$) антиципационной состоятельностью: созависимые могут влиять на эмоции других людей, но не могут прогнозировать события в пространстве и времени. Если же созависимые хорошо предвосхищают события и отношения, то им сложнее удастся управлять эмоциями других людей. В данной взаимосвязи имеется положительный момент: если человек понимает, что отношения не принесут пользы, то управлять эмоциями партнера нет необходимости. В противном случае созависимый сосредотачивается на управлении эмоциями других людей и становится не способен управлять своими.

Выводы. Эмоциональный интеллект у созависимых по-разному взаимосвязан с антиципационными способностями: эмпатия способствует повышению временной антиципационной состоятельности, эмоциональная самомотивация усиливает пространственную антиципацию, управление эмоциями других людей ослабляет способность к предвосхищению во времени и пространстве. Целесообразно развивать у созависимых эмпатию и самомотивацию, что будет способствовать повышению уровня развития способностей к прогнозированию.

Список литературы

1. Ананьев Б.Г. Избранные психологические труды. В 2-х т. Т. I. М.: Педагогика, 1980. 232 с.
2. Ермаков П.Н., Кукуляр А.М., Колонова А.С. Ретроспективный анализ феномена «созависимое поведение». Мир науки. Педагогика и психология. 2018. № 5. С. 56-58.
3. Козлова Л.И., Чухрова М.Г., Пронин С.В. Структура антиципационной состоятельности лиц, склонных к зависимости от многопользовательских ролевых онлайн игр. Мир науки, культуры, образования. 2013. № 3 (40). С. 193-196.
4. Лунева О.В. Концепция социального интеллекта личности. Знание. Понимание. Умение. 2012. № 2. С. 46-51.
5. Менделевич В.Д., Садыкова Р.Г. Психология зависимой личности. Казань: РЦПНН при КМРТ, Й.: Марев, 2019. 240 с.

Семейно-генетические аспекты расстройств пищевого поведения

Силаева Д.В.¹, Гуткевич Е.В.^{1,2}

¹ Национальный исследовательский Томский государственный университет

**² НИИ психического здоровья, ТНИМЦ Российской академии наук
Томск, Россия**

Расстройства пищевого поведения (ПП) являются инвалидизирующими и смертельными психическими расстройствами, которые значительно ухудшают физическое здоровье и нарушают психосоциальное функционирование. Нервная анорексия характеризуется одним из самых высоких показателей смертности по сравнению с другими психическими патологиями – 5,1 случая на 1000 человек в год. Для нервной булимии процентный уровень смертности составляет 1,7 случая на 1 000 человек в год [3].

В настоящее время современная международная научная литература отвергает «причинную концепцию семьи», т.е. идею о том, что семья является единственной причиной (в этиологическом плане или основным фактором риска) расстройств пищевого поведения. Согласно этой позиции, направления теорий психопатологии развития предполагают, что этиопатогенез расстройств ПП следует рассматривать как многофакторную причину, связанную с генетическими, психологическими, нейроэндокринными, социокультурными и семейными факторами [1]. Отмечается наличие генетической предрасположенности к расстройствам ПП. Основываясь на близнецовых исследованиях, наследуемость нервной анорексии оценивается между 48 и 76%, наследуемость нервной булимии – от 28 до 83%. Риск развития нервной анорексии у родственников первой линии родства примерно в 11 раз выше по сравнению с женщинами без семейного анамнеза заболевания. Существует широкий спектр биомаркеров, связанных с расстройствами ПП, многие из них являются следствием недостаточности питательных веществ или могут являться признаками, которые имеют генетическое происхождение. Так, например, люди с расстройствами ПП (чаще с нервной анорексией) демонстрируют выраженную когнитивную ригидность, слабую центральную когерентность (повышенное внимание к деталям) и проблемы с принятием решений. При этом подобные отклонения могут наблюдаться и после выздоровления. Факторами, предрасполагающими к развитию расстройств ПП, становятся гипоксическое повреждение мозга, гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковая дисфункция и/илинутриционно-эпигенетические механизмы [4].

Отмечается связь развития расстройств ПП в молодом возрасте с социально-культурным контекстом, так как в этот период тело подростков динамично меняется, а члены семьи и сверстники могут укреплять опреде-

ленные пищевые паттерны, используя советы, собственный пример, поддразнивание. Это может приводить к сверхценности худого образа тела, формированию низкой самооценки и способствовать ограничительному поведению. Стрессовые и кризисные события или жизненные трудности подросткового периода могут спровоцировать начало расстройств ПП. Одним из основных социокультурных факторов, способствующих формированию и поддержанию расстройств ПП в популяции, является интернализация худобы как идеала, которая может приводить к неудовлетворенности собственным телом. Помимо этого, значительное влияние оказывает профессиональная вовлеченность в деятельность, связанную с эстетическими и функциональными достижениями [4]. Когнитивные и эмоциональные нарушения могут способствовать трудностям в эмоциональной регуляции, заниженной самооценке и чувству неполноценности. При этом одним из способов добиться улучшения самооценки становится стремление к достижению культурного идеала худобы. Так, при проявлении симптомов расстройств ПП может возникать положительная обратная связь, поддерживающая расстройство [4].

Большое значение для диагностики и терапии имеет поле отношений в семьях с расстройствами ПП. Семейные отношения часто определяются атмосферой перфекционизма и ориентировки на социальный успех. Процесс взаимодействия определяется контролирующими, гармонизирующими, гиперопекающими импульсами. Эмоциональные конфликты отрицаются, адекватные способы решения конфликтов не вырабатываются. Атмосфера в семье представляется вследствие этого постоянно напряженной [2]. Обнаружено, что подростки с расстройствами ПП испытывают неудовлетворительные семейные отношения, характеризующиеся плохим принятием со стороны родителей и ограниченной независимостью среди членов семьи. Напротив, подростки, которые сообщают об эмоциональной поддержке со стороны родителей, с меньшей вероятностью будут развивать чрезмерную озабоченность по поводу веса, неудовлетворенность своим телом и высокие идеалы худобы [1]. На развитие расстройств ПП также влияет предположение об обязательных и неблагоприятных семейных правилах. В семьях с расстройствами ПП действуют особые правила, касающиеся ограничения мыслей, чувств и себя. Риск развития расстройств ПП подвержены семьи со строгими правилами, которые препятствуют или ограничивают выражение мыслей, чувств и самовыражения (запрет говорить о ситуациях, вызывающих дискомфорт), особенно в тех случаях, когда ограничительные правила также касаются продуктов питания. Кроме того, критическое отношение и семейное давление в отношении тела и физической формы являются показателями вовлеченности и семейной ригидности, которые сильно влияют на развитие заболевания, способствуя предположению о неадекватных пищевых привычках [1].

Выводы. Низкая сплоченность, неблагоприятные семейные правила могут негативно сказываться на эмоциональном состоянии и адаптации, а соответственно сплочённость семьи защищает подростков от эмоционального напряжения и связана с адаптивным поведением. Взаимосвязь между позитивным функционированием семьи и здоровым пищевым поведением определяет позитивное восприятие семейных отношений как важный защитный фактор от риска развития нарушенного пищевого поведения.

Список литературы

1. Erriu M, Cimino S, Cerniglia L. The role of family relationships in eating disorders in adolescents: A narrative review. *Behav Sci (Basel)*. 2020 Apr 2;10(4):71. doi: 10.3390/bs10040071. PMID: 32252365; PMCID: PMC7226005.
2. Малкина-Пых И.Г. Виктимология. Психология поведения жертвы. М.: «Эксмо», 2010. 585 с.
3. Психотерапия: учебник / под ред. А.В. Васильевой, Т.А. Караваевой, Н.Г. Незнанова. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2022. 864 с.
4. Незнанов Н.Г., Сорокин М.Ю., Блохина Е.А. Тактика врача-психиатра: практическое руководство / под ред. Н.Г. Незнанова, Г.Э. Мазо. М.: ГЭОТАР-Медиа», 2022. 232 с.

Взаимосвязь взаимоотношений с родителями и ближайшим социальным окружением подростков как один из аспектов психического здоровья семьи

Совмиз З.Р.

**ФГБОУ ВО «Кубанский государственный университет физической культуры, спорта и туризма»
Краснодар, Россия**

Проблема детско-родительских отношений и отношений подростков с ближайшим социальным окружением долгие годы не теряет свою актуальность, связано это с тем, что подростковый возраст – этап переходный, своего рода критический, основанный на кардинальном изменении ведущей деятельности, социальной ситуации развития, появлении чувства взрослости, снижении авторитета в лице взрослых и росте авторитета в лице сверстников [1, 2, 4]. Анализ психологических особенностей подросткового возраста представлен во многих психологических школах и находит свое отражение в трудах целого ряда отечественных (Л.И. Божович, Л.С. Выготский, А.Г. Маклаков, В.И. Мухина, Р.С. Немов, Д.Б. Эльконин) и зарубежных (Ж. Пиаже, З. Фрейд, Э. Эриксон, Г. Крайг, Ф. Райс и др.) авторов [1, 3, 4]. Э. Эриксон, рассматривая кризис данного возраста, определяет его как кризис идентичности, реализуемый через вопрос подростка, обращенный к самому себе: «кто я в разных жизненных ситуаци-

ях?»), в дальнейшем приводящий к комбинации социальных ролей во внутреннем непротиворечивый комплекс. Успешность прохождения данного возрастного этапа во многом определяется детско-родительскими отношениями, что в целом является индикатором психологического здоровья семьи как источника благополучия ребенка и его взаимоотношений с социумом. Могут наблюдаться разные виды социально неадекватного поведения ребенка, возникающие в ответ на чрезмерные требования со стороны матери [5]. Таким образом, актуальным является вопрос, касающийся особенностей взаимосвязи между взаимоотношениями подростков с родителями и ближайшим социальным окружением.

Цель: провести анализ особенностей взаимосвязи взаимоотношений подростков с родителями и ближайшим социальным окружением.

Материал и методы. Выборка исследования: подростки ($n=60$) 12-14 лет, учащиеся МАОУ СОШ № 11 г. Тимашевск Краснодарского края. Методы исследования: анкета диагностики социально-психологических связей (Н.В. Кузьмина), тест ADOR «Подростки о родителях» (Е. Шафер, модификация З. Матейчика, П. Ржичана), корреляционный анализ по Пирсону.

Результаты. Изучение особенностей отношений подростков с родителями и ближайшим социальным окружением показало многочисленные корреляционные взаимосвязи, наиболее насыщенные взаимосвязи значимости лиц социального окружения наблюдаются с детско-родительскими отношениями подростков с матерью. Враждебность матери положительно коррелирует со значимостью сестры/брата как члена ближайшего социального окружения ($r=0,512$, $p\leq 0,01$), автономность матери отрицательно коррелирует со значимостью отца ($r=-0,352$, $p\leq 0,05$), директивность матери положительно коррелирует со значимостью матери/отец товарища ($r=0,451$, $p\leq 0,01$). Непоследовательность взаимоотношений с отцом положительно коррелирует со значимостью самого отца ($r=0,391$, $p\leq 0,01$) и отрицательно со значимостью матери/отца товарища ($r=0,421$, $p\leq 0,01$). Враждебность матери в отношениях с ребенком-подростком, выражающаяся в её агрессивности, чрезмерной строгости и ориентации на себя, приводит к непринятию ребенка и способствует росту значимости сестры или брата, в лице которых ребенок находит поддержку. Автономность матери сыном понимается как диктат и упоение властью, дочерью – как отсутствие заботы и внимания, что приводит к снижению значимости отца для подростка и, возможно, связано с необходимостью раннего взросления ребенка и его самостоятельностью, возникающей в ответ на подобное поведение матери. Директивность матери, выражающаяся в жестком контроле дочери, навязывании сыну-подростку чувства вины по отношению к себе, приводит к росту значимости роли родителей товарища. Данный факт может быть обусловлен сравнением воспитательных мер своих родителей с воспитательными мерами родителей друзей.

Непоследовательность отца в виде непредсказуемости, невозможности предвидеть его реакцию на те или иные ситуации приводит к росту его значимости и снижению значимости родителей товарища. Такое поведение вызывает у подростка состояние тревожности и риска, зарождает желание угодить родителю и получить положительную обратную связь от него.

Изучение особенностей взаимосвязи детско-родительских отношений подростков с типами отношений с лицами социального окружения показало, что умение дорожить мнением отрицательно коррелирует с непоследовательностью матери ($r=-0,322$, $p\leq 0,05$): чем более непредсказуемо поведение матери, тем выше вероятность, что у ребенка не сформируется умение держать слово, следовать выбранному мнению. Наибольшее количество взаимосвязей наблюдается в умении довериться, причем в большей степени с типом воспитания со стороны матери. Данный тип взаимоотношений положительно взаимосвязан с непоследовательностью матери ($r=0,512$, $p\leq 0,01$), отрицательно – с директивностью матери ($r=-0,453$, $p\leq 0,01$) и враждебностью отца ($r=-0,321$, $p\leq 0,05$). Уверенность подростка в защите положительно взаимосвязана с директивностью отца ($r=0,415$, $p\leq 0,01$). Т.е. желание дорожить мнением как тип отношений тем выше, чем ниже изменяющееся нестабильное воспитание без определенной линии и посыла. В литературе описана взаимосвязь между детско-родительскими отношениями и самооощением и самочувствием подростка в коллективе школы и класса [4]. Умение и желание довериться будет выше, чем выше непоследовательность матери, возможно, адресатом доверия будет кто-то другой из социального окружения, так как непоследовательность накаляет обстановку, а желание выговориться у ребенка сохраняется. Желание довериться снижается при высоком уровне требовательности отца, его ориентации на воспитание «идеального ребенка», жестком контроле со стороны матери. Данные родительские позиции повышают уровень напряженности и нервозности подростка и ухудшают доверительные отношения с ним. Уверенность в защите растет при директивной позиции отца, ориентирующей подростка на «путь истинный» в соответствии с нормами и правилами поведения, принятыми в обществе и определенной культуре.

Полученные данные свидетельствуют о значимости роли родителей в формировании социально-психологических связей подростка с социальным окружением. Проблема социального и психологического благополучия подростка требует совместных усилий со стороны семьи и школы как источника социальных связей с учетом его возрастных особенностей.

Список литературы

1. Босенко Ю.М. Особенности семейного окружения как предпосылка формирования готовности к самостоятельности у подростков в контексте различных образовательных сред. Актуальные проблемы физической культуры и спорта в современных социально-экономических условиях. Чебоксары: Чувашский государственный аграрный университет, 2024. С. 979-983.

2. Семенова А.В. Личностные характеристики в подростковом и юношеском возрасте. Педагогика: история, перспективы. 2020. Т. 3, № 3. С. 74-83.
3. Хьелл Л., Зиглер Д. Теории личности. СПб.: Изд-во Питер, 2008. 609 с.
4. Собкин В.С., Калашникова Е.А. Взаимоотношения с родителями подростков из полных/неполных семей и статус среди одноклассников. Социальная психология и общество. 2023. Т. 14, № 1. С. 55-73. doi: 10.17759/sps.2023140104.
5. Чернов Д.Н. Особенности детско-родительских отношений в семьях, воспитывающих детей младшего подросткового возраста. Психология и психотехника. 2019. № 3. С. 92-107. doi: 10.7256/2454-0722.2019.3.27003.

Изменение морфометрических показателей клеток-предшественниц ткани головного мозга в условиях пренатальной гипоксии и алкоголизации

Солонский А.В., Шумилова С.Н.

**НИИ психического здоровья, ТНИМЦ Российской академии наук
Томск, Россия**

Актуальность. В настоящий момент негативное воздействие алкоголя на процессы внутриутробного развития нервной системы является общепризнанным фактом. У детей, развивавшихся в условиях хронической алкогольной интоксикации вследствие употребления матерью алкоголя во время беременности, выявляется высокий уровень психопатологий. К ним относятся экстернализация и интернализация поведения, нарушения сна, аномальные привычки и стереотипы, проблемы управления поведением, даже при отсутствии задержки психомоторного развития [1]. Однако механизмы, опосредующие указанные нарушения, остаются предметом дискуссии. Несмотря на то что наиболее вероятным путем формирования патологии является развитие внутриутробной гипоксии, в настоящий момент в литературе недостаточно работ, проводящих морфологическое и морфометрическое сравнение хронической внутриутробной гипоксии и хронической внутриутробной алкоголизации.

Цель: оценка степени влияния внутриутробной гипоксии и алкоголизации материнского организма на формирование клеток-предшественниц ткани головного мозга плодов человека и выявление возможных закономерностей развития нейробластов и глиобластов в данных условиях.

Материалы и методы. Объект изучения – кора головного мозга (ГМ) эмбрионов человека (сенсомоторная область). Материал был получен в ходе операций по добровольному искусственному прерыванию беременности в роддомах и гинекологических отделениях больниц г. Томска. Все процедуры выполнены с учетом требований этического комитета и с письменного согласия участниц. Возраст женщин варьировался в пределах 25-41 года. Всего было получено 22 образца мозга плодов человека на сроке 10-11 полных недель гестации.

Полученный материал был распределен на две группы по две подгруппы в каждой. В группу АЛКОГОЛЬ был включен коллекционный материал лаборатории психонейроиммунологии и нейробиологии НИИ психического здоровья ТНИМЦ РАН. Группа была разделена на две подгруппы: 1) контроль (А) – 6 образцов, полученных от психически и соматически здоровых женщин, не принимавших алкоголь за 1 месяц до или во время беременности, 2) основная – материал получен от женщин, страдавших алкоголизмом I-II стадии и употреблявших от 500 до 800 мл 40% этанолсодержащих напитков в зависимости от индивидуальной толерантности. Стаж заболевания варьировался от 3 до 13 лет. В данном случае подготовка материала включала фиксацию в 0,5% растворе глутаральдегида на 0,1 М фосфатном буфере pH 7,3-7,4, дофиксацию в 1% растворе OsO₄, обезвоживание в спиртах восходящих концентраций и заливку в аралдит. Для морфометрии использовали полутонкие срезы, окрашенные толуидиновым синим по стандартной методике Ниссля. В группе ГИПОКСИЯ также сформировано две подгруппы: 1) контроль (Г) – 6 образцов, полученных от психически и соматически здоровых женщин, не имеющих факторов, предрасполагающих к развитию внутриутробной гипоксии, 2) основная – 4 образца, от женщины, страдающей заболеваниями, предрасполагающими к развитию внутриутробной гипоксии (заболевания сердца, дыхательной системы, сахарный диабет). Подготовка материала включала фиксацию в 9% растворе забуференного нейтрального формалина, обезвоживание в изопропиловом спирте восходящих концентраций и заливку в парафины (Merck, Германия). Срезы окрашивались толуидиновым синим по стандартной методике Ниссля. Световую микроскопию осуществляли с использованием микроскопа AxioScore A1 (Carl Zeiss, Германия), для фотосъемки применяли цифровую камеру Canon G10. Морфометрический анализ выполняли с применением программного обеспечения AxioVision 4.8 (Carl Zeiss, Германия). В ходе исследования вычисляли среднюю площадь и средний периметр нейробластов и глиобластов, их среднее количество на единицу площади среза и удельную площадь элементов в процентах. Для определения статистической значимости результатов применяли программное обеспечение Statistical10 с анализом критерия Манна-Уитни (значимые различия при $p < 0,05$).

Результаты. Микроскопическое исследование позволило установить, что на изучаемом сроке гестации нервная ткань, подвергавшаяся воздействию неблагоприятных факторов, представлена нейробластами, глиобластами и сосудами МЦР, что соответствует нормальным темпам развития. При этом было установлено, что в ткани основной подгруппы группы ГИПОКСИЯ нейробласты имеют веретеновидную форму, а также в них визуализируются начальные сегменты отростков. В цитоплазме некоторых нейронов в небольшом количестве присутствует вещество Ниссля.

Данные изменения не соотносятся с данными группы контроль (Г) и могут свидетельствовать об ускорении дифференцировки и трансформации нейробластов в молодые нейроны. Отличий в морфологическом строении в основных подгруппах по сравнению с контролем не выявлено. Указанные изменения могут быть ассоциированы с активацией субъединицы HIF- α (индуцируемый гипоксией фактор – альфа-1 белок является субъединицей гетеродимерного фактора транскрипции – HIF-1). Это приводит к запуску адаптационных каскадов, направленных на компенсацию эффектов гипоксии. В результате происходит увеличение транспорта и метаболизма глюкозы в клетках, что, вероятно, и может обуславливать ускорение дифференцировки [2]. В ходе морфометрического исследования обнаружены закономерности, характерные для нервной ткани, развивавшейся в неблагоприятных условиях. При сопоставлении удельных площадей нейробластов и глиобластов в группах установлена тенденция к уменьшению как суммарной площади всех исследуемых элементов, так и каждого отдельного показателя в тканях, подвергавшихся тератогенным воздействиям. Это значит, что внутриутробное воздействие хронической гипоксии и хронической алкоголизации приводит к тому, что суммарные размеры сосудов МЦР, глиобластов и нейробластов становятся меньше по сравнению с контролем. Причиной подобных изменений могут являться нарушение процесса миграции и усиление апоптоза вследствие активации каскадов нейротоксических биохимических процессов, таких как изменения мембранного потенциала и распределения ионов, выработка оксида азота, накопление активных форм кислорода [3, 4, 5]. Указанные изменения приводят к снижению выживаемости нейробластов и нарушению их переселения и, как следствие, к уменьшению исследуемых показателей.

Выводы. Таким образом, хроническая пренатальная алкоголизация и хроническая внутриутробная гипоксия оказывают значительное повреждающее влияние на внутриутробное развитие клеток-предшественниц ткани головного мозга человека. Воздействие тератогенов приводит к уменьшению их удельной площади, вероятно, вследствие нарушения миграции и усиления апоптоза. Кроме того, внутриутробная гипоксия приводит к ускорению дифференцировки нейробластов в молодые нейроны.

Список литературы.

1. Georgieff MK, Tran PV, Carlson ES. Atypical fetal development: Fetal alcohol syndrome, nutritional deprivation, teratogens, and risk for neurodevelopmental disorders and psychopathology. *Dev Psychopathol.* 2018 Aug;30(3):1063-1086. doi: 10.1017/S0954579418000500. PMID: 30068419, PMCID: PMC6074054.
2. Wenger RH, Stiehl DP, Camenisch G. Integration of oxygen signaling at the consensus HRE. *Sci STKE.* 2005 Oct 18;2005(306):re12. doi: 10.1126/stke.3062005re12. PMID: 16234508.

3. Wilhelm CJ, Guizzetti M. Fetal alcohol spectrum disorders: An overview from the glia perspective. *Front Integr Neurosci.* 2016 Jan 11,9:65. doi: 10.3389/fnint.2015.00065. PMID: 26793073. PMCID: PMC4707276.
4. Novak CM, Ozen M, Burd I. Perinatal Brain Injury: Mechanisms, Prevention, and Outcomes. *Clin Perinatol.* 2018 Jun,45(2):357-375. doi: 10.1016/j.clp.2018.01.015. Epub 2018 Mar 21. PMID: 29747893.
5. Komada M, Hara N, Kawachi S, Kawachi K, Kagawa N, Nagao T, Ikeda Y. Mechanisms underlying neuro-inflammation and neurodevelopmental toxicity in the mouse neocortex following prenatal exposure to ethanol. *Sci Rep.* 2017 Jul 10,7(1):4934.

Стигма vs комплаенс: пути решения сложных проблем

Солохина Т.А., Ошевский Д.С.

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»

Москва, Россия

Введение. Повышение комплаентности пациентов с психическими расстройствами – одна из наиболее трудно решаемых задач лечебно-реабилитационного процесса. Несмотря на многочисленные исследования отечественных и зарубежных авторов, посвященные выявлению факторов, влияющих на комплаенс, а также предпринимаемые усилия по его улучшению, эта проблема остается актуальной [1, 2]. Установлено, что к числу значимых причин, снижающих мотивацию к лечению и возможность обращения пациентов за психиатрической помощью, относятся стигматизация и возникающая, как её следствие, самостигматизация [3]. В ряде публикаций показано, что пациенты с эндогенными психическими заболеваниями являются наиболее стигматизированными и стигматизирующими себя [4, 5]. Поэтому разработка мер по нивелированию последствий стигматизации и самостигматизации в психиатрии, повышению приверженности лечению пациентов с психиатрическим диагнозом является важной научно-практической задачей. При этом в фокусе особого внимания специалистов должны быть пациенты с расстройствами шизофренического спектра (РШС) на начальных этапах течения психического расстройства, поскольку именно этот этап болезни во многом определяет характер дальнейшего течения заболевания, его функциональный и социальный прогноз.

Цель: сравнительный анализ взаимосвязей показателей самостигматизации и отношения к лечению и болезни у пациентов с РШС на разных этапах течения заболевания и разработка комплекса мер по преодолению последствий самостигматизации и улучшению комплаенса.

Пациенты и методы. В исследование вошли две группы пациентов с РШС: 1-я группа – пациенты (n=39) с диагнозами по МКБ-10 F23.xxx, F20.xxx, F25.xxx на этапе первого психотического эпизода с длительностью заболевания не более 5 лет, имеющие в анамнезе не более 3 госпита-

лизаций, находившиеся на амбулаторном и полустационарном лечении в дневном стационаре в ПКБ № 1, ПКБ № 4 г. Москвы и на стационарном лечении в ФГБНУ НЦПЗ. 2-я группа (n=30) – пациенты с диагнозами по МКБ-10 F20.xxx, F25.xxx, на отдаленных этапах заболевания с длительностью болезни более 5 лет. Пациенты 2-й группы являются членами Региональной благотворительной общественной организации «Семья и психическое здоровья» и участниками долгосрочной комплексной программы психосоциальной реабилитации, которая проводится этой организацией непосредственно в социуме. Методы исследования: Шкала позитивных и негативных симптомов (Positive and Negative Syndrome Scale, PANSS), Опросник для оценки феномена самостигматизации психически больных (Ястребов В.С., Ениколопов С.Н., Михайлова, 2005), позволяющий выявить уровень самостигматизации и её структуру по основным сферам социально-психологического функционирования на основе 9 шкал (переоценка самореализации, нарушение Я-идентичности, принятие роли психически больного в трудовой сфере, деидентификация от окружающих в социальной сфере, дистанцирование от психически больных в сфере внутренней активности, готовность к дистанцированию от психически больных в социальной сфере, переоценка внутренней активности, принятие роли психически больного в сфере самореализации, зеркальное Я психически больного в сфере внутренней активности), Опросник отношения к лекарственным препаратам (Drug Attitude Inventory – DAI-10, Hogan TP, Awad AG, Eastwood RA., 1983), включающий 10 вопросов, Опросник осознания болезни (Insight Scale for Psychosis – ISP, Birchwood M., Smith J., Drury V. et al., 1994), состоящий из 8 вопросов с оценкой трех параметров (определение способности пациента опознавать болезненные проявления психического заболевания, осознание психического расстройства, согласие с необходимостью лечения). Опросник для оценки феномена самостигматизации также позволяет определить формы самостигматизации, среди которых выделены *аутопсихическая* форма – с идеализацией доболезненного периода и снижением требований к себе, *компенсаторная* – с частичным игнорированием у себя признаков психического расстройства и утрированным приписыванием несостоятельности психически больным, *социореверсивная* – с изменением личностной позиции и дистанцированием от социума.

Для анализа полу применялись математико-статистические методы (программная среда STATISTICA 12.1.rus и офисный пакет Excel). Использовался непараметрический критерий Mann-Whitney (U-test), для сравнения процентных отношений применялось угловое преобразование Фишера (F-test). Оценка силы возможной связанности переменных проводилась с помощью непараметрического коэффициента (r-Spearman) ранговой корреляции Спирмена.

Результаты. Средний возраст пациентов составил: 1-я группа – 25,53±4,56 года, 2-я группа – 42,21±10,36 года. Гендерное распределение в группах было следующими: 1-я группа – 41% мужчин и 59% женщин, 2-я группа – 53% мужчин и 47% женщин. Профессиональной деятельностью и учебной были заняты 48,7% пациентов 1-й группы и 17,23% 2-й группы. 15,79% пациентов 1-й группы и 7,14% пациентов 2-й группы были женаты/замужними или состояли в гражданском браке. Полученные данные свидетельствуют о более высоком социальном функционировании и опыте семейной жизни пациентов 1-й группы, однако число состоявших в браке пациентов в обеих группах было невелико.

Показатели шкалы PANSS продемонстрировали, что для пациентов 1-й группы характерна остаточная позитивная симптоматика (расстройства суждений, подозрительность, не в полной мере редуцированные бредовые концепции и галлюцинаторные феномены). Во 2-й группе ведущими выступали негативные симптомы (снижение абстрактного мышления и его стереотипность, обедненность эмоций и речи), снижение волевой регуляции и критичности.

У пациентов обеих групп выявлены статистически значимые различия ($p=0,05$) показателей самостигматизации как в целом, так и по отдельным структурным компонентам опросника и формам самостигматизации. Для пациентов 1-й группы характерен относительно невысокий уровень показателей самостигматизации в целом (0,86±0,53 балла) и показателей её структурных компонентов (0,30±0,40 балла – компонент «Зеркальное Я психически больного в сфере внутренней активности», 1,21±0,57 балла – компоненты «Готовность к дистанцированию от психически больных в социальной сфере» и «Переоценка внутренней активности»). В этой группе выявлены все три формы самостигматизации – аутопсихическая, компенсаторная, социореверсивная, отличавшиеся низкими показателями. У пациентов 2-й группы выявлен более высокий уровень самостигматизации (1,20±0,57 балла), наиболее выраженными были показатели по шкалам «Переоценка внутренней активности» (1,61±0,67 балла), «Переоценка самореализации» (1,48±0,78 балла), «Готовность к дистанцированию от психически больных в социальной сфере» (1,44±0,72 балла), «Нарушение Я-идентичности» (1,17±0,59 балла). Более высокие показатели по сравнению с 1-й группой зафиксированы по всем трем формам самостигматизации.

Изучение отношения к лечению и осознания болезни по опроснику «Отношение к лекарственным препаратам» (DAI-10) с последующим корреляционным анализом позволило получить более низкие показатели (1,44±3,46 балла) у пациентов 1-й группы, что отражает их низкую комплаентность. В этой группе пациентов выявлены множественные значимые ($p=0,01$) прямые умеренные корреляции между показателями шкалы «Осознание болезни» (ISP) и параметрами самостигматизации.

У пациентов 2-й группы показатели по опроснику DAI-10 статистически значимо ($p=0,01$) выше ($3,25\pm 4,36$ балла из 4 возможных баллов) по сравнению с пациентами 1-й группы, что свидетельствует об их более высокой комплаентности. Параметры по всем шкалам опросника ISP («Необходимость лечения», «Объяснение болезни», «Осознание болезни») также были выше. Вместе с тем во 2-й группе пациентов выявлены множественные статистически значимые ($p=0,01$) обратные умеренные корреляции между показателями самостигматизации, параметрами шкалы «Необходимость лечения» (опросник ISP) и показателями опросника DAI-10 «Отношение к лекарственным препаратам». Объяснением этому служит тот факт, что у значительной доли пациентов 2-й группы была сформирована с довольно высокими показателями ($0,90\pm 0,55$ балла) социореверсивная форма самостигматизации, приводящая к изменению личностной позиции пациента, искажению оценок и отдалению от социума, поскольку пациент перестает отождествлять себя с сообществом здоровых людей, что приводит к недополучению психиатрической помощи и формированию более низкой комплаентности.

Полученные результаты указывают на необходимость проведения дестигматизационной работы на всех этапах течения эндогенных психических расстройств. При этом борьба с формированием самостигматизации, препятствующей обращению за психиатрической помощью и снижающей приверженность лечению, не может сводиться к применению лишь одного метода, например, только психообразования, а должна включать разные технологии. На основе полученных данных в отделе организации психиатрических служб ФГБНУ НЦПЗ разработаны технологии по снижению самостигматизации, базирующиеся на ряде отечественных и зарубежных подходов. Технология «Навыки безопасного сообщения информации» основана на тренинге «Coming out Proud» (Buchholz V.A., Corrigan P.W., 2013), включает психообразование, элементы когнитивно-поведенческой терапии и опирается на отечественные психологические подходы (теория деятельности А.Н. Леонтьева, теория отношений В.Н. Мясищева). Технология «Фотовзгляд на себя и на мир» проводится с использованием метода фотографии, психообразовательного и когнитивно-поведенческого подходов и базируется на тренинге Z. Russinova et al. «Anti-stigma Photovoice Intervention» (2014), для которого получены доказательства эффективности. При обсуждении фотографий задействованы элементы проективного эксперимента (Е.Т. Соколова, Б.В. Зейгарник).

Выводы. Добиться решения сложных проблем, связанных со снижением стигматизации пациентов с тяжелыми психическими расстройствами, можно лишь при проведении масштабных дестигматизационных мероприятий на всех уровнях – при участии властных структур, организаторов психиатрической службы, работников психиатрических учреждений, пред-

ставителей средств массовой информации и общества в целом. При этом важной составляющей для снижения самостигматизации и повышения комплаенса являются комплексные психотерапевтические вмешательства на уровне самих пациентов.

Список литературы

1. Солохина Т.А., Ястребова В.В., Митихин В.Г., Алиева Л.М. Многофакторные регрессионные модели приверженности лечению больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра и их родственников. Психиатрия. 2021. Т. 19, № 1. С. 34-44. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2021-19-1-34-44>
2. Kane JM, Kishimoto T, Correll C. Несоблюдение режима лечения пациентами с психотическими расстройствами: эпидемиология, предрасполагающие факторы и тактика. World Psychiatry. 2013 Oct;12(10):216-226. <https://doi.org/10.1002/wps.20060-2013-12-10-216-226>
3. Лутова Н.Б., Сорокин М.Ю., Вид В.Д. Психиатрическая стигма – её проявления и последствия. Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2017. № 3. С. 41-45.
4. Rayan A, Aldaieflih M. Public stigma toward mental illness and its correlates among patients diagnosed with schizophrenia. Contemp Nurse. 2019 Dec;55(6):522-532. doi: 10.1080/10376178.2019.1670706. Epub 2019 Sep 29. PMID: 31535959.
5. Солохина Т.А., Ошевский Д.С., Бархатова А.Н., Кузьмина М.В., Тюменкова Г.В. Самостигматизация и мишени психосоциальных интервенций у пациентов с биполярным аффективным расстройством. Депрессия: современные подходы к диагностике, лечению и реабилитации: Материалы XII Всероссийской межвузовской научно-практической конференции. Психическое здоровье. 2023. Т. 18, вып. 8. С. 86-90. doi: 10.25557/2074-014X.2023.08.86-90

Характеристика самоповреждающего поведения среди несовершеннолетних в Архангельской области

Спирин И.А., Миронов Д.С., Белова О.С.

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

Россия занимает лидирующие позиции в мире и первое место среди стран Европы по количеству самоубийств у несовершеннолетних [5]. Для взрослого населения ведущими причинами самоповреждающего поведения являются проблемы в личной жизни или профессиональной деятельности, депрессия, а также доведение до суицида, среди детей и подростков – конфликты в семье, буллинг со стороны сверстников, а также манифестация психического расстройства [4]. Независимо от возраста выделяют следующие факторы риска самоповреждающего поведения: психические расстройства, химические аддикции (алкоголизм, наркомания и др.) и социально-экономически низкое положение в обществе.

На протяжении нескольких лет в ежегодных докладах уполномоченного при Президенте РФ по правам ребенка отмечается существенная разница между данными Росстата и Следственного комитета России относительно числа погибших несовершеннолетних в результате самоубийств в РФ. Согласно данным Росстата, зафиксированное количество суицидов среди несовершеннолетних: 2018 г. – $n=397$, 2019 г. – $n=372$, 2020 г. – $n=311$ (-21,6% к 2018 г.), в то время как СК сообщает об увеличении детских и подростковых самоубийств: 2018 г. – $n=788$, 2019 г. – $n=737$, 2020 г. – $n=548$ (-30,4% к 2018 г.), 2021 г. – $n=753$ (37,4% к 2020 г.) [5]. При этом данные СК являются более достоверными, так как учитывают сведения из первичной медицинской документации и данные, полученные в ходе расследований.

Архангельская область (АО) – крупный административный субъект Северо-Западного федерального округа (СЗФО) с численностью населения на 01.01.2023 г. 964 304 человек, из них 193 785 несовершеннолетних. По данным Росстата, число завершенных самоубийств в АО на 100 тыс. населения с 1989 г. выше аналогичного показателя по СЗФО и стране, а с 2012 г. почти в 2 раза больше, чем по СЗФО и РФ, и превышает критический показатель уровня самоубийств, оцениваемый экспертами ВОЗ как выше 20 случаев на 100 000 населения. Количество завершенных самоубийств – один из индикаторов социального состояния региона, общественного психического здоровья и качества жизни населения [1]. Динамика суицидов среди несовершеннолетних отражает низкое качество оказания психологической помощи детям по стране и в отдельном субъекте страны, легкость приобретения алкоголя и наркотической продукции, недостаточную организацию досуга и малое количество мероприятий, направленных на вовлечение в жизнь общества подрастающего поколения.

Цель. Изучение структуры и динамики самоубийств у несовершеннолетних в Архангельской области за 2012-2022 гг. для повышения эффективности профилактических программ для жителей Арктического региона.

Материалы и методы. Проанализированы данные о завершенных самоубийствах ($n=72$) среди детей и подростков за 2012-2022 гг. в АО. Среди них 43 мальчика (59,7%) и 29 (40,3%) девочек, средний возраст которых $14,92 \pm 1,87$ года. Наименьший возраст среди суицидентов женского пола – 8 лет, мужского – 11 лет. Самый распространенный способ – повешение (46 детей, или 63,9% от общего числа), наименее распространенный – самострел (у одного мальчика, или 1,4% от всех случаев самоубийств). Отравления были отмечены только у лиц женского пола ($n=4$, 5,6%). В изучаемые годы хотя и отмечалось уменьшение количества самоубийств среди несовершеннолетнего населения АО (от 8,14 до 1,82 на 100 000 населения), но при этом всё ещё сохраняется довольно высокий уровень [5].

В сравнении с результатами ранее проведенных исследований в Архангельске за 1989-2000 г. [2] отмечаются снижение общего количества самоубийств и возраста суицидентов, сохранение предпочтительного способа самоубийства (повешение), снижение роли алкоголя как причинного фактора проблемы детских суицидов в исследуемом регионе (в 2012-2022 гг. 75% детей и подростков совершили суицид в трезвом состоянии). В регионах с высокой суицидальной активностью необходимо ведение учета лиц с суицидальными попытками по диспансерному наблюдению у участкового врача-психиатра, что достигается с помощью создания и ведения единого регионального суицидологического регистра [3], что особенно важно для детского населения, так как с его помощью можно отследить социальные контакты несовершеннолетнего и комплексно воздействовать на него. Реализация регистра на практике будет способствовать установлению причин и факторов риска суицидального поведения. На основании имеющегося опыта работы по ведению суицидологического регистра в АО возможно оптимизировать программы психопрофилактики и снизить число самоубийств в регионе.

Несмотря на то что мониторинг завершенных суицидов на территории Архангельской области, совершенных детьми и подростками, не выявил единой личностной структуры, специфичной для самоповреждающего поведения, он определяет тенденции суицидальной активности среди детей и подростков. Для совершенствования оказания медико-психологической профилактической помощи на территории АО требуется установить причины, факторы риска и в соответствии с ними предложить способы профилактики на этапе первичной специализированной медико-психологической помощи. Оптимальным способом изучения связи между попыткой самоубийства, селфхарма (самоповреждающего поведения) и наличием/отсутствием различных факторов риска являются крупные популяционные исследования, к которым относят исследования, основанные на популяционных (региональных) регистрах суицидов.

Список литературы

1. Батуева Н.Г., Лубсанова С.В., Тудупова Т.Ц., Березанцев А.Ю. Социально-психологические аспекты завершенных суицидов несовершеннолетних в Республике Бурятия (по материалам судебно-психиатрической экспертизы). Медицина. Социология. Философия. Прикладные исследования. 2018. № 4. С. 54-58.
2. Варакина Ж.Л. Потери населения Архангельской области, обусловленные внешними причинами смертности: структура, динамика и особенности кодировки. Социальные аспекты здоровья населения [Электрон. науч. журн.]. 2017. № 4. doi: 10.21045/2071-5021-2017-56-4-2
3. Зотов П.Б., Родяшин Е.В., Петров И.М., Жмуров В.А., Шнейдер В.Э., Безновцов Е.В., Севастьянов А.А. Регистрация и учёт суицидального поведения. Суицидология. 2018. Т. 9, № 2 (31). С. 104-111.

4. Касимова Л.Н., Святогор М.В., Сычугов Е.М. Роль клинических и социальных факторов риска в возникновении и развитии суицидального поведения у подростков и лиц молодого возраста. Суицидология. 2022. Т. 13, № 2 (47). С. 74-91. doi: 10.32878/suiciderus.22-13-02(47)-74-91
5. Спирин И.А., Султанова Д.М., Диденко Г.В., Санников А.Л. Анализ динамики завершённых самоубийств среди несовершеннолетних в Архангельской области за 2012-2022 годы. Психическое здоровье. 2023. Т. 18, № 8. С. 4-11. DOI: 10.25557/2074-014X.2023.08.4-11.

Исследования семьи в контексте выявления жизнеспособности (перинатальная психология)

Стоянова И.Я.^{1, 2}

¹ НИИ психического здоровья, ТНИМЦ Российской академии наук

**² Национальный исследовательский Томский государственный университет
Томск, Россия**

В проблеме жизнеспособности акцентируются ключевые аспекты взаимодействий человека/группы с миром и различаются более и менее стабильные ситуации, фазы, периоды. При их более выраженной динамике актуализируются и появляются новые механизмы адаптации отдельных людей и групп, в более спокойных, стабильных и типичных ситуациях чаще не проявляющиеся. Зародившись в недрах естественных и технических дисциплин, термин «жизнеспособность» быстро приобрел статус интердисциплинарной теории. Впервые в России термин использовал А.А. Богданов в 1920-х гг. при разработке теории систем, в психологии – Б.Г. Ананьев в 1960-х гг. в концепции целостности человека. С 1950-х гг. понятие используется в кибернетике, синергетике, анализе эволюции социальных объектов, в 1960-е гг. – в гуманитарных науках с детализацией жизнеспособности (человека, семьи, профессионала и т.п.), с 1980-х гг. – в педагогике, психологии, биологии, медицине. Со второй волной изучения жизнеспособности связаны лонгитюдные эксперименты по оценке характеристик матерей, семейных условий и обстоятельств, родительских ожиданий в дородовой период. Прежнее понятие «неуязвимость» заменяется на «жизнеспособность» (resilience). Кроме проблем психического здоровья, асоциального поведения и других факторов уязвимости исследуются потребности молодежи, находящейся в опасном социальном положении. Большинство в этой когорте успешны в решении проблем, выбирая отношения между родителями как модель – близкие оказывали им поддержку, выражали понимание и демонстрировали преемственность в передаче ценностей семьи, образования, выбора профессии и социальных ожиданий.

Концептуализация жизнеспособности определялась поиском её факторов в социальной среде, семье, индивидуальных особенностях, обществен-

ных и надобщественных институтах: морали, религии, государства (Махнач, 2016, с. 87). Доминанты этого этапа смещаются от поиска механизмов, помогающих предотвращать риски и изучения траектории развития ребенка к тому, как максимально эффективно сформировать и развивать ценные качества у ребенка.

Методы. Теоретический анализ литературы для выявления основных направлений изучения супружеских и родительских отношений семейных пар, зачавших ребенка посредством ЭКО. Психологическая диагностика родителей с помощью шкал: 1) Локк-Уоллеса семейной адаптации (Marital Adjustment Test, Locke H.J., Wallace K.M., 1959), 2) теплоты и враждебности супружеских отношений (Melby J.N., Conger R.D., 2001), 3) общего семейного функционирования (McMaster Family Assessment Device, Epstein N.B. et al., 1983), 4) диадической согласованности (Dyadic Adjustment Scale, Sabourin S. et al., 2005), 5) привязанности к плоду, 6) восприятия и поведения родителей в отношении ребенка (Parental Perceptions and Behaviors Regarding the Infant Scale, Boivin M. и др., 2000), 7) раздражительности, депрессии и тревоги (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale, сокращенная версия). Методы статистической обработки данных с помощью программы IBM SPSS Statistics 26: описательная статистика, частотный анализ, проверка шкал на внутреннюю согласованность (α -Кронбаха), проверка данных на соответствие нормальному распределению (критерий Колмогорова-Смирнова), непараметрические и параметрические методы сравнения (критерии: U Манна-Уитни, t Стьюдента, H Крускала-Уоллеса, Уилкоксона), иерархический кластерный анализ, факторный анализ методом главных компонент с вращением варимакс.

Проанализированы данные респондентов основной (ОГ) и контрольной (КГ) групп по трем диагностическим срезам: период беременности, возраст ребенка 9 месяцев и 2,5 года, что позволило охватить разные этапы жизненного цикла семьи: период ожидания ребенка, младенческий возраст, период раннего детства, сопряженные с прохождением кризисного периода и выходом из него. Супружеские отношения в обеих группах характеризовались удовлетворенностью отношениями, теплотой, доверием, низкой конфликтностью. Отцы из семей, зачавших ребенка посредством ЭКО (ОГ), проявляли больше заботы о супруге, чем отцы КГ ($U=4978$, $p=0,04$, $r=0,14$). В семьях респондентов ОГ отсутствовали значимые различия между супругами в удовлетворенности супружескими отношениями. В КГ наблюдалось выраженное рассогласование восприятия отношений. Отцы из ОГ были в большей степени склонны проявлять ролевое отцовское поведение и представлять ощущения ребенка ($U=4469,5$, $p=0,00$, $r=0,21$), показывали больше привязанности к ребенку ($U=4727$, $p=0,01$, $r=0,17$). Анализ полученных результатов свидетельствует о значимой роли супруга

в качестве ресурса и эмоциональной поддержки в парах, зачавших ребенка с помощью ЭКО.

В ОГ по критериям семейных отношений выявлено два типа семей: «Благополучие супружеских и родительских отношений» (58% пар) и «Супружеское неблагополучие при высокой ценности родительства» (42%), различавшихся спецификой супружеских отношений и психического благополучия. В КГ с учетом данных критериев типология семейных отношений характеризуется вариантами «Благополучие супружеских и родительских отношений» (67%) и «Супружеское и родительское неблагополучие» (33%). Данные показатели отражают необходимость психологической работы с негативными состояниями у супругов обеих групп, развития умения предоставлять друг другу положительную обратную связь, снижать возникающее в отношениях психоэмоциональное напряжение. Выявленные нарушения семейного благополучия, снижающие жизнеспособность семьи, свидетельствуют о необходимости психологической работы с будущими родителями уже на этапах ожидания ребенка.

В младенческом возрасте ребенка (9 месяцев) отсутствовали значимые различия супружеских отношений между семьями с естественной и индуцированной беременностью. При этом отмечалось рассогласование между супругами в восприятии отношений: у отцов – менее выраженное благополучие семейного функционирования, у матерей – более низкий уровень испытываемого в отношениях счастья. Характерным для обеих групп является снижение теплоты в отношениях и увеличение враждебного поведения по отношению к партнеру. Для отцов ОГ более характерно выраженное восхищение ребенком по сравнению с КГ ($U=5436,5$, $p=0,01$, $r=0,16$), более выраженное благополучие родительских отношений у обоих родителей ($U=5321,50$, $p=0,01$, $r=0,17$). В обеих группах показатели восприятия собственной эффективности в роли родителей, гиперопеки, теплоты были выше у матерей, чем у отцов, что согласуется с представлениями о различиях в родительской позиции матери и отца. Показатели враждебно-реактивного поведения по отношению к ребенку (применение наказаний, жесткая дисциплина) были значимо выше у матерей, чем у отцов, что может быть связано с более высокой эмоциональностью матерей и более выраженной послеродовой депрессией. Только в КГ обнаружены значимые различия в восприятии качеств ребенка как особенных, показатели у отцов были выше, чем у матерей ($Z=2,21$, $p=0,03$, $r=0,18$). Факторный анализ в ОГ выявил завышенные ожидания отца от ребенка (сочетание субъективного влияния отца и его восхищения ребенком) и различие структуры гиперопеки матерей и отцов. Гиперопека матери проявляется как компенсация неспособности влиять на психическое развитие ребенка, гиперопека отца входит в структуру фактора «Родительские отношения», т.е. является составляющей заботы о ребенке.

В семьях с индуцированной беременностью в младенческом возрасте ребенка сохранялись специфические различия в супружеских отношениях между семьями первого и второго типов. Различия в психическом благополучии были характерны только для послеродовой депрессии отца, в семьях второго типа она была выше. Выявлены различия родительских отношений: более высокая самоэффективность в отцовстве (низкий размер эффекта) – в семьях первого типа и более выраженное восхищение отцов ребенком (низкий размер эффекта) – в семьях второго типа. Данная психологическая информация требует осмысления в процессе психологического консультирования родителей, ознакомление их с индивидуальными психологическими особенностями ребенка в соответствии с критериями нормативного и нарушенного развития в младенческом возрасте, в перераспределении между родителями обязанностей по уходу за ребенком.

Сравнительное изучение показателей супружеских отношений (уровень счастья в отношениях, общий уровень благополучия супружеских отношений), отношения к ребенку и психического благополучия (негативные эмоциональные состояния матери и отца) в возрасте ребенка 2,5 года показало отсутствие различий между группами родителей по показателям супружеских отношений, что свидетельствовало об общем благополучии супружеских отношений, удовлетворенности ими. При этом в семьях обеих групп уровень счастья, испытываемый в отношениях отцами, был значимо выше, чем у матерей. Показатель отношения к ребенку, как и на предыдущем этапе исследования, отражающий самоэффективность, одобрение собственного влияния на развитие ребенка в большинстве семей имел высокие значения, а в условиях жесткого воспитания (враждебно-реактивное поведение) – низкие значения. При этом выраженность гиперопеки снизилась, что является закономерным следствием адаптации родителей к взрослению ребенка. В обеих группах выявлено снижение уверенности отца в собственном влиянии на развитие ребенка раннего детского возраста по сравнению с младенческим возрастом. Сравнительный анализ внутрисемейных отношений показал в семьях с ЭКО более высокие показатели самоэффективности у матерей, чем у отцов, а также более высокие показатели враждебно-реактивного поведения по отношению к ребенку у матерей обеих групп, как и на предыдущем этапе исследования.

По итогам исследования определены факторы, детерминирующие семейное неблагополучие и снижающие жизнеспособность семьи: 1) семья второго типа (супружеское неблагополучие при высокой ценности родительства) характеризуются неудовлетворенностью супружескими отношениями и риском психического неблагополучия, 2) кризис супружеских отношений после рождения ребенка, дефицит ресурсов для его преодоления, проявляющийся нарастанием неудовлетворенности отношениями, снижением согласованности супругов в восприятии отношений, 3) завы-

шенные ожидания от ребенка со стороны отцов, выступающие в качестве компенсации супружеского неблагополучия в семьях второго типа, 4) риск развития у супругов высоких уровней тревожности, раздражения во время беременности/после рождения ребенка и послеродовой депрессии, 5) психологическая уязвимость отцов в раннем детстве ребенка в виде раздражения и тревожности, переживания своей несостоятельности в роли отца.

Полученные результаты подтверждают необходимость психологического сопровождения отцов обеих групп в установлении гармоничных супружеских отношений и благоприятного отцовства. С этой целью предлагается совместное консультирование супругов по переоценке опыта перинатальных потерь (для семей с ЭКО), индивидуальное консультирование будущих отцов в отношении ролевого функционирования, формирование реалистичных ожиданий от отцовства и материнства, обучение навыкам саморегуляции, информирование о нормативных этапах развития ребенка, снижение стресса и психоэмоционального напряжения родителей в период ожидания ребенка и после его рождения, проработка семейных кризисов и завышенных ожиданий от ребенка, трансформация негативных супружеских отношений после рождения ребенка. Несмотря на вызовы современности, неопределенность внешних и внутренних средовых условий, вызывающих эмоциональные переживания у членов семьи, семья как социальная группа сохранила свою жизнеспособность. В процессе общественного развития создаются новые технологии психологической помощи, направленные на здоровьесбережение и сохранение семейных ценностей.

Клиническая эффективность терапии карипразином больных биполярным аффективным расстройством в амбулаторных условиях

Счастный Е.Д.¹, Украинцев И.И.²

¹ НИИ психического здоровья, ТНИМЦ Российской академии наук

² ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет»
Минздрава России
Томск, Россия

Актуальность. Первой линией терапии биполярного аффективного расстройства (БАР) являются стабилизаторы настроения, а в последние годы большой удельный вес занимают атипичные антипсихотики [1]. Лечение биполярной депрессии является одной из самых сложных задач в современной психиатрии, так как нейробиология биполярной депрессии остается не до конца ясной [2]. В настоящее время только кветиапин, комбинация оланзапина и флуоксетина, луразидон, карипразин и недавно ляматеперон были одобрены FDA для лечения биполярной депрессии.

В конце 1990-х гг. произошел сдвиг в парадигме лечения маниакальных и смешанных эпизодов – золотым стандартом терапии данных состояний стали атипичные антипсихотики [3]. Арипипразол, брекспипразол и карипразин отличаются от других антипсихотиков второго поколения частичным агонизмом дофаминовых D₂- и D₃-рецепторов [4]. В отличие от арипипразола брекспипразол обладает более низкой внутренней дофаминовой D₂-активностью и более высоким сродством к серотониновым 5-HT_{1A} и 5-HT_{2A}-рецепторам, в то время как карипразин обладает самым высоким сродством к дофаминовому D₃-рецептору и самым длительным периодом полувыведения. Основным побочным эффектом частичных агонистов дофаминовых рецепторов (Dopamine Receptor Partial Agonists – DRPAs) является акатизия легкой и средней степени тяжести у небольшой части пациентов, обычно в первые недели лечения. Хотя окончательные выводы относительно различий между препаратами DRPAs требуют проведения сравнительных исследований, по имеющимся данным, акатизия, вероятно, реже всего возникает при приеме брекспипразола и чаще всего – карипразина; риск возникновения акатизии при приеме арипипразола находится между ними. Для уменьшения акатизии применяется серотониновый 2_A-антагонист миртазапин [5]. Риск увеличения массы тела при приеме арипипразола и карипразина невелик, но умеренный при приеме брекспипразола. При применении DRPAs риск седативного действия низкий, так же как и риск бессонницы и тошноты. Частичный агонизм дофамина определяет низкий риск гиперпролактинемии (низкий риск сексуальной дисфункции). У некоторых пациентов концентрация пролактина снижается (особенно если уровень пролактина был повышен до начала приема препаратов). Частота отмены препарата из-за побочных эффектов в основных исследованиях была низкой, и в целом DRPAs хорошо переносятся.

Цель: изучение клинических особенностей больных биполярным аффективным расстройством при комбинированной терапии карипразином и нормотимиками в амбулаторных условиях.

Материалы и методы. Обследованы амбулаторные пациенты (n=24) с БАР, текущим эпизодом умеренной или легкой депрессии, из них 9 мужчин (37,5%) и 15 женщин (62,5%), медиана возраста 31,0 [23,0; 38,5] года. Диагноз БАР был установлен клинически согласно критериям МКБ-10 по рубрикам: F31.1, F31.3. Критерии невключения: наличие аффективных расстройств с психотическими симптомами и клинически значимой соматической, неврологической и коморбидной психической патологии. Обследование перед началом терапии (0-й день) и на момент окончания (56-й день) включало оценку с помощью психометрических шкал: депрессии Монтгомери-Асберга (MADRS), мании Янга (Young Mania Rating Scale, YMRS), общего клинического впечатления (CGI-S и CGI-I), UKU.

Статистический анализ полученных данных проводился с использованием программы STATISTICA 13.

Результаты. К моменту начала исследования все пациенты длительное время получали нормотимические препараты: вальпроат натрия ($n=17$; 56,7%) и карбонат лития ($n=13$; 43,3%). Во всей группе больных биполярной депрессией ($n=24$, 80%) доза карипразина к концу наблюдения составила 1,5 [1,5; 1,5] мг. Выявлено статистически значимое снижение уровня депрессии, оцениваемое по шкале депрессии Монгтомери-Асберга во всей группе. Так, до начала лечения карипразином средний показатель составил 28 [24; 33] баллов, по окончании антидепрессивной терапии количество баллов снизилось до 10 [8; 15] ($p=0,001$). В группе больных с маниакальным эпизодом ($n=6$, 20%), принимавших карипразин в дозе 3 [1,5; 4,5] мг, к концу лечения зафиксировано статистически значимое снижение по шкале оценки мании Янга – 9 [8; 10] баллов по сравнению с 23 [20; 26] баллами до начала антидепрессивной терапии. К концу срока наблюдения половина пациентов (50%) во всей группе достигла ремиссии по подшкале тяжести заболевания (CGI-S), 46,7% и 3,3% соответственно имели пограничные и слабо выраженные психические нарушения. По подшкале глобальной оценки динамики психического состояния (CGI-I) в большинстве случаев зарегистрировано значительное улучшение (70%), реже – существенное (13,3%) и незначительное (16,7%) улучшение. Среди наиболее часто встречающихся побочных эффектов при терапии карипразином выявлена акатизия легкой степени ($n=4$, 13,3%).

Выводы. Изучение эффективности комбинированной терапии больных биполярным аффективным расстройством в амбулаторных условиях обнаружило высокую эффективность, безопасность и хорошую переносимость карипразина как при маниакальных, так и при депрессивных эпизодах.

Список литературы

1. Nierenberg AA, Agustini B, Köhler-Forsberg O, Cusin C, Katz D, Sylvia LG, Peters A, Berk M. Diagnosis and Treatment of Bipolar Disorder: A Review. *JAMA*. 2023 Oct 10;330(14):1370-1380. doi: 10.1001/jama.2023.18588. PMID: 37815563.
2. Fountoulakis KN, Ioannou M, Tohen M, Haarman BCM, Zarate CA Jr. Antidepressant efficacy of cariprazine in bipolar disorder and the role of its pharmacodynamic properties: A hypothesis based on data. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2023 Jul;72:30-39. doi: 10.1016/j.euroneuro.2023.03.009. Epub 2023 Apr 14. PMID: 37060629.
3. Meltzer HY, Gadaleta E. Contrasting Typical and Atypical Antipsychotic Drugs. *Focus (Am Psychiatr Publ)*. 2021;19(1):3-13. doi: 10.1176/appi.focus.20200051.
4. Keks N, Hope J, Schwartz D, McLennan H, Copolov D, Meadows G. Comparative Tolerability of Dopamine D2/3 Receptor Partial Agonists for Schizophrenia. *CNS Drugs*. 2020;34(5):473-507. doi: 10.1007/s40263-020-00718-4.
5. Stahl S.M. *Prescriber's Guide Stahl's Essential Psychopharmacology*. 8th Edition, 2024:955.

Образ жизни родителей в семьях, зачавших ребенка посредством ЭКО и естественным способом
Терехина О.В., Силаева А.В., Шабаловская М.В.
Национальный исследовательский Томский государственный университет
Томск, Россия

Употребление алкоголя и других ПАВ как основные компоненты «нездорового» образа жизни у матерей и отцов вызывают серьезный риск создания неблагоприятной атмосферы в семье, усиливающей разностороннее отрицательное влияние на здоровье и психическое развитие ребенка [2, 3]. Так, большое количество научных данных свидетельствует о том, что дети родителей, ведущих «нездоровый» образ жизни и злоупотребляющих алкоголем, табаком и наркотиками, с большей вероятностью столкнутся с различными эмоциональными, поведенческими, физическими, когнитивными, академическими и социальными проблемами в краткосрочной и долгосрочной перспективе [5]. Это связано со снижением качества отношений и неадаптивными моделями взаимоотношений между супругами и родителями, супругами и детьми [4], а также с уменьшением степени контроля родителей за своими детьми, что может подорвать способность родителей создавать безопасную и благоприятную домашнюю обстановку [3]. Таким образом, перед медицинской и психологической наукой стоит важная задача определения возможностей профилактики формирования «нездорового» образа жизни родителей и нивелирования его негативного влияния на здоровье и психическое развитие детей. Особую значимость данная задача приобретает в отношении отдельной категории семей (семьи, зачавшие ребенка посредством ЭКО), которая с каждым годом становится более многочисленной и вызывает пристальный исследовательский интерес ученых в силу ограниченности и противоречивости данных о семейных характеристиках и показателях развития детей [1].

Цель: выявить особенности образа жизни, связанные с употреблением алкоголя и курением, у родителей в семьях, зачавших ребенка посредством ЭКО, по сравнению с семьями, зачавшими ребенка естественным способом.

Материал и методы. Выборка исследования представлена двумя группами семей: 153 семьи, зачавшие ребенка естественным способом, и 81 семья, зачавшая ребёнка посредством ЭКО. Сбор данных осуществлялся в пятилетнем возрасте ребенка. Для изучения образа жизни родителей использовались две анкеты, на которые отвечали отдельно матери и отцы: 1) «Употребление алкоголя», включающая 3 вопроса: «За последние 12 месяцев употребляли ли Вы алкоголь?» (варианты ответов: да, нет), «Частота употребления алкоголя» (варианты ответов: 1 раз в месяц или менее, от 2 до 4 раз в месяц, от 2 до 4 раз в неделю, 4 или более раз в неделю, «Ча-

стога употребления 6 или более единиц алкоголя за 1 раз» (варианты ответов: 1 – никогда, 2 – менее чем раз в месяц, 3 – каждый месяц, 4 – каждую неделю, 5 – ежедневно или почти каждый день; 2) «Курение», включающая 2 вопроса: «Курение за последние 12 месяцев» (варианты ответов: да, нет), «Количество выкуриваемых сигарет в день в среднем» (варианты ответов: от 1 до 5 сигарет, от 6 до 10 сигарет, от 11 до 20 сигарет, 20 сигарет и более). Статистический анализ данных осуществлялся с помощью частотного анализа и сравнения частот (критерий Хи-квадрат Пирсона), сравнительного анализа (критерий Манна-Уитни, критерий Вилкоксона), корреляционного анализа (критерий Спирмена).

Результаты. Изучение образа жизни родителей с помощью частотного анализа показало, что большинство респондентов (83% матерей и 94% отцов, зачавших ребенка естественным способом, 68,8% матерей и 87,1% отцов, зачавших ребенка посредством ЭКО) употребляли алкоголь за последние 12 месяцев, но курение отмечали только от 11,3% до 11,9% матерей и более трети отцов в каждой группе семей. В группе семей, зачавших ребенка естественным способом, с помощью критерия Хи-квадрат Пирсона выявлено статистически значимо большее количество матерей, употреблявших алкоголь за последний год ($\chi^2=6,245$, $p=0,011$), чем в семьях ЭКО, что подтверждает приверженность и соблюдение стандартов здорового образа жизни будущих родителей, зачавших ребёнка посредством ЭКО, особенно женщин, не только на этапе лечения бесплодия с помощью вспомогательных репродуктивных технологий, но и в дальнейшем его соблюдении после рождения ребенка. Это может являться определенным протективным фактором от возможного негативного влияния употребления алкоголя родителей на семейную динамику и формирование психологически небезопасной среды для эмоционального и физического развития ребенка.

Среди матерей и отцов из групп семей, зачавших ребенка естественным способом и посредством ЭКО, по данным сравнительного анализа (У-критерий Манна-Уитни) не обнаружено статистически значимых различий в частоте употребления алкоголя (в том числе употребления 6 или более единиц алкоголя за 1 раз) и количестве выкуриваемых сигарет ($p>0,05$). В отношении частоты употребления алкоголя наиболее частыми ответами женщин были: «Употребление раз в месяц или менее» (44,4% в группе семей, зачавших ребёнка посредством ЭКО, и 61,1% в группе семей, зачавших ребенка естественным способом) и «Употребление от 2 до 4 раз в месяц» (51,9% в группе семей, зачавших ребёнка посредством ЭКО, и 32,5% в группе семей, зачавших ребенка естественным способом). Среди отцов в семьях, зачавших ребёнка посредством ЭКО, менее половины (43,3%) отметили, что употребляют алкоголь от 2 до 4 раз в месяц, примерно четверть мужчин употребляет алкоголь 1 раз в месяц или менее (28,3%) и от 2 до 4 раз в неделю (25,0%).

Больше половины матерей (53,9% в группе семей, зачавших ребёнка посредством ЭКО, и 66,9% в группе, зачавших ребенка естественным способом) сообщили о том, что за последние 12 месяцев ни разу не употребляли 6 или более единиц (половина кружки пива обычной крепости, 25 мл крепкого алкогольного напитка, небольшой бокал вина) алкоголя. Почти половина мужчин (48,3% в группе семей, зачавших ребёнка посредством ЭКО, и 48,1% в группе семей, зачавших ребенка естественным способом) отмечали об употреблении данного объема алкоголя менее 1 раза в месяц. Только в группе семей с естественным зачатием 0,8% отцов употребляли 6 и более единиц алкоголя ежедневно или почти каждый день.

По данным корреляционного анализа (критерий Спирмена) установлены статистически значимые ($p < 0,01$) прямые взаимосвязи между частотой употребления алкоголя матерями и отцами в каждой из групп семей ($r = 0,363 - 0,556$), что может говорить об общей согласованности образа жизни в отношении употребления алкоголя. Однако значимых различий в коэффициентах корреляций между группами не выявлено ($Z = 1,309$, $p = 0,095$). Обнаружена статистически значимая положительная связь между частотой употребления 6 и более единиц алкоголя ($r = 0,244$, $p < 0,05$) матерями и отцами из группы семей, зачавших ребенка естественным способом.

Женщины чаще отмечали количество выкуриваемых сигарет в день от 1 до 5 (50% в группе семей, зачавших ребёнка посредством ЭКО, и 62,5% в группе семей, зачавших ребенка естественным способом), треть матерей – от 6 до 10 (33,3% в группе семей, зачавших ребёнка посредством ЭКО, и 31,3% в группе семей, зачавших ребенка естественным способом). Менее половины отцов (44%) из группы семей, зачавших ребёнка посредством ЭКО, выкуривает от 6 до 10 сигарет в день, а в группе семей, зачавших ребенка естественным способом, – от 11 до 20 сигарет (38,3%). В обеих группах семей только отцы выкуривают более 20 сигарет в день (4,3% в группе семей, зачавших ребёнка посредством ЭКО, и 4% в группе семей, зачавших ребенка естественным способом). По количеству выкуриваемых сигарет в день с помощью критерия Вилкоксона не выявлено статистически значимых различий ($p > 0,05$) между матерями и отцами сравнимых групп, а с помощью критерия Спирмена – значимых корреляционных связей ($p > 0,05$). Также в обеих группах респондентов среди матерей и отцов отсутствовали взаимосвязи количества выкуриваемых сигарет с частотой употребления алкоголя в целом и употребления 6 и более единиц алкоголя.

Полученные результаты представляют определённые риски дисфункционального варианта развития семейной среды, связанные с особенностями образа жизни родителей, и определяют мишени социально-психологической помощи семьям с целью профилактики нарушений психического развития и здоровья детей.

Исследование выполнено при поддержке Программы развития Томского государственного университета (Приоритет-2030).

Список литературы

1. Лещинская С.Б., Стоянова И.Я., Бохан Т.Г., Терехина О.В., Силаева А.В. Динамика супружеских и родительских отношений в семьях, зачавших ребенка посредством экстракорпорального оплодотворения. Российский психологический журнал. 2022. № 19 (3). С. 41-55. doi: 10.21702/rpj.2022.3.3
2. Сиволап Ю.П. Алкоголизм матери и его влияние на здоровье ребенка. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2015. Т. 115, № 11. С. 133-136. doi: 10.17116/jnevro2015115111133-136
3. Haugland SH, Carvalho B, Stea TH, Strandheim A, Vederhus JK. Associations between parental alcohol problems in childhood and adversities during childhood and later adulthood: a cross-sectional study of 28047 adults from the general population. *Subst Abuse Treat Prev Policy*. 2021 Jun 7;16(1):47. doi: 10.1186/s13011-021-00384-9. PMID: 34098987; PMCID: PMC8186037.
4. Hovee M, Stams GJ, van der Put CE, Dubas JS, van der Laan PH, Gerris JR. A meta-analysis of attachment to parents and delinquency. *J Abnorm Child Psychol*. 2012 Jul;40(5):771-85. doi: 10.1007/s10802-011-9608-1. PMID: 22278802; PMCID: PMC3375078.
5. Kuppens S, Moore SC, Gross V, Lowthian E, Siddaway AP. The enduring effects of parental alcohol, tobacco, and drug use on child well-being: A multilevel meta-analysis. *Dev Psychopathol*. 2020 May;32(2):765-778. doi: 10.1017/S0954579419000749. PMID: 31274064; PMCID: PMC7525110.

**Полиморфный вариант rs10494366 гена *NOS1AP* и содержание висцерального жира у больных шизофренией
Тигунцев В.В., Меднова И.А., Корнетова Е.Г., Петкун Д.А., Иванова С.А.
НИИ психического здоровья, ТНИМЦ Российской академии наук
Томск, Россия**

Актуальность. Антипсихотические препараты, несмотря на доказанную эффективность в купировании клинической симптоматики шизофрении [1], обладают рядом нежелательных явлений, в том числе метаболических и нейроэндокринных. Одним из серьезных из них является метаболический синдром, который характеризуется центральным ожирением, повышенным артериальным давлением, а также лабораторно выявляемыми нарушениями показателей углеводного и липидного обмена. Описанное нежелательное явление также существенно снижает качество и продолжительность жизни пациентов, что объясняется развитием сердечно-сосудистой патологии [2]. В современной патофизиологии повышенный уровень висцерального жира рассматривается как один из основных факторов развития метаболического синдрома [3]. Ген *NOS1AP* у человека продуцирует адаптерный белок нейрональной NO-синтазы 1 (nNOS1), которая вовлечена в процессы адипогенеза, апоптоза нейронов и нейротоксичности [4].

Цель: изучить ассоциации между содержанием висцерального жира и полиморфным вариантом rs10494366 гена *NOS1AP* у больных шизофренией.

Материалы и методы. Обследованы больные шизофренией (n=491), из них 253 мужчины и 238 женщин, славянской национальности, проходившие стационарное лечение в отделении эндогенных расстройств клиники НИИ психического здоровья ТНИМЦ. Всем испытуемым проводился биоимпедансный анализ с определением содержания висцерального жира с помощью медицинского прибора Omron BF508. Определение генотипов полиморфного варианта rs10494366 гена *NOS1AP* осуществлялось методом ПЦР в реальном времени с использованием наборов SNP Genotyping Assay на приборе StepOnePlus (США). По результатам генотипирования пациенты разделены на 3 группы согласно выявленным генотипам для сравнения уровней висцерального жира. Статистическая обработка проводилась с использованием программного обеспечения Statistica for Windows V. 12.0 (Statsoft). Сравнение уровней содержания висцерального жира проводилось по критерию Краскела–Уоллеса. Пороговый уровень статистической значимости (p) был принят равным 0,05.

Результаты. В обследуемых группах были выявлены статистически значимые различия (H=7,18, p=0,03): носители генотипа GG имели пониженные уровни содержания висцерального жира (6 [4, 8]) по сравнению с носителями генотипов TT и GT (7 [5, 10] и 7 [4, 10] соответственно).

Заключение. Настоящее исследование продемонстрировало чёткую ассоциацию полиморфного варианта rs10494366 гена *NOS1AP* с уровнями содержания висцерального жира у больных шизофренией. Научные исследования, посвящённые роли генов систем NO-синтаз в патогенезе метаболических нежелательных эффектов антипсихотической терапии, немногочисленны. Дальнейшие комплексные исследования с использованием как генетических, так и клинических подходов могут значительно уточнить роль гена *NOS1AP* в формировании показателей жировой компоненты состава тела у больных шизофренией.

Список литературы.

1. Корнетова Е.Г., Гончарова А.А., Дмитриева Е.М., Корнетов А.Н., Герасимова В.И., Иванова С.А., Семке А.В. Эффективность терапии и особенности нежелательных явлений у больных шизофренией, получающих рisperидон и галоперидол, в зависимости от давности заболевания. Медицинский вестник Северного Кавказа. 2021. Т. 16, № 3. С. 285-289. doi: 10.14300/mnnc.2021.16067
2. Lasić D, Bevanda M, Bošnjak N, Uglešić B, Glavina T, Franić T. Metabolic syndrome and inflammation markers in patients with schizophrenia and recurrent depressive disorder. Psychiatr Danub. 2014 Sep;26(3):214-9. PMID: 25191767.

3. Bovolini A, Garcia J, Andrade MA, Duarte JA. Metabolic syndrome pathophysiology and predisposing factors. *Int J Sports Med.* 2021 Mar;42(3):199-214. doi: 10.1055/a-1263-0898. Epub 2020 Oct 19. PMID: 33075830.
4. Nasyrova RF, Moskaleva PV, Vaiman EE, Shnayder NA, Blatt NL, Rizvanov AA. Genetic factors of nitric oxide's system in psychoneurologic disorders. *Int J Mol Sci.* 2020 Feb 26;21(5):1604. doi: 10.3390/ijms21051604. PMID: 32111088; PMCID: PMC7084194.

Исследование выполнено при поддержке гранта РФФ № 23-75-10088.

Привязанность в отношениях: механизмы формирования и влияние на здоровье семьи

Тимошина В.В.

ООО «Онлайн Институт Смарт»

Москва, Россия

Концепция привязанности является одной из основных тем в современной психологии, исследования которой позволяют лучше понять межличностные отношения, поведенческие реакции, эмоциональные привязки людей и объяснить, почему некоторые люди легче и с большим доверием вступают в отношения, а другие склонны к избеганию близости и труднее проявляют свои эмоции. В динамической модели (П. Криттенден), где привязанность понимается как способ адаптации к опасности, выделены типы А, В, С. Исследователи в области теории привязанности считают, что нужно искать причину привязанности не у взрослого человека, а с самого начала – необходимо проанализировать стратегии привязанности, возникшие по отношению к матери или другого значимому, когда пациент был еще ребенком. Благодаря данным исследованиям выдвинуто несколько гипотез о том, какие переживания вносят существенный вклад в развитие личности и как данные переживания влияют на развитие взаимосвязей у личности. Однако теория привязанности не является теорией лечения, которое должно быть сосредоточено на предоставлении возможности осмыслить условия, окружающие их поведение, отработать новые способы реагирования в условиях безопасности, научиться приспосабливать стратегию к условиям, обеспечивающим максимальную безопасность и комфорт. В младенчестве и детстве фигуры привязанности обеспечивают защиту и учат осмыслению информации. В дальнейшем половой партнер становится субъектом привязанности, цель данной привязанности – воспроизведение потомства. С рождением детей, для которых родители – главные фигуры привязанности, задачей становится обеспечение защиты своего потомства. Родители будут фактически навязывать своё мироощущение того, что опасно и безопасно, только со временем на основе полученного воспитания и жизненного опыта ребенок сформирует свою картину мира и того, что именно для него безопасно, а что нежелательно. Поэтому опыт

родителей – это только ориентир, а привязанности могут сформироваться иные.

Согласно исследованиям в русле теории привязанности, люди с устойчивой привязанностью получали чуткую и отзывчивую, сопереживающую эмоциональную поддержку со стороны основных опекунов. В результате они понимают значимость негативного воздействия и способность справиться с ним при помощи близких, которые являются надежным источником поддержки в трудную минуту. Люди с типом привязанности С сообщали о неточном понимании их эмоций основными опекунами, что приводило к подавленности своим негативным аффектом, с чем они пытались справиться в одиночку, но это лишь усиливало проявления депрессии. Люди с типом А привязанности часто сталкиваются с отказом в ответ на раскрытие своих чувств. Вместе с тем, нуждаясь в привязанности к своим опекунам, они вынужденно деактивируют свои эмоциональные переживания, избегают полагаться на других в удовлетворении своих потребностей и игнорируют эмоциональные потребности своих партнеров в ситуациях ухода за больными.

Исследования показали, что у каждого индивида есть свои модели привязанностей, за счет чего в зависимости от сложившихся обстоятельств человек начинает приспосабливаться к новым для себя условиям. Каждый из нас индивидуален, и в процессе взросления, получения новой информации о мире каждый по-разному воспринимает контекст ситуации, в связи с чем возникающие проблемы оцениваются по-разному, происходит поиск новых решений проблем. В младенчестве проблемы заключаются в том, чтобы узнать, какие сигналы влияют на поведение взрослых, разделить эмоциональные состояния с другими (например, получить утешение) и регулировать возбуждение, чтобы поддерживать в течение всё более длительных периодов времени состояние умеренного и внимательного возбуждения. Неспособность достичь этого с помощью показателей привязанности приводит к подавлению или преувеличению эмоциональных проявлений (стратегии типа А или С). Если они не помогают изменить вероятность того, что родители будут вести себя определенным образом, ребенок может стать подавленным при слабом возбуждении, оказаться дезориентированным при сильном возбуждении или уязвимым к вторжениям сильного возбуждения в рамках стратегии подавления. В младенчестве все эти три состояния проявляются как печальная и замкнутая пассивность, беспечное возбуждение, не связанное с межличностными отношениями, а иногда и со самостимуляцией (например, симптомы аутистического спектра), и кратковременная потеря контроля над способностью адаптироваться к раздражителям в моменты сильного стресса. Результаты исследований указывают на важность ориентации на привязанность и её влияние на удовлетворенность отношениями у партнеров в течение терапии.

Если у человека в отношениях повышен уровень тревожности, то для стабильности отношений таким партнерам рекомендовано прохождение курса терапии. Исследования также упоминают о связи смягчения взаимодействия в рамках эмоционально-фокусированной терапии с типами привязанности, связанными с эмоциональной доступностью и отзывчивостью, что характерно для более надежной привязанности к партнеру.

Эксперимент проводился с целью оценить эффективность эмоционально-фокусированной терапии (ЭФТ) партнерских отношений, выявить изменения в привязанности и удовлетворенности супружескими отношениями, определить факторы, влияющие на результаты терапии. Пары проходили процедуру отбора, информирование и согласие, а затем случайным образом распределялись между терапевтами с опытом работы в ЭФТ. Партнеры заполняли оценочные пакеты после каждой сессии терапии (показатели удовлетворенности отношениями и привязанности). Терапия проводилась в среднем в течение 21,3 сессий, основное событие – смягчение взаимодействия – часто происходило на 14-й сессии. Использовались шкалы для измерения удовлетворенности отношениями и привязанности партнеров до/после терапии. Использовался индекс надежного функционирования для оценки изменений в удовлетворенности супружескими отношениями партнеров до/после терапии. Иерархическое линейное моделирование использовалось для изучения данных повторных измерений, линейные модели – для проверки гипотез. Оценка правильности применения ЭФТ показала, что 93,5% высказываний терапевтов были специфичными для ЭФТ. Терапевты не были значимыми предикторами результатов терапии.

Целью психологической терапии является оказание помощи в корректровке существующих и выработке новых стратегий самозащиты, формирование психологического равновесия и устойчивости к насыщенным событиям жизни вместо поиска новых инструментов, обеспечивающих безопасность личности. Психологическое равновесие формируется личностью самостоятельно, чувство безопасности зависит от внешних факторов. Психологическое равновесие относится к способности индивида использовать все виды информации (как когнитивную, так и аффективную, во всех системах памяти), без подсознательных предубеждений в пользу или против какой-либо конкретной формы информации, сознательно размышляя таким образом, чтобы выбрать стратегию, которая с наибольшей вероятностью будет эффективной в будущем. Так называемой правильной стратегии поведения не существует, каждая из них должна соответствовать конкретному случаю и контексту. Тем не менее наиболее адаптивной психологической стратегией является рефлексивный доступ как можно к более широкому спектру информации и способность интегрировать её новыми способами.

Гармония в отношениях, как правило, возникает между теми партнерами, которые обладают разными привязанностями – в таком случае каждый из партнеров становится поддержкой и опорой для другого. Стили привязанности формируют характер эмоциональной вовлеченности в межличностные отношения. Благодаря существующим моделям восприятия действительности каждый может оценивать потенциальные действия оппонента и то, как он сам будет вести себя в разных ситуациях.

Таким образом, для психолога теория привязанностей в совокупности с ЭФТ является инструментом помощи для пар, у которых есть проблемы в эмоциональном спектре отношений.

Список литературы

1. Burgess Moser M, Johnson SM, Dagleish TL, Lafontaine MF, Wiebe SA, Tasca GA. Changes in Relationship-Specific Attachment in Emotionally Focused Couple Therapy. *J Marital Fam Ther.* 2016 Apr;42(2):231-45. doi: 10.1111/jmft.12139. Epub 2015 Oct 29. PMID: 26511674.
2. Johnson SM, Burgess Moser M, Beckes L, Smith A, Dagleish T, Halchuk R, Haselmo K, Greenman PS, Merali Z, Coan JA. Soothing the threatened brain: leveraging contact comfort with emotionally focused therapy. *PLoS One.* 2013 Nov 20;8(11):e79314. doi: 10.1371/journal.pone.0079314. Erratum in: *PLoS One.* 2014;9(8):e105489. PMID: 24278126; PMCID: PMC3835900.
3. Johnson S, Greenberg LS. Emotionally focused couples therapy: An outcome study. *Journal of Marital and Family Therapy.* 1985;11(3):313-317. doi:10.1111/j.1752-0606.1985.tb00624.x

Психосоциальное лечение пациентов с расстройствами шизофренического спектра в различных формах помощи: подходы к оценке эффективности

Тюменкова Г.В.

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»

Москва, Россия

Актуальность. Несмотря на очевидные достижения в развитии психосоциальной реабилитации, всё ещё остается ряд проблем, связанных с необходимостью внедрения психосоциальных вмешательств с доказательной эффективностью, их стандартизацией, определением объемов реабилитационной помощи на разных этапах лечения. Кроме того, актуальным направлением является разработка унифицированной системы оценки эффективности результатов психосоциальной реабилитации [1, 2].

Цель. Оценка эффективности психосоциального лечения пациентов с расстройствами шизофренического спектра с различным качеством ремиссии в психиатрическом стационаре, дневном стационаре и в условиях некоммерческой организации непосредственно в социуме.

Материалы и методы. В базовой программе психосоциального лечения (ППЛ) участвовали пациенты ($n=90$) с расстройствами шизофренического спектра (РШС, рубрики по МКБ-10: F20.xxx–F25.xxx), разделенные на три одинаковые по численности группы ($n=30$). 1-я группа (НКО) – пациенты со стойкой ремиссией, члены РБОО «Семья и психическое здоровье» (Москва). 2-я и 3-я группы – пациенты дневного стационара (ДС) и психиатрического отделения (ПБ) на этапе формирования терапевтической ремиссии, получающие лечение в Санкт-Петербургской городской психиатрической больнице № 1 им. П.П. Кашенко.

Критерии включения: верифицированный по критериям МКБ-10 диагноз РШС (F20.xxx–F25.xxx), письменное информированное добровольное согласие пациента на участие в исследовании. Критерии невключения: острая психопатологическая симптоматика на момент участия в базовой ППЛ, выраженные сопутствующие органические и соматические заболевания в состоянии декомпенсации, злоупотребление психоактивными веществами, отказ от участия в программе.

При оценке актуального психического состояния пациентов использовался комплексный подход к диагностике. Оценка клинических, психологических и социальных характеристик осуществлялась до и после базовой ППЛ. Для оценки клинических параметров применялся клинко-психопатологический и психометрический (PANSS) методы. Психологический статус оценивался с использованием ряда опросников: осознания болезни (Birchwood M. et al., 1994), отношения к лекарственным препаратам (Hogan T. et al., 1983), определения уровня мотивации (URICA, McConaughy E.A. et al., 1983), копинг-стратегий (Amirkhan J., 1990), тестов для количественной оценки когнитивных функций. Статистическая обработка осуществлялась методами параметрической и непараметрической статистики, применялся метод анализа иерархий (МАИ).

Результаты. Анализ социально-демографических и клинко-эпидемиологических характеристик в трех группах не выявил статистически значимых различий по среднему возрасту: в группе НКО – $39,7\pm 9,6$, в группе ПБ – $39,6\pm 11,5$, в группе ДС – $41,1\pm 9,3$, большинство пациентов имели инвалидность. Наибольшее число пациентов с высшим образованием зарегистрировано в группе НКО (36,6%) по сравнению с группами ДС (23,3%) и ПБ (13,3%). Менее четверти пациентов были женаты/замужем в группах НКО (20%) и ДС (23,3%), в группе ПБ все пациенты имели статус холост/не замужем. Минимальная доля пациентов проживала в собственных семьях: в группе НКО – 20%, в группе ДС – 6,7%, в группе ПБ – 3,3%. Наиболее ранний возраст начала заболевания отмечался в группе НКО ($17,7\pm 5,5$ года) по сравнению с группами ПБ ($21,5\pm 9,3$) и ДС ($23,5\pm 7,4$). Более ранний возраст первичного обращения в психиатрическую службу был в группе НКО ($19,1\pm 5,0$ года) по сравнению с группами

ДС ($23,9 \pm 7,4$) и ПБ ($24,7 \pm 9,6$). Наиболее низкий показатель среднего числа госпитализаций за последние 3 года ($0,3 \pm 0,7$) выявлен в группе НКО. Одним из факторов, связанных со снижением количества госпитализаций, является регулярное участие пациентов в реабилитационных мероприятиях, проводимых в организации, средняя длительность участия составляла $3,7 \pm 2,5$ года [3]. Полученные социально-демографические и клинко-эпидемиологические показатели свидетельствуют о тяжести и социальной дезадаптации пациентов во всех трех группах.

РШС у пациентов группы НКО диагностировались в соответствии с кодами МКБ-10: резидуальная и неврозоподобная шизофрения (по 13,3%), приступообразная шизофрения (шизоаффективный вариант) и шизоаффективное расстройство (по 10,0%). Основной нозологической единицей в группах была параноидная шизофрения: 54,4% – в группе НКО, по 83,3% – в группах ДС и ПБ. Установлено преобладание непрерывного типа течения в группах ПБ (100%) и ДС (90%) по сравнению с эпизодическим типом (33%). В группе НКО у 70% пациентов отмечалась полная ремиссия.

На каждого участника ППЛ в соответствии с разработанной в отделе организации психиатрических служб ФГБНУ НЦПЗ «Картой участника базовой ППЛ» составлялся индивидуальный реабилитационный план с учетом результатов клинко-психологического обследования, в нем обозначались цели и мишени психотерапевтических воздействий. Цели психосоциального лечения определялись исходя из состояния социально-психологической адаптации пациента, а также были обусловлены определенным психотерапевтическим вмешательством. Например, при проведении мотивационного тренинга конкретными целями работы являлись выявление мотивов к изменению, обучение пациента продвигаться к цели малыми шагами и определение их последовательности, приближение цели к более реальной, мотивирование пациента к какому-либо виду деятельности и др.

Кроме того, важным было обозначение терапевтических мишеней, под которыми понимаются характеристики, изменение которых является задачей психосоциального воздействия [4]. Терапевтическими мишенями, на которые в процессе реабилитационной программы были направлены психотерапевтические вмешательства, во всех трех группах были сниженные когнитивные функции, неадекватные копинг-стратегии, неконструктивные навыки решения проблем, дисфункция семейной системы, нарушения социальной адаптации, изоляция и низкий уровень интеграции в социальную среду и ряд других мишеней, направленно воздействовать на которые позволял комплексный подход. Помимо этого, в группах ДС и ПБ доминирующими мишенями были дефицит социальных навыков, высокий уровень социальной ангедонии, низкий уровень социального интеллекта, неадекватная внутренняя картина болезни.

Базовая ППЛ была рассчитана на 2,5 месяца, формат занятий и методики проведения были унифицированы во всех формах помощи. ППЛ включала психообразование (10 занятий по 60 минут), тренинг социальных и когнитивных навыков (10 занятий по 60 минут), мотивационный тренинг (10 занятий по 30 минут или 5 занятий по 60 минут). Занятия каждого вида вмешательств проводились еженедельно, в очном формате, по 1 занятию каждого вида в неделю. Важное значение придавалось терапии средой, партнерскому стилю взаимоотношений.

Сравнительный анализ результатов обследования (до и после ППЛ) выявил изменения в сторону улучшения клинических и психологических показателей практически по использованным опросникам и шкалам во всех трех группах. По всем подшкалам шкалы PANSS получены статистически значимые ($p < 0,05$) улучшения: в группах ПБ и ДС общий суммарный балл сократился более чем на 10 баллов, наиболее выраженная динамика выявлена по подшкале общепсихопатологических симптомов (с $42,1 \pm 9,1$ до $35,0 \pm 7,5$ в группе ПБ и с $36,0 \pm 9,1$ до $30,0 \pm 6,8$ в группе ДС, $p < 0,001$). Средний балл психопатологической симптоматики в группе НКО снизился с $69,0 \pm 9,9$ до $61,2 \pm 8$. У всех пациентов зарегистрировано состояние той или иной степени ремиссии по критериям шкалы PANSS. Во всех группах отмечена статистически значимая ($p < 0,05$) положительная динамика, связанная с адекватным объяснением болезни, показатели осознания болезни улучшились в группах НКО и ДС ($p < 0,05$). Осознание необходимости лечения статистически значимо улучшилось в группе НКО, в группах ПБ и ДС появилась положительная тенденция. Выявлена положительная динамика показателей когнитивных функций во всех трех группах: статистически значимо повысилась скорость переработки неконгруэнтных стимулов, улучшилась точность переработки этих стимулов, повысились показатели беглости речевых ответов, улучшились мнестические функции (устойчивость и переключаемость рабочей памяти и функции внимания). Положительная групповая динамика исследуемых показателей свидетельствовала об эффективности базовой ППЛ пациентов с РШС с разнородным качеством ремиссии на разных этапах оказания помощи. В данном исследовании получены индивидуальные оценки эффективности психосоциального лечения, что также доказывает её результативность. Ранее представлен алгоритм вычисления индивидуальной оценки эффективности психосоциальной реабилитации [5].

Выводы. Получены доказательства эффективности базовой программы психосоциальной реабилитации у пациентов с РШС и разным качеством ремиссии, получающих лечение в психиатрической больнице, дневном стационаре и в условиях НКО, что свидетельствует о возможности применения этой программы на всех этапах лечения. Необходимо осуществлять комплексную оценку различных сфер функционирования пациентов, мак-

симально учитывать области индивидуальных нарушений при составлении персонализированного маршрута психосоциального лечения для индивидуальной оценки эффективности медико-социальной реабилитации.

Список литературы

1. Ястребов В.С., Солохина Т.А., Митихин В.Г., Михайлова И.И. Системно-ориентированная модель психосоциальной реабилитации. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2008. Т. 108, № 6. С. 4-10. <http://dx.doi.org/10.17116/jnevro2016116914-12>
2. Лиманкин О.В. Реабилитационные подходы в отечественной и зарубежной психиатрии: различия и общность проблем и решений. Психиатрия. 2018. № 79. С. 30-36. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2018-79-30-36>
3. Ястребова В.В., Солохина Т.А. Клинико-социальные и психологические аспекты реабилитационной работы в общественной организации: оценка эффективности. Психиатрия. 2018. № 79. С. 51-60. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2018-79-51-60>
4. Солохина Т.А., Ястребова В.В., Митихин В.Г., Тюменкова Г.В. Психосоциальная реабилитация и психосоциальное лечение при шизофрении: цели, этапы, оценка эффективности. Психиатрия. 2019. Т. 17, № 3. С. 62-74. doi.org/10.30629/2618-6667-2019-17-3-62-74
5. Митихин В.Г., Солохина Т.А., Кузьминова М.В., Тюменкова Г.В., Лиманкин О.В., Бабин С.М. Эффективность психосоциальной реабилитации: инновационный метод оценки. Психиатрия. 2022. Т. 20, № 2. С. 51-59. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2022-20-2-51-59>

Стигматизация, социально-психологические потребности и психологические особенности ухаживающих лиц, проживающих с психически больными

Уласень Т.В., Савченкова Д.А.

**ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет»
Минздрава России
Смоленск, Россия**

В последнее время повышается количество людей, страдающих психическими заболеваниями. Согласно подсчетам Минздрава России, распространенность психических расстройств в России с 2020 г. внезапно выросла на 3%, хотя раньше стабильно падала на протяжении ряда лет [3]. Данный рост может быть обусловлен различными факторами – последствиями вируса COVID-19, высоким уровнем урбанизации, наследственными факторами и т.п. Немаловажной темой изучения является оценка роли родственников и близких людей в жизни человека с психиатрическим диагнозом, ежедневно сталкивающихся с бытовыми и социальными трудностями. Эмоциональное напряжение, жизнь в условиях депривации, непонимание со стороны окружающих людей – всё это приводит к дезадаптации человека, проживающего рядом с психически больным.

Актуальной и недостаточно проработанной на данном этапе является тема информирования и психологического просвещения медицинских работников и населения в целом о тех трудностях, с которыми сталкивается близкое окружение лиц с психическими расстройствами. Оценка эмоционального состояния и потребностей родственников пациентов может помочь создать программу психологической поддержки в экстремальной ситуации. Информирование медицинских и социальных работников и социальное сопровождение на основе межведомственного взаимодействия позволит улучшить качество жизни данной категории населения и сделать общество более заботливым и инклюзивным.

Цель: расширение представлений о стигматизации и самостигматизации родственников пациентов с психическими заболеваниями, изучение их социальных потребностей и психологических особенностей для создания эффективной программы психологического просвещения и психокоррекции данного контингента.

Материал и методы. На базе ОГБУЗ «Смоленский областной клинический психоневрологический диспансер» проведен опрос родственников ($n=30$, средний возраст $51,5 \pm 16,4$ года – от 22 до 79 лет) психически больных. Проанализирована частота встречаемости степени родства: супруги – 25% (оказание помощи: 10% – жене, 15% – мужу), помощь детей родителям – 20%, помощь родителей детям – 50%, прочие связи (племянники, внуки) – 5%. У больных, требующих ухода родственников, выявлены психиатрические диагнозы по МКБ-10: F20.0 Параноидная шизофрения ($n=15$), F84.0 Детский аутизм ($n=4$), F02.84 – Деменция в связи с эпилепсией ($n=4$), F31 Биполярное аффективное расстройство ($n=3$), F20.1 Гебефреническая шизофрения ($n=2$), F04 Корсаковский синдром, вызванный алкоголем или другим психоактивным веществом или неуточнённый ($n=2$).

При обследовании использованы психодиагностические опросники: Мини-Мульт (Mini-Mult), сокращенный многофакторный опросник для исследования личности (СМОЛ) [1, 2], адаптированная анкета EUFAMI «Любям, заботящимся о тех, кто страдает психическими заболеваниями» [4], методы статистического анализа (для обработки данных использовалась программа STATISTICA 10).

Результаты. По данным опросника Мини-Мульт по 7 шкалам (ипохондрия, депрессия, истерия, психопатия, психастения, паранойальность и ложь) у испытуемых выявлены высокие показатели, а по 2 шкалам (шизоидность, гипомания) – низкие. По адаптированной нами анкете EUFAMI обнаружено, что близкие психически больного имеют значительные трудности в построении планов на будущее в связи с «непредсказуемостью» поведения своего подопечного (55%). Опрошенные из-за постоянных забот и волнений о больном с трудом находят время на себя и собственные нужды, что не позволяет им оставаться в гармонии с собой (50%).

Выявлены основные трудности, с которыми сталкиваются родственники: мысли о том, что в будущем близкий с психическим заболеванием всегда будет зависим от окружающих (70%), отсутствие внутреннего ресурса, чтобы продолжать жить в состоянии усталости от постоянных забот (60%), зависимость близкого с психическим заболеванием от своей семьи, что вызывает у родственников потерю смысла жизни (60%), напряжение во взаимоотношениях с больным, страдающим психическим заболеванием (60%), острое чувство стыда из-за своего раздражения, ощущения бесполезности, безнадёжности и упадка моральных сил (40%), склонность к реакциям самообвинения из-за мрачных высказываний больного и частых рецидивов болезни (40%).

По субъективным оценкам опрошенных, взаимоотношения с близкими и родственниками значительно не пострадали и находятся на приемлемом уровне. Самостигматизация выявлена у 40% респондентов.

Определена структура эмоциональных затруднений, вызванных общением с психически больным: эмоциональное истощение, невозможность вести полноценную жизнь (60%), тревога вследствие возможной недееспособности больного (40%), бессонница на фоне постоянных переживаний и обеспокоенности состоянием больного (30%), пессимистические тенденции, отсутствие радости в жизни (20%), подавленность в результате отсутствия улучшений состояния больного (20%), недостаток сна и физических ресурсов организма из-за оказания помощи больному по ночам (20%).

Установлены субъективные психологические изменения родственников после начала ухода за психически больным: больше узнали о себе, расширили свои навыки и умения (70%), повысили личностную самооценку (60%), осознали свою полезность (60%), эмпатию, сочувствие к другим, позитивное взаимодействие с окружающими (60%), по достоинству оценили многообразие событий совместной жизни (40%), ощущение себя информатором о симптомах диагноза, помощь в понимании сути заболевания (40%), уверенное общение с людьми, избавление от страха коммуникации (40%), открытие в себе сильных сторон – терпения, эмпатии, адаптивности (40%), сближение, родственная взаимовыручка, так как «общая проблема объединяет» (30%), улучшение отношений с друзьями, повышение толерантности со стороны окружающих (20%), сближение на почве общих интересов и совпадения взглядов (10%), взаимодействие и вера в людей, готовых оказать помощь (10%). Значительная часть опрошенных была неудовлетворена объёмом представленной информации о течении и прогнозе психического заболевания, психолого-социальной реабилитацией (50%), услугами социальных работников (56%), дефицитом лекарственного обеспечения, ограниченностью при трудоустройстве больного (более 45%), низкой самооценкой из-за невозможности изменения ситуации в положительную сторону для психически нездорового родственника (40%).

Большинство опрошенных хотели бы получать гарантированную государственную социальную, финансовую, психологическую помощь, участвовать в программах по популяризации знаний о психических расстройствах, обмениваться знаниями и опытом с членами семей с похожей историей, расширить круг общения со специалистами по вопросам возможности дальнейшего самостоятельного будущего своего подопечного.

Выводы. Взаимодействие с психически больным родственником может вызвать различные эмоциональные и психологические трудности, такие как истощение ресурсов, переживание страхов и тревоги, неуверенность в себе, депрессивные состояния, барьеры межличностной коммуникации. В результате исследования выявлены социально-психологические потребности близких пациента, что может стать базовой основой для защиты и психологической поддержки данной группы населения.

Список литературы

1. Зайцев В.П. Вариант психологического теста Mini-Mult. Психологический журнал. 1981. № 3. С. 118-123.
2. Зайцев В.П. Психологический тест СМОЛ. Актуальные вопросы восстановительной медицины. 2004. № 2. С. 17-19.
3. Федеральное государственное унитарное предприятие «Всероссийская государственная телевизионная и радиовещательная компания» (ВГТРК). URL: <https://smotrim.ru/article/3593532> (дата обращения 17. 04. 2024)
4. <https://www.eu-patient.eu/about-epf/>

Распознавание эмоциональных состояний детьми младшего школьного возраста с заболеванием пищеварительной системы Урунова З.С.

**Московский государственный психолого-педагогический университет
Москва, Россия**

В период младшего школьного возраста у детей нередко возрастает эмоциональное напряжение, повышаются уровень тревоги и частота соматических заболеваний, включая расстройства пищеварительной системы. Официальная статистика указывает на увеличение числа детей, страдающих гастропатологией. По данным Росстата, количество заболевших в России в возрасте до 14 лет в 2022 г. составило 4 728 на 100 тыс. [5]. Далеко не все дети в силу воздействия различных факторов справляются с эмоциональной нагрузкой, которая сопровождает учебный процесс. Исследователи неоднократно отмечали наличие психологических факторов в основе гастропатологических заболеваний. В детском возрасте значимыми факторами в возникновении и течении неинфекционного соматического заболевания являются специфический фон семейных отношений [2] и нарушения в распознавании эмоциональных состояний у детей с длительным течением болезни.

Кроме того, к таким факторам относят алекситимию [1, 3, 4]. Нарушение идентификации эмоциональных состояний может быть связано с несформированностью способности распознавать эмоции, её задержкой или парциальностью (затруднение распознавания одного аспекта при сохранении других). Некорректное распознавание эмоциональных состояний нарушает адаптацию к социальной среде. Это проявляется в нарушении регуляции собственного состояния, затруднениях коммуникации, в результате чего ребенок возвращается к более раннему уровню реагирования, связанному с соматическими проявлениями [2].

Цель: выявить особенности распознавания эмоциональных состояний детьми младшего школьного возраста (8-10 лет) с хроническими заболеваниями пищеварительной системы.

Материалы и методы. В исследовании участвовали дети (n=50) 8-10 лет: 1-я группа (n=25) – с хроническими заболеваниями пищеварительной системы (констипация, диарея, гастроэнтерит, язвенная болезнь, дискинезия желчевыводящих путей, хронический холецистит), 2-я группа (n=25) – нормотипичные дети, не имеющие хронических заболеваний. Анализ эмоционального словарного запаса детей выполнен по методикам: 1) Эмоциональная идентификация (Изотова Е.И., Никифорова Е.В., 2004) – распознавание эмоциональных состояний по фотоэталонам и ситуационным картинкам, 2) Ассоциативный словарь эмоций (Закаблук А.Г., 1985). Полученные данные подвергались квантификации, обработке и анализу с применением статистических методов сравнения независимых выборок с помощью непараметрических критериев Манна-Уитни и χ^2 Пирсона.

Результаты. По методике Эмоциональная идентификация выявлено, что дети с хроническими заболеваниями пищеварительной системы значительно хуже распознают эмоциональные состояния по фотоэталонам. Из предъявленных испытуемым с заболеваниями ЖКТ 11 фотографий эмоциональных состояний сложности распознавания вызвали 5 (45,5%), изображавшие гнев, обиду, стыд/вину, презрение и зависть. Они были менее точны и убедительны в ответах, чем их нормотипичные сверстники (различия между группами по χ^2 Пирсона значимы при $p < 0,05$). Еще большие сложности вызвало распознавание эмоциональных состояний по сюжетным картинкам: 7 состояний из 10 (70%) предложенных интервьюером (гнев, отвращение, стыд/вина, удивление, презрение, обида и сопереживание) вызвали неточности в ответах в отличие от группы здоровых детей (различия между группами по χ^2 Пирсона значимы при $p < 0,05$). Согласно результатам методики Ассоциативный словарь эмоций, здоровые дети обладают более богатым словарем эмоций и значительно легче подбирают синонимы эмоциональным состояниям по сравнению с детьми с хроническими заболеваниями пищеварительной системы (различия между группами по критерию U Манна-Уитни значимы при $p < 0,001$).

Особенно это касается вербализации эмоциональных состояний, таких как страх, радость, стыд, печаль, злость, гнев, обида. Статистически значимые различия отсутствовали лишь по показателю «отвержение». Вероятно, данное эмоциональное состояние одинаково сложно для описания детьми младшего школьного возраста, независимо от наличия/отсутствия патологии ЖКТ. Дальнейший анализ эмотивного словаря предполагал разделение ответов испытуемых на две категории: описание произошедшей ситуации/события и описание эмоции/чувства. Полученные данные подтверждают, что нормотипичные дети статистически значимо чаще были склонны описывать предложенные эмоции-стимулы в терминах эмоций-состояний. Их ответы по большей части несут не ситуативную, а аффективную нагрузку, что свидетельствует об их способности довольно точно определять, понимать и интерпретировать собственные эмоциональные состояния и эмоции других людей. Дети с хроническими заболеваниями пищеварительной системы чаще объясняли предложенные эмоциональные стимулы в терминах, привязанных к ситуациям, событиям (различия между группами по критерию U Манна-Уитни значимы при $p < 0,001$): «день рождения», «новый год», «праздник», «похороны» и пр. Оценка элементов синонимичного ряда эмоций с точки зрения степени их адекватности предложенным стимулам (страх, радость, стыд, печаль, злость, отвержение, гнев и обида) показала, что большинство нормотипичных детей предлагали адекватный синонимичный ряд на эмоцию-стимул. Дети с заболеваниями ЖКТ гораздо труднее адекватно вербализовали эмоциональные состояния и чаще давали неадекватные синонимы в ответе на эмоцию-стимул (ответ по отношению к эмоции стыда: «радостно было, что спрятали сумку одноклассницы, а она переживала», «спокойно, что сделали пакость»). Наличие большого числа неадекватных синонимов свидетельствует о затруднениях в точном описании и понимании не только своих эмоций, но и окружающих (различия между группами по критерию U Манна-Уитни значимы при $p < 0,001$).

Выводы. Результаты проведённого исследования дают основание утверждать, что дети с хроническими заболеваниями пищеварительной системы обладают значительно меньшим эмотивным словарем, чем их здоровые сверстники, испытывают затруднения в распознавании, выражении и понимании эмоциональных состояний. Полученные данные могут свидетельствовать об ограниченности эмоционального опыта, недостаточно сформированной способности к дифференциации и различению эмоций, признаках алекситимии среди детей с заболеваниями пищеварительной системы.

Список литературы

1. Брель Е.Ю. Алекситимия в структуре «практически здоровой» личности. Сибирский психологический журнал. 2018. № 67. С. 89-101.

2. Булыгина М.В. Особенности коммуникации между матерью и ребенком с хроническим соматическим расстройством (на примере гастропатологии): автореф. дис. ... к.п.н. М., 2007. 26 с.
3. Глазкова Ю.В. Профилактика алекситимии посредством развития эмоционального интеллекта у детей. Ученые записки ЗабГУ. Серия: Педагогические науки. 2017. Т. 12, № 5. С. 128-133.
4. Зайцева О.И., Колодяжная Т.А., Зайцева Ж.Г., Игнатова И.А. Алекситимия и фактор тревожности у подростков. Siberian Journal of Life Sciences and Agriculture. 2022. Т. 14, № 4. С. 105-125. doi: 10.12731/2658- 6649-2022-14-4-105-125
5. Российский статистический ежегодник. Федеральная служба государственной статистики (Росстат). М., 2023. 701 с.

**Связанные с семьей переживания пациентки
с депрессивным невротическим расстройством
Филипович В.И.**

**УО «Гродненский государственный медицинский университет»
Гродно, Республика Беларусь**

Нами предпринята попытка обратиться к структурно-конститутивным основаниям смыслового опыта пациентки отделения пограничных психических расстройств. Интерпретировался текст транскрибированного нарративного автобиографического интервью. Качественная методология в целом и нарративный анализ в частности представляют собой множество методологических и методических вариаций. Научно-психологическое осмысление категории опыта и процедур интерпретации его репрезентаций множественно и многослойно. Исследователь может центрироваться на проблеме из пространства между методами, а возможно, и сквозь несколько методологических пространств. Методологические коллизии обусловлены фокусированием исследовательской оптики на разных слоях динамической поверхности обретения мира сознанием. Выделяется ряд теоретических дихотомий в организации интерпретативного исследовательского процесса с помощью качественных методов: описание – теоретическая интерпретация, эмпатическая – подозревающая интерпретации, клиническая – критическая интерпретации, интегрирующая – дезинтегрирующая стратегии чтения [1]. Полная редукция одного из полюсов каждой из дихотомий представляется теоретическим упрощением. Каждый из ракурсов интерпретации определяет структурные сложности в попытках обнаружить седиментированные обретенные респондентом смыслы. Так или иначе, исследователь обращается к методологическим установкам о конститутивности опыта посредством (априорных) структур сознания. Пережитое становится осмысленным опытом в структурно организованных интенциональных и рефлексивных процессах.

Изучение этих процессов позволит обнаружить «ошибки» смыслообразования и даже исправить их путем психотерапевтического формирования механизма присвоения субъектом «средств и психотехнических инструментов работы с произвольным смыслообразованием» [2, с. 91]. Вместе с тем парадигма преобразования, выраженная в стремлении напрямую управлять процессами смыслообразования у другого, рискует сама устремиться в критикуемую ею картезианскую перспективу и «утратить мир» респондента. В развитие идеи конституирования опыта предлагается понятие субъекта самоизменения, чувствующего себя до всякого опыта, до всякого смысла. Этому чувствованию присущи характеристики: 1) холистичность, а при депрессии нет целостного чувствования, 2) способность изменяться, при депрессии нет такой способности, 3) способность быть за пределами дихотомии «активности-пассивности» и столкнуться с непредвиденным, при депрессии субъект замкнут в сужающемся горизонте собственного миропроекта и глух к иному [3].

Идея обратиться к пространству «до опыта» может быть операционализована в интерпретативных приемах. Фокусирование на пространстве интересубъектности обращает исследователя к поверхности смыслопорождения, к переживаниям респондента на границе его возможностей перед лицом другого. В статье приводятся фрагменты нарративного интервью, касающиеся близких отношений пациентки, в первую очередь в семье. Фокусирование на теме изменения субъекта, переживания кризиса прежней жизни и перехода к новому способу жить позволит исследователю обратиться к переживаниям респондента в связи с его миропроектом и его возможностями преодоления миропроекта, обратиться к конституирующим смысл структурам.

Материалы. Приведены текстовые фрагменты нарратива. Респондент – пациентка отделения пограничных психических расстройств УЗ «ГОКЦ «Психиатрия – наркология» г. Гродно (Беларусь), 33 года, с диагнозом депрессивного расстройства, с жалобами на утрату жизненного интереса и сил. Перестала выполнять обязанности в семье, ходить на работу, все время лежала в постели. Была госпитализирована, находится на лечении. Считает, что жила до сих пор неправильно, брала от других, не отдавала взамен, но «они и сами её баловали», тогда «летала как бабочка». О детстве (2.0) не о чем рассказывать (.) садик. Два брата на 16 : 17 лет братья старше (.) меня опекали ↑. Для мамы и папы я всегда :: как маленькая. Свекровь : опекает=все дарят=желания мои :: сама не навязываюсь (2.0) – детство : беззаботное. Вышла замуж в 18 лет :: два мальчика в 20 и 21 год родились – я летала (.) и наварить и торты и дети (2.0).

Осознала, что жила неправильно, «совершала смертные грехи», а теперь надвигается наказание за грехи – неизбежная смерть родителей. От этих переживаний «слегла, стала трупнем», «чувствовала, что умирает».

(Что еще (.) по 70 лет=меня родили под 40 и я стала переживать, что они скоро умрут (2.0) и этой опеки не будет↓ (2.0) – они живут отдельно :: принимают и приезжают. Может, стала копаться :: смертные грехи (1.0) аборты меня давят). (Это причины, находила смертные грехи=и родители скоро умрут?). (Батюшку привели :: и встала сразу↑). (Как подумаю, что не будет ни тех родителей, ни других ↓ (3.0)). (Платье в детстве белое в горошек :: бегу по траве, и учительница как мама ↑ – Брат купил игрушек ↑ вспоминаю с радостью – и юность ↑ (2.0) – боюсь будущего (2.0) идет к тому, что останусь без родителей (.) мама и копает и садит и смотрит как ребенка). (Будущее ::: что уходят лучшие годы с родителями↓(2.0)).

Считает, что уже «поменяла мировоззрение», но легкость пока не вернулась: «Теперь между пчелой и трутнем». Стала добрее. Но не уверена, что с новым мировоззрением будет снова «летать», сможет быть хорошей хозяйкой. Не хочет видеть семью, возвращаться к прежней жизни. Предполагает, что «снова сляжет». Помощь батюшки позволяет на время «снова летать». При мысленном обращении к семье – «чувствует кандалы». Считает, что не сможет пережить смерть родителей. Братья смогут, так как они более самостоятельные. (Пока я не готова все так успеть, как раньше летала (.)). (Ни мужу, ни детям не звоню :: не хочется с мужем говорить – 6 и 8 класс дети :: не хочется ни узнавать, ни спрашивать ↑. Муж говорит, мы соскучились (.) а мне все равно (.)).

В рассказе просматривается противоречие: с одной стороны, понимает, что «жить правильно» – значит не только брать, но и отдавать. Именно забвение этого правила привело к нависшему наказанию – неумолимости времени, приближающего расставание с родителями. Избежать расплаты представлялось возможным двумя способами: быть болеющей, «почти мертвой», тогда и спрашивать не с кого, либо измениться, начать отдавать родителям, пока они живы. Однако пациентка не спешит отвечать на призыв измениться, её усилия направлены на нахождение какого-нибудь способа уберечь привычный жизненный мир от изменений, сохранить существующую связь с другими людьми неизменными. Стремится изо всех сил удержаться в пределах прежнего опыта, хотя батюшка, муж и дети «призывают» измениться. На этот призыв батюшки отвечает демонстрацией себя как будто исцелившейся, порхающей, с уже «прощеным грехом». От подобного призыва мужа и детей попросту отворачивается. Избегает выйти навстречу иному, испытать изменение. Не принимает вызов, идущий от другого. Батюшке, как указующему путь избавления, «нельзя не ответить», поэтому отвечает иллюзией изменения, оставаясь не затронутой изменениями. Призыв измениться, таким образом, может быть заглушен, и конфликт устранен. Страдание депрессивной пациентки может быть понято как постоянное избегание ответа на призыв жизни, как воспроизводство «глухоты» к жизни.

Выводы. В исследовании мы сочетали ракурсы интерпретации и двигались между полюсами дихотомий интерпретации. Фокусирование на теме изменения субъекта и пространстве интересубъектности может выступать интерпретативным приемом обнаружения «до-опытного чувствования» в нарративе. Страдание при депрессии рассматривается как воспроизводство уклонения от призыва жизни к изменению, «глухоты» к жизни.

Список литературы

1. Бусыгина Н.П. Ракурсы интерпретации в качественных исследованиях. Вопросы психологии. 2017. № 2. С. 121-133.
2. Елфимова М.М. Нарратив как инструментальное средство произвольного смыслообразования. Вопросы психологии. 2018. № 1. С. 90-103.
3. Ямпольская А. Проблематизация «эстетического опыта» в феноменологии Анри Мальдине. HORIZON. 2017. № 7, № 2 (14). С. 414-429. <https://doi.org/10.21638/2226-5260-2018-7-2-414-429>

Клинический разбор гериатрической полиморбидной пациентки с шизофренией

**Чайковская М.В.¹, Губин Д.Г.¹, Куимова Ж.В.¹, Елфимов Д.А.¹,
Мошкина А.Ю.^{1,2}, Чайковская И.И.³**

**¹ ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет»
Минздрава России**

² ГАУЗ ТО «Областная больница № 19»

**³ ГБУЗ ТО «Областная клиническая психиатрическая больница»
Тюмень, Россия**

Введение. Представлен клинический случай пациентки в возрасте 68 лет, татарки, с длительным течением заболевания. Основное заболевание: параноидная шизофрения, выраженный эмоционально-волевой дефект. Сопутствующие заболевания: открытоугольная глаукома 3в стадия, субкомпенсированная гипотониками левого глаза, центральная дегенерация сетчатки левого глаза, сухая форма, частичная осложненная катаракта левого глаза, анофтальм справа. Опасается принимать психотропные препараты, так как прием психиатрических препаратов «снижает зрение» и затрудняет подбор офтальмологом глазных капель. По состоянию на май 2023 г. получила инвалидность I группы по зрению. Сообщала, что лечилась «у почётной татарочки, которая 8 месяцев отчитывала шизофрению по Корану». Посещала общественные места с большой лупой в руке. Длительное время страдает психическим расстройством. Неоднократно проходила лечение в психиатрическом стационаре с диагнозом F20. В клинической картине галлюцинаторно-бредовая симптоматика. Последняя госпитализация в 2009 г. Проживает одна. Наблюдается у окулиста. Рекомендовано заменить амитриптилин и галоперидол. Несмотря на замену препаратов на кветиапин, отказывается принимать психиатрические препараты.

Осмотр клинического психолога. Снижение продуктивности деятельности за счет нарушения когнитивных функций. Оперативная память умеренно снижена, прочность памяти на длительный срок выражено снижена. Мнемограмма десяти слов имеет вид: 3-5-5-5-6, отсрочено – 2. Операциональный компонент мышления умеренно снижен. Уровень доступных обобщений снижен. Показатель вербального интеллекта (VIQ) 74 балла по тесту интеллекта Векслера (взрослый вариант). Определить числовой показатель невербальной составляющей интеллектуальной сферы по методике Векслера не представляется возможным, в виду нарушения зрения.

Анамнез заболевания. В 2014 г. абсолютная болевая глаукома. Режим капель глазных: тимолол 0,5% 2 р/д, дорзопт 2 р/д, тафлупрост на ночь в левый глаз. Осмотр в офтальмологическом диспансере (2022 г.): оперативное лечение возможно, но без гарантии значительного повышения остроты зрения, отказ от хирургического лечения глаукомы и катаракты левого глаза. Прогноз по зрению сомнительный, ближе к неблагоприятному.

Анамнез жизни. Заболевания: ИБС, ПИКС (2020 г. ориентировочно, уточнить невозможно). Операции: холецистэктомия (2004 г.), флебэктомия по поводу варикозного расширения вен нижних конечностей (дату уточнить невозможно), оперирована по поводу глаукомы правого глаза 5 раз, эвисцерация правого глаза (2014 г.). Травмы: перелом левого плеча (2022 г.). Гемотрансфузии: несколько раз после криминальных абортов в 90-е гг. ВИЧ, вирусные гепатиты, ЧМТ, туберкулез, сахарный диабет отрицает. Аллергоанамнез: анальгин, диклофенак.

Ориентируется в темной комнате неуверенно, с посторонней помощью. Общее состояние средней степени тяжести. Функции тазовых органов не контролирует: позыв к мочеиспусканию не ощущает, к дефекации ощущает периодически. Пребывала в памперсе.

Острота зрения вблизи: текст не читает. Авторефрактометрия: OS – 2,0 CYL – 0,50, AX – 80, ВГД OS – 28 мм рт ст. Поля зрения OS: концентрическое сужение до 10°. Биомикроскопия: OS – спокоен. Роговица прозрачная. Передняя камера средней глубины, влага прозрачная. Зрачок средней ширины, круглый, подвижный. Хрусталик – частичное помутнение в кортикальных слоях и ядре. Рефлекс с глазного дна розовый, ослаблен. Глазное дно OS: диск зрительного нерва бледно-розовый, контуры четкие, экскавация диска 1,0. Артерии сужены, вены расширены. Макулярная зона – друзы. Периферия без видимой патологии. Гониоскопия (2022 г.): OS – угол передней камеры открыт, пигментация смешанная умеренная. Периметрия (2022 г.). OS – концентрическое сужение полей зрения до 10°. Электрофосфен (2022 г.): левый глаз – грубые изменения во внутренних слоях сетчатки и аксиальном пучке. Зрительные вызванные потенциалы (2022 г.): проводимость по зрительному нерву левого глаза снижена. Оптическая когерентная томография: технически невозможно, нет фиксации.

Список литературы

1. Чайковская М.В., Мошкина А.Ю., Елфимов Д.А., Ребятникова М.А., Куимова Ж.В. Влияние «хрупкости» у гериатрических пациентов на трансплантацию органов. Трансплантация и донорство органов. VI Российский Национальный конгресс с международным участием: материалы конгресса. М., 2023. С. 190.
2. Мошкина А.Ю. Лечение депрессии и тревоги у лиц пожилого возраста с болезнями системы кровообращения. Кардиологический вестник. 2023. Т. 18, № 2-2. С. 134.
3. Чайковская М.В., Мошкина А.Ю. Превенция когнитивных нарушений и депрессии у пожилых людей с артериальной гипертензией. Кардиологический вестник. 2023. Т. 18, № 2-2. С. 81.
4. Чайковская М.В., Мошкина А.Ю. Анализ когнитивных нарушений и депрессии у кардиогериатрических пациентов. Профилактическая медицина. 2023. Т. 26, № 5-2. С. 33.
5. Мошкина А.Ю. Модернизация организации медицинской помощи гериатрическим пациентам с хроническим болевым синдромом и старческой астенией в амбулаторно-поликлинической практике. Профилактическая медицина. 2023. Т. 26, № 5-2. С. 28-29.

Возможность применения нормотимиков в комплексном лечении пациентов с психическими непсихотическими расстройствами и несуйцидальными самоповреждениями в подростковом возрасте

Шапошникова Ю.В.

**КГБУЗ «Красноярский краевой психоневрологический диспансер № 1»
Красноярск, Россия**

Введение. В настоящее время проблема несуйцидальных самоповреждений (НССП) в подростковом возрасте актуальна в связи с высокой частотой распространенности в обществе. Несмотря на частую встречаемость НССП, представлено немного исследований о тактике ведения, медикаментозном лечении и реабилитации. По данным зарубежных авторов, показатель распространенности НССП среди молодых людей составляет 7,7%, среди подростков варьируется от 13,9% до 35,6% [1]. В большинстве случаев НССП проявляются совместно с каким-либо (или несколькими) психическим расстройством, таким как пограничное расстройство личности, аффективные расстройства, расстройства пищевого поведения) [2]. Канадские исследователи отмечают наибольшую склонность к несуйцидальным самоповреждениям у девочек-подростков, имеющих симптомы депрессии, диагноз СДВГ и аффективные расстройства. Связь более раннего возраста начала НССП с повышенным риском развития ПРЛ была обнаружена у молодых людей, которые прибегали к НССП в подростковом возрасте.

Тактика ведения пациентов с НССП и непсихотическими расстройствами сводится к синдромальному лечению и психотерапии. Медикаментозная терапия, направленная на определенные симптомы (тревога, депрессия, раздражительность, импульсивность), эффективна у больных с расстройствами личности. При выборе методов терапии следует проводить дифференциальный диагноз между истинной депрессивной симптоматикой и свойственными лицам с формированием расстройства личности переживаниями. Медикаментозное лечение включает препараты основных психофармакологических классов: анксиолитики (транквилизаторы), антидепрессанты, антипсихотические препараты (нейролептики). Аффективная нестабильность и импульсивность при пограничном расстройстве личности связаны с нарушением обмена серотонина в префронтальной коре, поэтому применение антидепрессантов из группы СИОЗС является патогенетически обоснованным [3]. Ламотриджин в качестве нормотимика может быть рассмотрен к назначению с целью снижения эмоциональной нестабильности, импульсивности, агрессивности, раздражительности и аффективной лабильности у пациентов с пограничным расстройством личности [4]. Долгосрочная когнитивно-поведенческая психотерапия является эффективным методом в достижении понимания и решения бессознательных конфликтов, что приводит к психологическим и поведенческим изменениям [5].

Цель: рассмотреть возможность применения ламотриджина в комплексе с синдромальным медикаментозным лечением и когнитивно-поведенческой психотерапией у пациентов с несуйцидальными самоповреждениями и психическими расстройствами непсихотического уровня в подростковом возрасте.

Материалы и методы. Исследование выполнено на базе детского диспансерного отделения КГБУЗ «Красноярский краевой психоневрологический диспансер № 1». Обследованы подростки женского пола (n=83) с НССП и психическими расстройствами непсихотического уровня (диагнозы выставлены по критериям МКБ-10 (F92.8, F92.0, F32.0, F32.1, F41.2, F50.2). Сформированы две группы пациентов: 1) основная (n=62) – получавшие синдромальное медикаментозное лечение (антидепрессанты, анксиолитики, ламотриджин в качестве нормотимика) в сочетании с когнитивно-поведенческой психотерапией, 2) контрольная группа (n=21) – получавшие синдромальное лечение (антидепрессанты, анксиолитики, но без назначения нормотимиков) с применением когнитивно-поведенческой психотерапии.

Критерии включения: возраст 15-17 лет, наличие НССП и психических расстройств непсихотического уровня. Критерии исключения: психическое расстройство психотического уровня, острое психотическое состояние, отказ/нежелание пациента участвовать в настоящем исследовании, трудности в развитии и обучении в связи с интеллектуальными нарушениями.

В исследования использовались клинико-психопатологический и клинико-анамнестический методы, патопсихологическое исследование проведено по шкалам тревоги (BAI, 1961) и депрессии (BDI-II, 1961) Бека. Описательная статистика результатов представлена для качественных и порядковых признаков в виде процентных долей и их стандартных ошибок, для количественных – в виде средних арифметических (M) и стандартных отклонений (σ). Значения средних арифметических имеют вид $M \pm \sigma$. Различия во всех случаях оценивали как статистически значимые при $p < 0,05$. Также оценивалась частота нанесения самоповреждений.

Результаты. Обследование и лечение было проведено согласно стандартам оказания психиатрической помощи. Диагностика тревоги и депрессии в основной и контрольной группах выполнена с использованием опросника Бека до начала и после медикаментозного 3-месячного лечения. Анализ полученных данных показал, что на фоне лечения у пациентов основной группы статистически значимо ($p < 0,001$) с большей частотой по сравнению с контрольной группой выявлен незначительный уровень тревоги ($n=36, 58\%$ и $n=2, 9,5\%$). По данным диагностики выраженности депрессии по шкале Бека установлено, что до лечения депрессия от умеренной до выраженной степени с более высокой частотой встречалась в основной группе, чем в контрольной. После лечения статистически значимо ($p < 0,001$) чаще в основной группе преобладает легкий уровень депрессии по сравнению с контрольной группой ($n=43, 69,4\%$ и $n=7, 33,3\%$). По результатам исследования в основной группе после лечения снизилась частота нанесения самоповреждений и с большей частотой, чем в контрольной группе, выявлено отсутствие самоповреждений ($n=30, 48,4\%$ и $n=3, 14,3\%$).

Выводы. Фармакотерапия при НССП и психических расстройствах непсихотического уровня имеет важное значение, является частью комплексного плана лечения, включающего психотерапию. При назначении медикаментозного лечения необходимо учитывать особенности ведущих синдромов (тревожный, депрессивный), а также результаты применявшихся ранее методов лечения. Таким образом, применение ламотриджина в сочетании с синдромальным медикаментозным лечением и когнитивно-поведенческой психотерапией приводит к уменьшению тревожной и депрессивной симптоматики, снижению эмоциональной неустойчивости и частоты нанесения самоповреждений.

Список литературы

1. Hilt L, Nock MK, Lloyd-Richardson EE, Prinstein MJ. Longitudinal study of non-suicidal self-injury among young adolescents: rates, correlates, and preliminary test of an interpersonal model. *J Early Adolescence*. 2008;28 (3):455-469. doi: 10.1177/0272431608316604
2. Selby EA, Bender TW, Gordon KH, Nock MK, Joiner TE Jr. Non-suicidal self-injury (NSSI) disorder: a preliminary study. *Personal Disord*. 2012 Apr;3(2):167-75. doi: 10.1037/a0024405. Epub 2011 Jul 4. PMID: 22452757.

3. Tang TZ, DeRubeis RJ, Hollon SD, Amsterdam J, Shelton R, Schalet B. Personality change during depression treatment: a placebo-controlled trial. Arch Gen Psychiatry. 2009 Dec;66(12):1322-30. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2009.166. PMID: 19996037; PMCID: PMC2799251.
4. Leiberich P, Nickel MK, Tritt K, Pedrosa Gil F. Lamotrigine treatment of aggression in female borderline patients, Part II: an 18-month follow-up. J Psychopharmacol. 2008 Sep;22(7):805-8. doi: 10.1177/0269881107084004. Epub 2008 Feb 28. PMID: 18308777.
5. Linehan MM, Comtois KA, Murray AM, Brown MZ, Gallop RJ, Heard HL, Korslund KE, Tutek DA, Reynolds SK, Lindenboim N. Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. Arch Gen Psychiatry. 2006 Jul;63(7):757-66. doi: 10.1001/archpsyc.63.7.757. Erratum in: Arch Gen Psychiatry. 2007 Dec;64(12):1401. PMID: 16818865.

Опросник самооценки подростков и взрослых: надежность, валидность, факторы

Шейнов В.П.¹, Девицын А.С.²

¹ **Республиканский институт высшей школы**

² **Белорусский государственный университет
Минск, Беларусь**

Низкая самооценка является одним из самых сильных предикторов формирования зависимости от социальных сетей. Данная аддикция получила значительное распространение как в молодом, так и в более старшем возрасте, поэтому изучение самооценки является особенно актуальным. Для изучения изменений в самооценке, происходящих по мере перехода подростков во взрослое состояние, необходимо иметь опросники, пригодные одновременно для подростков и взрослых.

Цель: разработка краткой версии опросника самооценки для подростков и взрослых, доказательство её надежности и валидности, построение факторной модели самооценки.

Материалы и методы. Эмпирической основой исследования послужили результаты онлайн-тестирования 3 153 испытуемых, в том числе 2 570 взрослых 18-76 лет и 583 подростков 10-17 лет, среди испытуемых 1 716 женщин, 854 мужчины, 392 девушки и 191 юноша. За основу принят опросник Р.В. Овчаровой самооценки подростков [1].

Результаты. Однородность исходной версии опросника самооценки оказалась сравнительно невысокой: α Кронбаха равна 0,616. Программа улучшения однородности пакета SPSS-22 предлагает исключение пунктов №№ 1, 2, 3, 5, 8, 9, 12, 16. В результате однородность опросника самооценки действительно улучшается, свидетельством чего является увеличение α Кронбаха с 0,616 до 0,891.

При этом в опроснике остаются пункты с наибольшей дискриминативностью, определяемой величиной их корреляций с итоговыми баллами опросника для всех пунктов опросника: все $r \geq 0,45$, все $\tau \geq 0,37$.

Таким образом, удалив из исходного варианта опросника 8 пунктов (№№ 1, 2, 3, 5, 8, 9, 12, 16), мы улучшаем его психометрические характеристики – однородность и общую дискриминативность его пунктов.

Полученные выводы проверены с помощью компонентного и эксплораторного факторного анализа. В качестве исходных данных использованы результаты тестирования 3 153 респондентов по опроснику самооценки Р.В. Овчаровой. Данные разделены на два набора: а) ответы 583 испытуемых 10-17 лет, б) ответы 2 570 взрослых респондентов 18-76 лет. На первом этапе исследования определены задачи: 1) найти алгоритм выделения в исходной версии опросника самооценки такого сокращенного набора вопросов, который будет единым для подростков и взрослых, оставаясь валидным для каждой возрастной группы, 2) получить факторные модели сокращенного опросника для подростков и взрослых.

Алгоритм сокращения опросника. Последовательно, серией итераций осуществлено сокращение числа вопросов. Для наборов данных подростков и взрослых на каждом этапе итерации создается эксплораторная факторная модель, затем в обеих моделях выделяются вопросы, которые можно удалить, исходя из их факторных нагрузок и расположения в факторах. После исключения этих вопросов для подростков и взрослых снова строятся факторные модели и проводится повторное сокращение количества вопросов. И так до тех пор, пока не будут получены факторные модели с идентичными факторами и одинаковым набором входящих в них вопросов для подростков и взрослых.

При построении эксплораторных факторных моделей параллельно на выборках подростков и взрослых использован пакет статистического анализа Jamovi 2.4.7.0 на базе R. Количество факторов определялось посредством параллельного анализа, который считается одним из наиболее рекомендуемых методов определения числа факторов для психологических и социологических данных, так как он учитывает случайную вариацию и помогает избежать присутствия факторов, которые могут быть результатом шума в данных, а не реальной структуры. В качестве метода факторизации (извлечения факторов) использован метод минимальных остатков (Minimum Residual) или обобщенных наименьших квадратов, с косоугольным (Oblimin) вращением факторов. Выбор этого метода объясняется тем, что подобные методы эффективно работают на сильно зашумленных данных и данных, имеющих кросс-корреляции, что часто имеет место при психологическом тестировании. В результате после 5 итераций сокращения на выборках подростков и взрослых получены факторные модели самооценки из одинакового набора вопросов.

Оценка результатов тестов. Показатели тестов обеих полученных моделей указывают на то, что использованные данные пригодны для проведения факторного анализа. Полученные факторные модели состоятельны, имеют обоснованный состав факторов и хорошо описывают использованную совокупность данных. Важно, что доля оценки дисперсии факторами на сокращенном наборе вопросов выше исходной (на 38%) на выборках подростков и взрослых.

Полученные факторы допускают адекватную интерпретацию: 1) фактор 1 «Мышление» (4. Быстро нахожу решения в трудных ситуациях. 10. Убедительно могу доказать правоту. 11. Умею разделить сложную задачу на несколько простых. 15. Мне нравится организовывать своих товарищей на интересные дела), 2) фактор 2 «Творчество» (13. Мне интереснее работать творчески, чем по-другому. 14. Стремлюсь всегда найти дело, в котором могу проявить творчество), 3) фактор 3 «Оценка» (6. Мне нравится находить причины своих неудач. 7. Стараюсь дать оценку поступкам и событиям на основе своих убеждений).

Эффективность сокращенного опросника на выборках подростков и взрослых. Доля описания дисперсии факторами из сокращенного набора вопросов выше исходной и составляет для каждой из выборок более 38%. Это свидетельствует о высоком качестве описания данных обеих выборок факторными моделями на сокращенном наборе пунктов опросника. Проведенный на обеих выборках (подростков и взрослых) регрессионный анализ показывает высокий коэффициент детерминации – $R^2=0,853$. Это свидетельствует о том, что сокращенный набор пунктов опросника описывает не менее 85% дисперсии исходного (полного) опросника для подростков и взрослых.

Таким образом, мы пришли к тому же набору пунктов короткого опросника самооценки, что и на начальной стадии исследования. Выделенные факторы (мышление, творчество, оценка) формируют факторные модели самооценки подростков и взрослых. В указанном порядке они следуют у подростков, у взрослых же порядок несколько иной: творчество, мышление, оценка. Объяснение разного порядка следования получаем, рассмотрев возрастные периоды, в которых группируются взрослые и подростки. Возрастной период подростков в первую очередь характеризуется стремительным развитием мышления, в то время как у взрослых период до 35 лет – это максимальное проявление творческих способностей. Доказательство валидности короткой версии опросника самооценки проведено проверкой наличия связей самооценки с крайне актуальными сегодня свойствами личности – зависимостью от смартфона и зависимостью от социальных сетей. Установлено, что самооценка отрицательно связана с зависимостью от социальных сетей [3] и зависимостью от смартфона [2]. Получены отрицательные связи.

Вычисленные по исходным эмпирическим данным связи короткой версии опросника самооценки с асертивностью, удовлетворенностью жизнью, застенчивостью и самоуважением подтвердили валидность.

Проверка надежности опросника самооценки проведена по: 1) внутренней согласованности (однородности), 2) дискриминативности, 3) повторным тестированием (ретестом). Внутренняя согласованность и дискриминативность показаны нами ранее.

Ретестовая надежность короткой версии опросника самооценки проверена повторным тестированием с интервалом в 6 недель. Поскольку мы располагали адресами респондентов, ответивших на вопросы исходной версии опросника, то попросили их ответить на вопросы опросника повторно, предложив его короткую версию. В ретесте участвовали 210 взрослых и 196 подростков. Корреляции между первым и вторым тестами равны 0,844 для подростков и 0,883 для взрослых ($p \leq 0,001$). Этот результат свидетельствует о хорошей ретестовой надежности опросника самооценки, поскольку больший (0,7) показатель служит свидетельством надежности по данному критерию. О надежности и валидности короткой версии опросника самооценки свидетельствуют статистически значимые ($p \leq 0,001$) высокие у подростков (0,917) и взрослых (0,922) коэффициенты корреляции между суммарными показателями исходной и короткой версий опросника самооценки взрослых и подростков.

Вывод. Результатом исследования явился пригодный для подростков и взрослых короткий (состоящий из 8 вопросов), надежный и валидный опросник их самооценки, обладающий лучшими психометрическими характеристиками, нежели его исходная версия для подростков. Построены состоятельные 3-факторные модели опросника самооценки, практически идентичные для подростков и взрослых.

Единый опросник для подростков и взрослых позволяет изучать изменения в самооценке, происходящие по мере перехода подростков во взрослое состояние, а выявленные факторы самооценки – изучать роль этих факторов в формировании и взаимосвязях самооценки с другими свойствами личности.

Список литературы

1. Овчарова Р.В. Справочная книга школьного психолога. М.: Просвещение, 2003. 256 с.
2. Шейнов В.П. Связи зависимости от смартфона с состояниями и свойствами личности. Журнал Белорусского государственного университета. Социология. 2020. Т. 4. С. 120-127.
3. Шейнов В.П., Девицын А.С. Взаимосвязи зависимости от социальных сетей с психическими состояниями и свойствами её жертв. Герценовские чтения: психологические исследования в образовании. 2021. № 4. С. 566-573.

Сокращенная версия опросника застенчивости: надежность, валидность, факторная структура

Шейнов В.П.¹, Девицын А.С.²

¹ Республиканский институт высшей школы

² Белорусский государственный университет

Минск, Беларусь

Застенчивость является одним из самых сильных предикторов формирования зависимости от социальных сетей. Этот вид аддикции характеризуется значительным распространением, в связи с чем определяется актуальность его изучения. В исследованиях активно используется опросник застенчивости, адаптированный к русскоязычному социуму А.Б. Белоусовой, И.М. Юсуповым [1]. В отношении ранее разработанных опросников сложилось убеждение, что их нужно перепроверить, поскольку ответы респондентов в настоящее время могут значительно отличаться от ответов их давних предшественников, на которых много лет назад создавались эти опросники. Актуальна и установка на сокращение опросников, поскольку большие опросники вызывают трудности в сборе материалов и худшее качество получаемых ответов.

Цель: 1) разработка надежной и валидной сокращенной версии опросника застенчивости, 2) построение факторной модели застенчивости.

Материалы и методы. Исходные данные для исследования собраны посредством онлайн-опроса 3 360 респондентов, в том числе 2 739 из Беларуси и 621 из России (средний возраст $M=19,4$, $SD=5,6$), из них 2 239 женщин ($M=19,7$, $SD=6,0$) и 1 121 мужчин ($M=19,1$, $SD=4,7$).

Однородность исходной версии опросника застенчивости (15 вопросов) невысокая – α Кронбаха 0,696. Программа SPSS-22 улучшения однородности предлагает исключить пункт № 11. При этом однородность опросника подлинно улучшается, что подтверждает повышение α Кронбаха от 0,696 до 0,757. Дискриминативность пунктов опросника застенчивости проверена величиной их корреляций с результатом. Пункт № 11 опросника имеет самые низкие показатели дискриминативности: корреляция Пирсона – $r=0,424$ ($p=0,000$), корреляция Кендалла – $\tau=0,355$ ($p=0,000$). Аналогичное положение характерно для мужской и женской выборок, что указывает на наименьшую дискриминативность пункта № 11 опросника, удалив его, можно улучшить психометрические характеристики – однородность опросника и общую дискриминативность пунктов. Для факторного анализа использован программный пакет Jamovi, версия 2.4.7.0 на базе платформы R. Факторные модели разработаны посредством эксплораторного факторного анализа с помощью метода минимальных остатков или обобщенных наименьших квадратов (Minimum Residual) в качестве метода факторизации (извлечения факторов) и косоугольного (Oblimin) вращения факторов. Количество факторов определялось методом параллельного анализа.

Данное сочетание методов обеспечивает надежное извлечение факторов, учитывает случайные вариации и помогает избежать наличие факторов, которые могут быть результатом шума в данных, а не реальной структуры. Эти методы рекомендуются при работе с результатами психологических тестов, так как обеспечивают устойчивость к кросс-корреляциям и эффективны в случае сильного зашумления данных. Все это позволяет получать наиболее адекватные модели.

При построении эксплораторной факторной модели пункты опросника №№ 11, 3 и 7 не вошли ни в один из факторов, так как имели низкие факторные нагрузки и не было разумной возможности отнесения их к какому-либо фактору, т.е. они «выпали» из общей факторной структуры. Альфа Кронбаха сокращенного до 12 пунктов опросника равняется 0,851. В результате построена факторная модель, включающая 12 пунктов опросника. Тестирование модели дало следующие результаты. Критерий адекватности выборки Кайзера-Мейера-Олкина ≥ 894 . Критерий Бартлетта: $\chi^2=8961$, $df=66$, $p<0,001$. По результатам этих тестов можно утверждать, что использованные данные пригодны для проведения факторного анализа, в них имеются корреляции и структурные связи, позволяющие выделить общности и объединить их в факторы. При этом показатели RMSEA 90% CI: RMSEA=0,0236, минимум 0,0181, максимум 0,0292. Максимальный показатель RMSEA (ниже 0,03, что является отличным результатом) подтверждает состоятельность полученной факторной модели, обоснованность состава факторов, надежность описания исходных данных.

Полученные факторы рекомендуется интерпретировать следующим образом: 1) фактор 1 «Нерешительность» (8. Я часто много теряю из-за своей нерешительности. 13. Мне бы хотелось быть менее застенчивым. 9. Иногда из-за своей сдержанности мне бывает трудно отстаивать свои права. 15. Если люди наблюдают за мной, мне становится не по себе. 10. В школе мне трудно было говорить перед всем классом. 5. Часто я лишь с большим трудом могу скрыть свою застенчивость), 2) фактор 2 «Социальное давление» (1. Когда я нахожусь в компании, я мучаюсь выбором темы для разговора. 2. В компании я чувствую себя несколько неловко и из-за этого произвожу впечатление хуже, чем мог бы. 4. Мне бывает трудно изложить свои мысли словами, и поэтому я не включаюсь в беседу с такой готовностью, как другие), 3) фактор 3 «Самоизоляция» (6. Я схожусь с людьми так же легко, как и другие. 12. Я охотно знакомясь с новыми людьми. 14. Мне кажется, что, попадая в новый коллектив, я быстро приспосабливаюсь).

Для оценки изменения качеств сокращенного опросника проведен регрессионный анализ. При этом в качестве независимых переменных использованы данные сокращенного набора пунктов опросника, а зависимой (целевой) переменной выступил результат исходной (полной) версии опросника.

Показатель качества модели: коэффициент детерминации $R^2=0,968$ – очень высокий. Это означает, что после удаления из опросника трех пунктов (№№ 3, 7, 11) сокращенный с 15 до 12 вопросов опросник (согласно коэффициенту детерминации регрессии) описывает 97% дисперсии результата полного опросника. Т.е. сокращение опросника на 20% ухудшило описание результата на 3%, что можно считать отличным результатом.

Получена 3-факторная модель с высокими показателями достоверности, что подтверждается показателями статистических тестов. Доказательство валидности сокращенной версии опросника застенчивости осуществлено посредством сопоставления характера связей застенчивости с крайне актуальными на сегодняшний день свойствами личности – зависимостью от социальных сетей и зависимостью от смартфона. Это связано с тем, что в ряде исследований выявлена положительная связь застенчивости с зависимостями от социальных сетей [3] и смартфона [2]. Исследования также показали, что существует значимая отрицательная корреляция между застенчивостью и удовлетворенностью жизнью, между застенчивостью и самооценкой. Из определений и сущности застенчивости, ассертивности и самоуважения следует, что застенчивость отрицательно взаимосвязана с ассертивностью и самоуважением. Вычисленные нами корреляции Пирсона и Кендалла для мужчин и женщин продемонстрировали, что взаимосвязи сокращенной версии опросника застенчивости с зависимостью от социальных сетей, зависимостью от смартфона, ассертивностью, удовлетворенностью жизнью, самоуважением, самооценкой полностью отвечают конструктивной валидности сокращенной версии опросника застенчивости. Таким образом, валидность сокращенной версии опросника застенчивости доказана в целом с учетом всех рассмотренных переменных.

Проверка надежности сокращенной версии опросника застенчивости подтверждена внутренней согласованностью (однородностью), дискриминативностью, повторным тестированием (ретестом). В ретесте участвовало 334 респондента. Корреляция Пирсона между первым и вторым тестами равна 0,824, корреляция Кендалла равна 0,812. Этот результат демонстрирует хорошую ретестовую надежность сокращенной версии опросника застенчивости, поскольку больший (0,7) показатель подтверждает надежность по данному критерию. О надежности и валидности свидетельствуют статистически значимые ($p \leq 0,001$) коэффициенты корреляции Пирсона (0,963) и Кендалла (0,934) между суммарными показателями исходной и сокращенной версий опросника.

Заключение. Нами разработана сокращенная версия опросника застенчивости из 12 вопросов, которая удовлетворяет основным критериям валидности и надежности и обладает лучшими психометрическими характеристиками, нежели исходная версия. Построена состоятельная 3-факторная модель застенчивости, позволяющая исследовать роль формирующих её

факторов во взаимосвязях застенчивости с другими характеристиками личности. Практическая значимость состоит в том, что сокращенная версия опросника застенчивости позволяет проводить исследования с помощью более удобного инструмента с лучшими психометрическими характеристиками. Теоретическое значение обосновано возможностью изучения роли факторов, формирующих застенчивость индивида.

Список литературы

1. Белоусова А.Б., Юсупов И.М. Диагностика застенчивости. Журнал практического психолога. 2007. № 3. С. 15-28.
2. Шейнов В.П. Связи зависимости от смартфона с состояниями и свойствами личности. Журнал Белорусского государственного университета. Социология. 2020. Т. 4. С. 120-127.
3. Шейнов В.П., Девицын А.С. Взаимосвязи зависимости от социальных сетей с психическими состояниями и свойствами её жертв. Герценовские чтения: психологические исследования в образовании. 2021. № 4. С. 566-573.

Неврологические и вегетологические симптомы в ранней диагностике психических нарушений у детей

Шимонова Г.Н., Калинина М.А., Балакирева Е.Е., Козловская Г.В., Шушпанова О.В.

**ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»
Москва, Россия**

Актуальность. Согласно современным представлениям, в формировании аутизма вовлечены как генетические, так и сложная цепь эпигенетических факторов. Из-за нарушения онтогенеза ухудшается не только развитие нервной системы, так и взаимодействие всех систем организма, о чем свидетельствует наличие сопутствующих соматических заболеваний.

Цель: изучение системных и вегетативных расстройств, связанных с расстройствами аутистического спектра (РАС).

Материалы и методы. В 2022-2023 гг. в ходе сплошного невыборочного исследования была набрана группа детей (n=63) 2-3 лет с подозрением на РАС. Обследование проведено с помощью психопатологического, неврологического методов и с использованием диагностических (Cars, M-Chat-R) и оригинальных авторских шкал для оценки неврологического и вегетативного статуса.

Результаты. В результате исследования у большинства (n=41, 65,1%) детей диагностирован аутизм (F84.02) – основная группа. Остальным (n=22) детям поставлен диагноз: F84.8 Другие общие расстройства развития – группа сравнения. В основной группе выраженные соматические и вегетативные расстройства наблюдались с раннего возраста в рамках синдрома психоневрологической возбудимости в виде общего беспокойства, вздрагиваний, нарушений цикла «сон-бодрствование», оживления

периферических рефлексов. Симптомы СПНРВ появлялись после 3 месяцев жизни, а к 6 месяцам и далее трансформировались в выраженные нарушения сна (ночные младенческие крики, бессонница, ночные бдения, еда ночью, «ночной террор», страхи и паника в просоночных состояниях). Характерная особенность – появление протопатических вегетативных нарушений не с первого месяца жизни, тенденция к постепенному усложнению клинических проявлений со временем. Возникая в рамках синдрома вегето-висцеральных дисфункций (СВВД), вегетативные феномены сопровождалась кожными вегетативными проявлениями: гиперемией или бледностью лица, пятнистым дермографизмом, обильным гипергидрозом, частым мочеиспусканием, тахикардией и др. Выявлялась выраженная сенсорная гиперчувствительность, нередко с негативизмом к пеленанию, купанию, стрижке волос, ногтей. Нарушения биоритма «сон-бодрствование» сохранялись длительное время, до 1 года и старше. Отмечались желудочно-кишечные дисфункции. Уже в первые месяцы жизни возникали диспепсии, частая регургитация съеденной пищей, запоры. У многих детей на основании клинических проявлений диагностировали дисбактериоз, в дальнейшем самопроизвольно прекращающийся в благоприятных случаях. При нарастании тяжести общей психопатологической симптоматики желудочно-кишечные расстройства были неустойчивыми, могли вновь усиливаться. Функциональные нарушения сердечно-сосудистой системы также были отмечены в виде малых аномалий развития сердца, однако не приводящих к утяжелению соматического состояния. В группе сравнения отмеченные расстройства имели более легкую степень тяжести.

В неврологической сфере с первых месяцев жизни отмечалось искажение созревания неврологических функций – задержка развития общих моторных навыков, мягкие нелокализованные неврологические знаки. Расстройства в системе иннервации зора характеризовали медленные толчкообразные движения глазных яблок при прослеживании, недостаточность содружественных движений глаз, возможность изолированного движения одного глазного яблока, феномен застывания зора как эквивалент приступов Клооса. Обнаруживались рефлексы орального автоматизма, орофациальные гиперкинезы, нарушения мимики и парамимии. Расстройства общей моторики включали вычурные движения пальцами рук (хореоатетоз) позже нормативного возраста, изменения мышечного тонуса в виде мышечной гипотонии или преходящей гипертонии с проявлениями дистонии, пластической гипертонии мышц, симптомов восковой гибкости, рекурвации в суставах, в отдельных случаях застывания в неудобных позах. В более старшем возрасте отмечали симптом балерины (ходьба на носочках), множество стереотипий: манежный и челночный бег, проявления моторной диспраксии в виде ходьбы вразвалку, нагнув спину («уткой»), разбрасывая ноги, стереотипных движений кистями рук – симптом крыльев и т.п.

Общей особенностью для всех детей была выраженная в разной степени эмоциональная дефицитарность, о чем свидетельствовали относительно неяркие проявления мимических реакций, стертость границ основных этапов эмоционального развития. Обращала на себя внимание относительная бедность звукового репертуара на доречевом этапе развития, ставшая очевидной при наблюдении в динамике и сравнении пробандов с другими детьми. Собственно аутистические нарушения у большей части детей возникали позже, по регрессивному типу, чаще в возрасте от 1 до 2,5 лет. Анализ анамнестических данных показывает ранние токсикозы у 80% матерей детей с РАС во время беременности, в 30% – токсикозы второй половины беременности и угроза прерывания беременности. У 20% матерей на фоне беременности возникали психические нарушения, обострения соматических заболеваний: заболевания сердечно-сосудистой и дыхательной систем, анемия, пиелонефрит, ЖКТ, ВСД. Патологические роды (стремительные и затяжные, стимуляция родовой деятельности, оказание акушерских пособий, оперативные роды) встречались в 25%, гипоксические поражения плода – в 10%, низкая масса тела при рождении (от 2 340 до 2 900 г) и морфофункциональная незрелость – в 15% случаев.

Заключение. Полученные результаты подтверждают гипотезу о том, что патология развития и эмбриогенез на фоне несбалансированного влияния факторов риска и антириска создают условия для развития симптомов РАС.

Список литературы

1. Ньюкиктъен Ч. Детская поведенческая неврология. Т. 1-2. М.: Теревинф, 2018. 288 с.
2. D'Agati E, Pitzianti M, Curatolo P, Pasini A. Scientific evidence for the evaluation of neurological soft signs as atypical neurodevelopment markers in childhood neuropsychiatric disorders. J Psychiatr Pract. 2018 Jul;24(4):230-238. doi: 10.1097/PRA.0000000000000312. PMID: 30427806.
3. Fish B. Language and communion in schizophrenia. New York, 1978:187.

Особенности аутоагрессивного поведения в детском и подростковом возрастах

**Шушпанова О.В., Балакирева Е.Е., Коваль-Зайцев А.А., Якупова Л.П., Никитина С.Г., Куликов А.В., Иванов М.В., Блинова Т.Е., Шалина Н.С. ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»
Москва, Россия**

Аутодеструктивное поведение (АДП) несуицидального характера у детей и подростков приобретает масштабный характер и является актуальной проблемой в психиатрии за последние несколько лет [1]. АДП может послужить почвой и является угрозой возникновения суицидальных попыток среди пациентов детского и подросткового возрастов [2].

По современным данным, АДП манифестирует в рамках таких нозологий, как психозы и биполярное расстройство, тревожные и депрессивные расстройства средней и тяжелой степени [(2, 3)] по DSM-IV и МКБ-10.

Цель: исследование клинических, патопсихологических и нейрофизиологических закономерностей АДП у детей и подростков в рамках психопатологических нарушений шизофренического спектра.

Пациенты и методы. Исследование проходило в отделе детской психиатрии клиники ФГБНУ НЦПЗ. В исследование вошли больные с явлениями АДП (наличие выраженных самоповреждений различного характера). Выборку составили пациентки ($n=25$) 12-17 ($14,15\pm 0,95$) лет с диагнозами: F25.18, F21.4, F20.3. Методы исследования: клиничко-психопатологический, психометрический, патопсихологический. Нейрофизиологические исследования (ЭЭГ) проводились со спектральным анализом и топографическим картированием.

Результаты. АДП манифестировало на пике остроты состояния у больных с галлюцинаторно-бредовой, психопатоподобной патологией влечений и негативной симптоматикой на фоне стойкого тревожно-депрессивного аффекта средней/тяжелой степени. АДП с нанесением выраженных повреждений в виде порезов, ожогов, ушибов, укусов отмечалось у всех больных. Преобладал (100%) депрессивный аффект с тревогой, идеями самообвинения и неполноценности, реже выявлены галлюцинаторно-бредовая симптоматика с ощущением преследования, зрительными и/или слуховыми псевдогаллюцинациями ($n=21$, 84%), расстройства влечений с поисковым поведением (эпизоды курения, употребления алкоголя, принадлежность к субкультурам, интерес к теме смерти, получение удовольствия от вида крови и просмотра видеозаписей жестоких сцен) ($n=8$, 32%), половые перверсии ($n=4$, 16%). У 16 больных (64%) обнаружены нарушения мышления, у 10 (40%) – расстройства приема пищи, у 3 (12%) – деперсонализационно-дереализационная симптоматика (нереальность происходящего, ощущение «чужого» тела или его конечностей). У всех пациенток нарастала негативная симптоматика в виде апатоабулических расстройств, потери энергетического потенциала, эмоционального обеднения, когнитивного снижения. Данные психометрического обследования продемонстрировали повышение суммарных баллов по шкалам: PANSS – $102,5\pm 18,2$, HDRS – $31,1\pm 13,3$, HARS – $18,2\pm 8,4$, CGI-S – $6,2\pm 0,8$, что соответствовало остроте состояния больных на момент исследования. Патопсихологический анализ выявил искажение психического развития по диссоциированному типу, специфические нарушения мышления, дефицитарность эмоционально-волевой сферы, социальную дезадаптацию. В ЭЭГ зарегистрированы дезорганизованный сниженный α -ритм и повышение β -ритма, что расценивалось как маркер остроты психопатологических проявлений, диффузное преобладание в ЭЭГ медленных θ - и δ -ритмов указывало на формирование когнитивного дефицита в результате заболевания.

Выводы. АДП у детей и подростков наиболее характерно для девочек пре- и пубертатного возрастов и является маркером остроты психопатологических расстройств, что отражается в данных психометрической оценки и изменениях нейрофизиологических показателей. АДП с нанесением выраженных самоповреждений выступает в рамках расстройств шизофренического спектра и сочетается с острой психотической симптоматикой и негативными изменениями. Своевременная диагностика АДП сокращает дальнейший риск возникновения суицидального поведения.

Список литературы

1. Хуторянская Ю.В., Поздняк В.В., Гречаный С.В. Несуицидное самоповреждающее поведение у подростков. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2022. Т. 122, № 12. С. 105-110. doi: 10.17116/jnevro2022122121105
2. Whitlock J, Muehlenkamp J, Eckenrode J, Purington A, Baral Abrams G, Barreira P, Kress V. Nonsuicidal self-injury as a gateway to suicide in young adults. J Adolesc Health. 2013 Apr;52(4):486-92. doi: 10.1016/j.jadohealth.2012.09.010. Epub 2012 Dec 3. PMID: 23298982.
3. Meerwijk EL, Parekh A, Oquendo MA, Allen IE, Franck LS, Lee KA. Direct versus indirect psychosocial and behavioural interventions to prevent suicide and suicide attempts: a systematic review and meta-analysis. Lancet Psychiatry. 2016 Jun;3(6):544-54. doi: 10.1016/S2215-0366(16)00064-X. Epub 2016 Mar 24. PMID: 27017086.

Особенности дисрегуляции гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы, ассоциированной с пароксизмальными и компульсивными расстройствами у русских и тувинских наркологических пациентов **Шушпанова Т.В., Бохан Н.А.** **НИИ психического здоровья, ТНИМЦ Российской академии наук** **Томск, Россия**

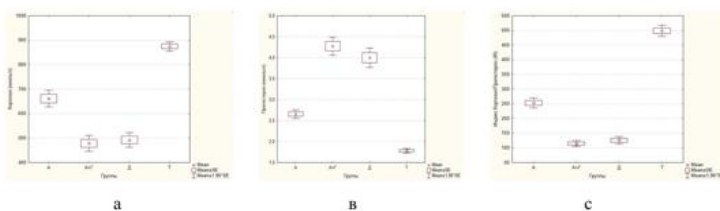
Хроническая алкогольная интоксикация характеризуется выраженным клиническим полиморфизмом и индивидуальной чувствительностью к алкоголю в связи с особенностями биохимической конституции. Учитывая экологические, социальные и этнокультуральные факторы в развитии алкогольной зависимости (АЗ), изучение определенных маркёров, связанных с конституциональными особенностями влечения к алкоголю у лиц разной этнической принадлежности, имеет значение для формирования новых подходов к профилактике и лечению АЗ и поиску новых эффективных фармакологических средств терапии. Интегрированный клинико-биологический подход в проведении исследований по изучению расстройств, вызванных употреблением алкоголя у лиц различной этнической принадлежности, используется для разработки эффективных стратегий терапии.

В связи с этим необходимы дополнительные исследования для выявления клинко-биологических особенностей и молекулярных мишеней, лежащих в основе индуцированной алкоголем зависимости. Одной из предрасположенностей формирования алкогольной аддикции является нарушение баланса процессов возбуждения и торможения в головном мозге, приводящее к гипервозбудимости ЦНС, что повышает риск развития АЗ. Система контроля гомеостаза и нейроэндокринная система тесно связаны с таким явлением, как индивидуальная толерантность и степень уязвимости человека к алкоголю, особенно в этнических популяциях. Оптимизация нарушенного гомеостаза во время (или после) острого или хронического потребления этанола обеспечивается специфическим механизмом модуляции эндогенных нейростероидов, что может оказаться полезной фармакотерапевтической стратегией в борьбе со злоупотреблением алкоголем и АЗ.

Хроническое потребление алкоголя и алкогольная абстиненция повышают уровень анксиогенного нейроактивного гормона кортизола, связанного с повышенной стрессогенной функцией. В основе патогенеза некоторых неврологических и психических расстройств (эпилепсии, бессонницы, состояния тревоги, алкоголизма) лежит нарушение функции ГАМК_A-рецепторов в мозге, вызванное измененными уровнями нейроактивных стероидов, таких как прогестерон и его метаболиты, кортизол. Хроническое воздействие алкоголя и стойкое повышение уровней АКТГ и кортизола приводят к нейрональным изменениям, индуцированной нейропластичности медиаторных систем мозга и повышенной чувствительности к стрессу. Это провоцирует развитие большей уязвимости к действию алкоголя и, как следствие, высокий риск формирования патологического влечения к алкоголю, быстрый темп развития алкоголизма и высокопрогредиентное течение алкогольной болезни. При таком течении болезни в комплексной терапии эффективны противосудорожные средства, в настоящее время широко используются антиконвульсанты прегабалин и карбамазепин, хорошо переносимые больными, но являющиеся импортными препаратами. Показанием для назначения антиконвульсанта галодиф в комплексной терапии больных АЗ явились клинические проявления патологического влечения к алкоголю с отчетливо периодическим характером, насыщенно аффективной окраской и признаками пароксизмальности. Галодиф назначали в дозировке 300 мг в сутки (100 мг 3 раза в день) в абстинентный и постабстинентный периоды при различной степени выраженности аффективной симптоматики (компульсивных, пароксизмальных, дистимических и дисфорических нарушений), длительность курса составила 21 день. У больных АЗ тувинской национальности выявлены более глубокие сдвиги в повышении уровней АКТГ и кортизола по сравнению с этническими русскими пациентами, что связано с высоким риском развития АЗ и высокопрогредиентным течением болезни.

У пациентов тувинской национальности статистически значимо более выраженный фоновый уровень дисрегуляции гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси, является предиктором формирования АЗ. Показатель соотношения кортизол/АКТГ в сыворотке крови больных АЗ этнических русских и тувинцев статистически значимо (в 1,5 раза) отличается от показателя у здоровых лиц. Содержание прогестерона в сыворотке крови статистически значимо ниже у пациентов по сравнению с концентрацией в контрольной группе, более низкие уровни прогестерона выявлены у тувинцев. Индекс соотношений кортизол/прогестерон статистически значимо выше у тувинцев по сравнению с русскими. У пациентов тувинской национальности обнаружены значительно более глубокие сдвиги в балансе нейроактивных стероидов, связанные с высоким риском развития АЗ и прогрессивным течением болезни.

Уровни нейроактивных гормонов: кортизола, прогестерона и индекса их соотношений у больных алкоголизмом в различных этнических группах



Группы: А - больные алкоголизмом русские до лечения галодифом; А + Г - больные алкоголизмом русские после лечения галодифом; Д - русские, здоровые добровольцы; Т - тувинцы, больные алкоголизмом

Рис. 1. Статистический анализ уровней нейроактивных гормонов: кортизола (а), прогестерона (в) и индекса их соотношений (с) у больных алкоголизмом в различных этнических группах

Выводы. Выявленное изменение уровней нейростероидов и индекса их соотношений служит прогностическим маркером при проведении лечения и реабилитации пациентов с АЗ, особенно пациентов тувинской национальности, у которых уровни нейростероидов и их баланс в значительной мере отражают тяжесть течения заболевания по сравнению с пациентами русской национальности. Психофармакотерапия, корректирующая данное состояние, является патогенетически направленной и повышает эффективность общего алгоритма лечения, препятствует рецидивированию заболевания и прогрессивной динамике алкогольной зависимости, что является особенно важным в аспекте экологических проблем человека в тувинском этносе и, возможно, в других популяциях коренных народов Севера, Сибири и Дальнего Востока.

Трудности в психотерапии депрессивных состояний у подростков

Щедринская О.М.

АНО «Институт интегративной семейной терапии»

Москва, Россия

По оценкам ВОЗ (2023), депрессией страдает 5% взрослого населения мира, что делает это расстройство самым распространенным заболеванием ментальной сферы. Среди подростков распространенность депрессии и других форм расстройств настроения, как правило, выше, чем среди взрослого населения, в зависимости от страны и используемого инструмента для выявления симптомов депрессии уровень варьируется от 5 до 38% [1]. По данным ряда исследований, качество семейного взаимодействия оказывает большое влияние на процесс реабилитации детей и подростков с широким кругом ментальных нарушений, включая заболевания аффективной сферы [2, 3]. Взаимодействие с семьей подростка с депрессивными проявлениями и с самим подростком может иметь ряд уникальных сложностей для практикующего психолога.

Цель: исследование трудностей специалистов и поиск путей оптимизации процесса психотерапии (психолого-педагогической коррекции, психосоциальной реабилитации) депрессивных состояний у подростков.

Материалы и методы. Для исследования особенностей консультирования подростков с жалобами на депрессивное состояние был проведен анонимный электронный опрос среди специалистов (n=153), работающих с указанной целевой аудиторией. Из них 93,5% имеют высшее психологическое образование, 6,5% имеют иное образование в сфере помогающих профессий (социальная работа, медицина, педагогика). Опрошенные указали стаж работы по специальности: более 15 лет – 25,5%, от 10 до 15 лет – 23,5%, 7-9 лет – 11,1%, 4-6 лет – 16,3%, менее 4 лет – 23,6%. Респонденты сообщили о частоте обращений подростков по поводу депрессивной симптоматики в своей практике: 37,3% – 1 раз в месяц, 20,3% – в среднем каждую неделю, 28,8% – 1-2 раза в год, 6,5% – каждый день, 7,2% – отсутствие обращений более 1 года.

Различия в восприятии болезни (состояния) между подростками и их родителями

По мнению большинства опрошенных специалистов, родители указывают на связь депрессивного эпизода у подростков со снижением успеваемости, раздражительностью, конфликтностью, реакциями злости, погружением в виртуальный мир, компьютерные игры. По мнению участников опроса, сами подростки предъявляют жалобы на отсутствие сил, сниженное или подавленное настроение, быструю утомляемость. Родители гораздо реже замечают/признают эти сложности, а подростки с более редкой частотой отмечают как проблемы то, что тревожит взрослых.

Факторы, влияющие на возникновение или усиление депрессивной симптоматики

По мнению опрошенных специалистов, в качестве распространенных причин, усиливающих или провоцирующих депрессивный эпизод, чаще выступают конфликтные отношения в семье (дисгармоничные детско-родительские и супружеские отношения), травля в школе, трудности в отношениях со сверстниками, переезд, подготовка к экзаменам.

Сложности при работе с целевой аудиторией

По мнению респондентов, основными сложностями в работе с подростками являются: отказ некоторых членов семьи (чаще всего родителей) принимать участие во встречах со специалистом, низкая мотивация к занятиям у подростка, вопросы определения стратегии работы и подбора эффективных методов, вопросы разделения ответственности за процесс и результаты психотерапии с членами семьи (в том числе вопросы суицидального риска), неготовность членов семьи и подростка к сотрудничеству с врачом-психиатром, непринятие болезни самим подростком или членами его семьи, а также отсутствие положительного опыта работы в междисциплинарных командах.

Обсуждение. Результаты исследования демонстрируют направления совершенствования моделей комплексной помощи семьям подростков с депрессивными эпизодами и другими формами расстройств настроения. Перед специалистом, оказывающим помощь подростку с аффективными нарушениями и его родителям, будут стоять разнообразные задачи, решение которых во многом зависит от этапности работы, тяжести состояния, различий в восприятии картины болезни членами семьи [2, 4].

Задачи начального этапа сотрудничества специалиста и семьи подростка

Начальный этап работы специалиста начинается с выявления симптомов депрессии [4]. По данным опроса, есть отличие в том, что обозначено как «проблема», с одной стороны, самим подростком, с другой – его законными представителями. Родители чаще замечают «социальные» характеристики депрессивного состояния (снижение успеваемости, конфликтность и протестность в поведении, стратегии «ухода» от проблем с помощью гаджетов), но в большинстве случаев не знают, чем вызваны эти реакции и поведение, могут не верить в слова о плохом самочувствии и списывать происходящее на «лень» и «трудности переходного возраста». В то время как проблемы школьной успеваемости или ухода в виртуальный мир – совершенно реальны и объективны, в случаях депрессивных состояний у подростков важно понимать, что эти проявления – следствие ментального неблагополучия, исследовать другие симптомы и уровень суицидального риска [2, 3]. Соответственно одна из начальных задач практикующего специалиста – обсуждение со всеми членами семьи ситуаций и возможных факторов, влияющих на самочувствие, уровень энергии, мотивацию, настроение, аппетит, сон и другие параметры [2].

В ряде случаев необходимо психобразование с информированием о психофизиологических аспектах, основных критериях постановки диагноза, возможных стратегиях коррекции и лечения у врача-психиатра [2, 3, 4].

Позиция и «ниша» специалиста (психолога, педагога, специалиста по социальной работе) в сопровождении подростка и его семьи

Ряд специалистов в опросе отметили, что не в полной мере понимают занимаемую ими «нишу» при коррекции состояния подростков с аффективными нарушениями. Предложены «универсальные» задачи консультирования, определены позиция и место психолога (педагога, специалиста по социальной работе) при работе с семьей подростка с депрессивным состоянием: 1) помощь в реалистичном отношении к состоянию, необходимость предпринимать усилия для лечения и улучшения состояния, понимание механизмов влияния депрессивного состояния на восприятие, память, внимание и уровень энергии, знание биохимических факторов [5], 2) создание эффективной коммуникации между членами семьи и оптимизация семейного взаимодействия [2]. Эта задача является одной из приоритетных, так как 66,4% специалистов отметили неблагополучие или конфликты в семье как один из ведущих факторов, провоцирующих или ухудшающих состояние подростка. Кроме того, необходимо исследовать степень удовлетворенности подростка качеством общения со сверстниками и при необходимости предложить пути улучшения социальных и коммуникативных навыков, 3) оптимизация стиля жизни и помощь в нормализации витальных аспектов (режим сна, питание, двигательная активность), 4) выявление опасных состояний с точки зрения суицидального риска, 5) обучение «навыкам жизни» с длительным, хроническим и/или резистентным к лечению заболеванием ментальной сферы.

Организация междисциплинарного взаимодействия и снижение уровня стигматизации

По данным опроса, многие специалисты испытывают сложности в организации коррекционного процесса для подростков и их родителей, когда необходимо сотрудничество семьи и специалиста с врачом-психиатром. При этом в соответствии с исследованиями эффективности лечения депрессивных состояний считается, что сочетание психотерапии и фармакотерапии является «золотым стандартом» коррекции расстройств настроения для подростков и взрослых [5]. Именно психолог может помочь преодолеть страх и стигму перед обращением к врачу-психиатру, в частности исследуя убеждения и представления членов семьи относительно лечения, приема препаратов, обращений в профильные организации, предоставляя достоверную научно обоснованную информацию о распространенных заблуждениях, таких как «обязательная постановка на учет и огласка», «недобровольная госпитализация», «побочные эффекты препаратов, которые сделают из человека овощ», «зависимость, которую формируют препараты», помогая подготовиться к эффективному визиту к врачу, например,

совместно составив список жалоб и вопросов, поддерживая дальнейшее лечение и комплаентность через обсуждение и нормализацию тем, которые могут беспокоить родителей и подростка, мотивируя на постоянной основе продолжать терять связь с врачом.

Заключение. Для оптимизация психологической помощи подростку с расстройством настроения и его родителям специалисту необходимо помочь членам семьи в преодолении разницы во взглядах на проблему (состояние), снижать уровень стигмы, организовывать и поддерживать междисциплинарное сотрудничество, способствовать нормализации внутрисемейных отношений и согласованности совместной деятельности, обучить навыкам психологического равновесия в сложных ситуациях.

Список литературы

1. ВОЗ <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/depression>
2. Бебчук М.А. Психология и психотерапия семьи: учебник. Изд-е второе, доп., дораб. М.: Изд-во Городец, 2023. 512 с.
3. Иовчук Н.М., Северный А.А., Морозова Н.Б. Детская социальная психиатрия для психиатров. СПб.: Изд-во Питер, 2008. 416 с.
4. Сивак Е.В., Михайлова О.Р., Поливанова К.Н., Смирнов И.Б. Депрессия у детей и подростков: группы риска, роль школы, рекомендации для учителей и родителей. М.: НИУ ВШЭ, 2022. 46 с.
5. March JS, Silva S, Petrycki S, Curry J, Wells K, Fairbank J, Burns B, Domino M, McNulty S, Vitiello B, Severe J. The treatment for adolescents with depression study (TADS): long-term effectiveness and safety outcomes. Arch Gen Psychiatry. 2007 Oct;64(10):1132-43. doi: 10.1001/archpsyc.64.10.1132. Erratum in: Arch Gen Psychiatry. 2008 Jan;65(1):101. PMID: 17909125.

Отношение часто болеющих детей дошкольного возраста к матери и сверстникам

Щукина А.В.

**Московский государственный психолого-педагогический университет
Москва, Россия**

Актуальность данной темы связана с ежегодно фиксирующимися высокими показателями уровня заболеваемости детей, а также с недостаточной изученностью связи между частотой заболеваний детей дошкольного возраста и особенностями их отношения к матери и сверстникам.

Цель: изучить особенности отношения часто болеющего ребенка к матери к сверстникам.

Материалы и методы. В исследовании участвовали 40 пар матерей и детей 5-7 лет из полных и неполных семей, проживающих на территории Москвы и Московской области. Основная группа – 22 пары матерей с часто болеющим ребенком (11 девочек и 11 мальчиков), контрольная группа – 18 пар матерей с нормотипичным ребенком (11 девочек и 7 мальчиков).

Обследование проведено с помощью опросников: Анализ семейных взаимоотношений (Эйдемиллер Э.Г., 1990), Семейный тест отношений (Антони Д., Бене Е., 1957, адаптированный вариант Марковская И.М., 2000), Фильм-тест (Жиль Р., 1959, адаптация Гильяшева И.Н., Игнатъева Н.Д., 1972) и анкеты для родителей Отношения ребенка со сверстниками.

В настоящее время хронические соматические заболевания у детей, в том числе частые респираторные заболевания, имеют широкое распространение. По последним данным, острые респираторные инфекции занимают первое место в структуре заболеваемости детей дошкольного возраста (Самсыгина Г.А., Выжлова Е.Н., 2016; Майоров Р.В., 2021); в возрасте от 3 до 6 лет у детей нарастает распространенность хронической патологии органов дыхания. В российской педиатрической практике к группе часто болеющих детей (ЧБД) по критериям А.А. Баранова, В.Ю. Альбицкого (1986) на основании частоты ОРЗ и возраста ребенка относят детей, болеющих острыми респираторными заболеваниями (ОРЗ). Эти критерии позволяют причислить к группе ЧБД детей 5-7 лет, если частота эпизодов ОРЗ составляет 4 и более раз в году. К факторам, влияющим на частоту заболеваний ОРЗ у детей дошкольного возраста, описанным в литературе, относят особенности иммунной системы, анатомии и физиологии дыхательных путей у детей, психологические и межличностные особенности развития детей. Взаимосвязь между психологическими аспектами и здоровьем детей является актуальной темой исследования. Основными факторами, воздействующими на физическое и психическое здоровье ребёнка, являются характер отношений внутри семьи, родительское отношение матери, отношение ребенка к матери. Многие исследователи считают, что психологические факторы могут оказывать значительное влияние на иммунную систему детей и, следовательно, на их склонность к заболеваниям (Михайленко А.А., 2011; Майоров Р.В., 2021). Стресс, тревожность, низкая самооценка, проблемы в общении и другие психологические факторы могут ослабить иммунную систему ребенка, делая его более уязвимым к инфекциям. Поэтому важно рассматривать не только физиологические аспекты заболеваний, но и психологические особенности часто болеющих детей.

Характеризуя степень научной разработанности проблематики особенностей отношения детей к матери и сверстникам, следует отметить, что данная тема уже исследовалась разными авторами. Тем не менее при изучении литературы и источников отмечается недостаточное количество полных и явных исследований тематики особенностей отношения к матери и сверстникам часто болеющих детей в сравнении с нормотипичными детьми. Полученные нами данные о влиянии особенностей отношения ребенка к матери на его отношение к сверстникам могут быть полезны психологам, педагогам, социальным и медицинским работникам для разработки практических рекомендаций в работе с семьей и с детьми.

Результаты. Сравнительный анализ родительской позиции матерей и отношения к матери детей из двух групп подтверждает, что отношение часто болеющих детей дошкольного возраста к матери отличается более выраженным восприятием родительской позиции матери как гиперопекающей по сравнению с отношением к матери нормотипичных детей дошкольного возраста. В группе часто болеющих детей эмоциональная включенность матери в отношения с ребенком и материнская гиперопека выражены выше, чем в контрольной группе. Это говорит о том, что часто болеющие дети чувствуют со стороны матери большую гиперопеку, потворствование своим желаниям, минимальность ограничений и обязанностей. Сравнительный анализ межличностных отношений детей из двух групп обосновывает гипотезу о том, что особенности отношения часто болеющих детей дошкольного возраста к матери связаны с особенностями отношения ребенка к сверстникам: при выраженности гиперопекающей позиции матери отношение к другу для ребенка является менее значимым, соответственно он имеет меньшее количество друзей.

Выводы. Показана связь между частотой заболеваний ОРЗ и особенностями отношения ребенка к матери и сверстникам. Отношение ребенка к матери изменяется с повышением частоты эпизодов ОРЗ за год, что проявляется в восприятии матери как гиперопекающей и создает условия для большей эмоциональной включенности в отношения с матерью и в то же время для снижения значимости отношений со сверстниками и количества друзей у часто болеющих детей в отличие от нормотипичных.

Список литературы

1. Арина Г.А., Коваленко Н.А. Часто болеющие дети. Какие они? Школа здоровья. 1995. Т. 2, № 3. С. 116-125.
2. Булыгина М.В. Особенности коммуникации между матерью и ребенком с хроническим соматическим расстройством (на примере гастропатологии): автореф. дис. ... к.п.н. М., 2007. 26 с.
3. Доманецкая Л.В. Особенности общения с родителями часто болеющего ребенка старшего дошкольного возраста как условие улучшения его соматического статуса: автореф. дис. ... к.п.н. Томск, 2011. 24 с.
4. Прохорова А.А. Зарубежные исследования сверхвключенного типа родительства («overparenting»). Современная зарубежная психология. 2019. Т. 8, № 4. С. 16-24. doi: 10.17759/jmfp.2019080402
5. Шельшакова Н.Н. Межличностные отношения детей старшего дошкольного возраста с хроническим заболеванием. Психология. Историко-критические обзоры и современные исследования. 2021. Т. 10, № 1-1. С. 7-12. doi: 10.34670/AR.2021.55.62.001

Родительская позиция матери и отношения со сверстниками часто болеющих детей дошкольного возраста**Щукина А.В.****Московский государственный психолого-педагогический университет
Москва, Россия**

По последним данным, острые респираторные инфекции занимают первое место в структуре заболеваемости детей дошкольного возраста [1, 2]. В отечественной педиатрической практике к категории часто болеющих (ЧБД) относят детей, болеющих острыми респираторными заболеваниями 4 и более раз в год, согласно критериям, предложенным А.А. Барановым и В.Ю. Альбицким (1986). К факторам, влияющим на частоту заболеваний ОРЗ у детей дошкольного возраста, относят особенности иммунной системы, анатомии и физиологии дыхательных путей, психологические и межличностные особенности развития детей. Взаимосвязь между психологическими аспектами и здоровьем детей является важной и актуальной темой исследования. Одним из основных факторов, воздействующих как на физическое, так и на психическое здоровье ребенка, является характер детско-родительских отношений, в особенности стиль отношений ребенка с матерью. Часто болеющий ребенок, как правило, является объектом повышенного внимания и заботы матери [2, 3, 4].

Цель: изучить особенности родительской компетентности матери и отношения со сверстниками часто болеющих детей дошкольного возраста.

Материалы и методы. Проведено обследование 40 пар «мать – ребенок 5-7 лет», жителей Москвы и Московской области. Основную группу (ЧБД) составили 22 пары «мать и часто болеющий ребенок» (11 девочек, 11 мальчиков), в контрольную группу (КГ) вошли 18 пар матерей с нормотипичными детьми (11 девочек, 7 мальчиков). Обследование проводили по опросникам: Анализ семейных взаимоотношений (Эйдемиллер Э.Г., 1990), Семейный тест отношений (Антони Д., Бене Е., 1957, адаптированный вариант Марковская И.М., 2000), Фильм-тест (Жиль Р., 1959, адаптация Гильяшева И.Н., Игнатьева Н.Д., 1972) и с помощью анкеты для родителей Отношения ребенка со сверстниками. Для обработки данных использовались методы математической статистики и статистические критерии: U Манна-Уитни, χ^2 Пирсона, ранговой корреляции Спирмена (r).

Результаты. Потворствующая гиперпротекция статистически значимо ($p=0,001$) чаще (45,5%) выявлена у матерей основной группы, в контрольной группе данного типа воспитания не выявлено. Среди особенностей воспитания у матерей основной группы в большей мере выражены потворствование, недостаточность требований, частичное освобождение от обязанностей, минимальность санкций ($p<0,01$). Кроме того, у них более выражены фобии утраты ребенка, неразвитость родительских чувств и проекция нежелательных качеств на ребенка ($p<0,05$).

Анализ отношений со сверстниками показал, что дети из основной группы статистически значимо ($p < 0,05$) имеют меньшее количество друзей и более низкий уровень социальной адекватности поведения, чем дети контрольной группы. Согласно ответам матерей, часто болеющие дети значимо реже иницируют знакомство с другими детьми. Так, 18% детей в ситуации знакомства предпочитают не реагировать на обращение сверстников и продолжают оставаться рядом с матерью. На уровне тенденции выявлено, что уровень конфликтности детей основной группы выше, чем у детей контрольной группы ($p = 0,091$). По результатам обследования по методике Фильм-тест 27,3% матерей основной группы отмечали, что их дети часто провоцируют конфликты с другими детьми, в то время как матери контрольной группы статистически значимо ($p < 0,034$) чаще сообщали о низкой конфликтности детей, их стремлении избегать проблематичные ситуации, об отсутствии у них склонности к провокации ссор между детьми.

Корреляционный анализ выявил статистически значимые ($p < 0,01$) связи детско-материнских отношений и особенностей отношений ребенка со сверстниками: между материнской гиперопекой, чрезмерной эмоциональной связью матери и ребенка и низкой включенностью ребенка в отношения с другими: отцом, сиблингом, сверстниками. Выраженная гиперпротекция матери связана со снижением уровня общительности и доминирования и повышением стремления у детей к отгороженности.

Выводы. Часто болеющие дети воспитываются в условиях чрезмерной заботы матери. Гиперопека и гиперпротекция матери как бы замыкает отношения ребенка на ней и не позволяет выстроить конструктивные отношения с другими, особенно во внесемейном пространстве [5]. Следствием таких отношений с матерью являются неуверенность ребенка, низкая адекватность социального поведения, неумение выстраивать конструктивные отношения со сверстниками. С другой стороны, частые респираторные заболевания позволяют ребенку ограничить контакты со сверстниками и снизить тревогу, связанную с низкой коммуникативной компетентностью и стеснительностью. Ребенок остается под опекой матери, привычной, понятной и предсказуемой. Таким образом, частые респираторные заболевания могут нести вторичную выгоду как для ребенка, так и для матери, а также сопряжены с искажением ситуации развития ребенка, его инфантилизацией.

Список литературы

1. Самсыгина Г.А., Выжлова Е.Н. Еще раз о проблемах понятия «Часто болеющие дети». Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского. 2016. Т. 95, № 4. С. 209-215.
2. Майоров Р.В., Нежданова Е.В., Озерова И.В. Тип взаимоотношений в семьях детей, часто болеющих респираторными заболеваниями. Тверской медицинский журнал. 2021. № 5. С. 43-49.

3. Арина Г.А., Коваленко Н.А. Часто болеющие дети. Какие они? Школа здоровья. 1995. Т.2, № 3. С. 116-125.
4. Шельшакова Н.Н. Межличностные отношения детей старшего дошкольного возраста с хроническим заболеванием. Психология. Историко-критические обзоры и современные исследования. 2021. Т. 10, № 1-1. С. 7-12. doi: 10.34670/AR.2021.55.62.001
5. Бульгина М.В., Мячина Е.Л. Эмоциональная близость матери и ребенка дошкольного возраста как фактор, влияющий на его отношения со сверстниками. Психологическая наука и образование. 2017. Т. 22, № 6. С. 118-129. doi: 10.17759/pse.2017220611

Психологические предикторы психического здоровья семьи

Юров И.А.

Сочинский государственный университет

Сочи, Россия

Психическое здоровье семьи зависит от многих психологических факторов: дружбы, общения, любви, психологии добрачных отношений, оптимального и гармоничного выполнения основных функций семьи: репродуктивной, воспитательной, хозяйственно-бытовой, материальной, духовной, социальной, сексуально-эротической, рекреационной, регенеративной, эмоционально-психотерапевтической. Супружеские отношения отличаются от дружеских рядом параметров, включающих механизмы возникновения, развития и распада этих связей. Дружеские отношения с начала до конца остаются неофициальными. Факт их существования определяется только потребностью партнеров сохранять отношения. Другое дело супружеские отношения: это выполнение функций семьи, ролевое поведение, чувство долга и гражданская ответственность [1]. Будущее психическое здоровье семьи зависит и от добрачных отношений жениха и невесты. Добрачные отношения молодых людей включают в себя социально-психологические механизмы, такие как восприятие человека человеком, дружбу, флирт, ухаживание, уровни совместимости (психофизиологический, психологический, социально-психологический, социокультурный), сплоченность, ценностные ориентации и нормы, понимание друг друга, выполнение социально-психологических ролей и структурных функций, стиль общения, психологическое самочувствие, диапазон приемлемости. Отдельными аспектами являются эротическое поведение, любовь как высшая степень эмоциональной привязанности, установки на добрачные связи, семью и детей, влияние массивных явлений (социальные и национальные особенности, нравы, обычаи, массовая культура, привычки, подражание кумирам, массовое сознание, настроение, некритическое восприятие чужих убеждений и установок, мода на соответствие с референтной группой, внушения, имитации).

Восприятие представителей противоположных полов состоит из самооценки и оценки качеств другого человека по принципам привлекательности-непривлекательности (оценка возраста, телосложения, внешности, сексуальной заинтересованности), симпатии-антипатии (манеры, речь, стиль общения, внешняя и внутренняя культура), эмпатии-нонэмпатии (сочувствие, сопереживание, содействие).

Психофизиологический уровень добрачных отношений партнеров проявляется в виде психофизиологических реакций, эротических игр и поведения: взглядов, мимики, пантомимики, поцелуев, объятий, прикосновений, флирта. Чувственно-половое влечение превалирует у молодых мужчин, что проявляется в большей значимости для них физической привлекательности женщины. Физическая сторона влечения у девушек выражена значительно слабее, возможно, за исключением лиц сильного типа половой конституции. Показано, что более 80% невест, вступая в брак в молодом возрасте и испытывая сильные и нежные чувства к своему избраннику, не отмечают у себя настоятельной потребности в половой близости [2]. К психофизиологии и психогигиене взаимоотношения полов относятся также сексуальный сценарий поведения, петтинг, фелляция и куннилингус. Сексуальный сценарий – это план, на основе которого люди могут предвосхищать и оценивать в данный, конкретный момент свое сексуальное поведение и сексуальное поведение окружающих.

Цель психологического контакта – создать особую психологическую атмосферу между партнерами, которая поддерживала бы и стимулировала специфические отношения, положительно их окрашивала, способствовала духовному возвышению молодых людей, раскрывала их неповторимую индивидуальность.

К психологии добрачных отношений относится и диапазон приемлемости. Уравнивание диапазонов приемлемости мужчины и женщины – процесс, требующий уважительного отношения к чувствам каждого, большого такта и взаимного доверия. Социально-психологическая совместимость предполагает согласованность семейно-жизненных ценностей и установок на семью, брак, рождение детей, выполнение функций и социально-психологических ролей, лидерство в семье, бюджет и досуг будущих супругов.

Социокультурный уровень добрачных отношений партнеров включает духовную направленность и мотивацию поведения. Как считают психологи, чтобы заключить брак, нужно как минимум познакомиться. Специальные исследования свидетельствуют, что из 100 супругов 20 знакомятся в местах отдыха, 16 – на работе, 11 – в вузе или техникуме, 10 – на разного рода вечерах и вечеринках, 8 – в совместной волонтерской деятельности, 7 – в спортклубах (бассейнах и т.п.), 6 – в общежитиях, 5 – с помощью родственников, у остальных – случайные знакомства в разных местах.

Интерес представляют и данные о сроках знакомства будущих супругов. Установлено, что из каждых 100 новобрачных 36 были знакомы до свадьбы полгода, 29 – от полугода до 1 года, 23 – от года до 2 лет, 12 – 3 года и более. При прочих равных условиях сверстникам легче понять друг друга, найти общее, поэтому браки с большой разницей в возрасте супругов относительно редки, причем если они заключены не по контракту, распадаются чаще. К факторам риска брака относится продолжительность знакомства до брака. В равной мере вредны крайности: знакомства, не превышающие полгода, создают такой же риск, как и те, что оказываются слишком продолжительными (около и более 3 лет), потому что снижают эмоциональность в браке. Оптимальный срок – полтора года [3]. Тот, кто встречался с будущим супругом 1 раз в неделю или реже, разводится чаще, чем жених и невеста с более тесными и частыми контактами. Они не успели узнать друг друга, не поняли на личном опыте приемлемые и раздражающие черты характера будущих супругов. Теплота и сердечность отношений до брака, желание помогать друг другу повышают психическую устойчивость семьи, как и присутствующие изначально симпатия, эмпатия, любовь, забота и одобрение брака родителями жениха и невесты [1].

Важное значение в системе добрачных отношений будущих супругов имеет сексуальное поведение (флирт, поцелуи, прикосновения, объятия). Возбуждение и интимность невозможны без поцелуев и других интимных форм поведения. Установлены социокультурные и психофизиологические различия в сексуальности мужчин и женщин. Экстенсивность мужского сексуального поведения проявляется в относительно раннем его начале, в большем числе партнеров и их сменяемости, в меньшей эмоциональной вовлеченности и интимности. Женская сексуальная удовлетворенность больше связана с нежностью и экспрессивным созвучием с партнером.

С целью выяснения адекватности нравственному и социальному идеалам спутника(-цы) жизни на добрачной консультации был задан вопрос: соответствует ли ваш избранник (-ца) вашему идеалу? Ответы распределились следующим образом: да, соответствует – 83,8%, соответствует, но не совсем – 16,2%. Неполное соответствие идеалу свидетельствует не только о критическом отношении к избраннику (-це), сколько о росте уровня притязаний, повышенной требовательности к любви и любимому человеку. Интересно сопоставление характера ответов с образовательным уровнем: ответили, что их избранник (-ца) не полностью соответствует идеалу 29% лиц с высшим образованием, 18,5% со средним образованием, 10% с неполным средним образованием. 43,2% опрошенных предполагали, что любовь сама по себе будет определять семейное счастье и прочность брака (эмоциональная или эмоционально-половая ориентация). Подобная установка есть фундамент сложных семейных отношений, именно благодаря ей становятся реальными прочие условия счастливого и стабильного брака:

общность взглядов, взаимопонимание, равноправие и взаимное уважение, т.е. то, что является следствием любви. Преимущественно рациональную ориентацию обнаружило 32,7% опрошенных, 21,2% респондентов считали, что главное условие стабильного брака – равноправие и уважение. Более четверти молодых женщин назвали эти психологические факторы главным условием психического здоровья супружества [4].

Таким образом, сформированная нравственность положительно влияет на психосексуальное поведение будущих супругов. Признание за супругом свободы выбора, взятие на себя ответственности за создание семьи и выполнение супружеских обязанностей, адекватное распределение семейных функций и ролей, внимание и забота друг о друге, формирование гражданских ценностных ориентаций, оптимального уровня притязаний и поведенческой мотивации – всё это является предиктором будущей благополучной и психически здоровой семейной жизни.

Список литературы

1. Юров И.А. Психология брака и семьи. М.: Русайнс, 2021. 136 с.
2. Свядош А.М. Женская сексопатология. М.: Изд-во «ШТИНЦА», 1991. 176 с.
3. Юров И.А. Психология индивидуальности. М.: Русайнс, 2021. 172 с.
4. Юров И.А. Благополучие в семейно-брачных отношениях. Актуальные вопросы благополучия личности: психологический, социальный и профессиональный контексты. Сборник материалов Всероссийской научно-практической конференции. Ханты-Мансийск, 2022. С. 240-244.

Методологическая проблема фенотипирования в психиатрической генетике

Языков К.Г.

**Национальный исследовательский Томский государственный
университет
Томск, Россия**

Генетические исследования в психиатрии рефлексированы в отношении понятийного аппарата психологии применительно к проблеме определения фенов (признаков) и фенотипического комплексирования. Методологически проблема имеет широкий и узкий контексты. В широком контексте имеет смысл говорить о проблемах в области систематики, классификации и языка психиатрии. В узком плане проблема связана с разработкой эмпирических подходов и методов обнаружения фенов. Теоретические положения были намечены еще К. Ясперсом в фундаментальном труде «Общая психопатология», где он отмечает, что «теоретические проблемы психиатрии, в том числе в областях нозологии, антропологии, этики, эпистемологии и методологии, могли бы быть плодотворно решены путем повторного изучения классических текстов, в их дальнейшем развитии и адаптации для психиатрии 21-го века».

Ясперс предупреждал о неприемлемости церебрального редукционизма, который совмещается с когнитивизмом, а именно психологического направления с нейробиологией. Наиболее активно изучаемая область когнитивной генетики в психиатрии – это генетика психических заболеваний. В развернутом виде она предстает как эпидемиологическая психиатрическая генетика, вбирающая в круг исследуемых тем большинство представленных областей. Отдельно следует выделить проблему существования фенотипов (фенокомплексов) и языка их описания. Н.В. Тимофеев-Ресовский и др. предложили выделение фенетики как отдельного направления в популяционно-генетических исследованиях. Отметим, и более широкого эпидемиологического. Существует несколько важных вопросов, касающихся психологических и психопатологических признаков человека. Наиболее важным представляется вопрос – насколько глубоко описано разнообразие состояний в естественных языках и насколько они соответствуют друг другу. Имеют ли они обозначения и соответствия друг другу в разных языках описания? Существует ли единообразие в соответствии с конвенционально принятым классификационным стандартом? Возможно ли принятие унификации и фенотипического образца? Насколько продуктивен поиск в гипотетическом «унифицированном фенотипе» биологического обоснования? Какова методология исследования психологических признаков? Какая философская позиция будет перспективой для обоснования эмпирических подходов? Как рассматривать психопатологические признаки (симптомы) с позиции причин их изучения возникновения?

Существенными являются онтологические вопросы, касающиеся психологической реальности. Утверждается, что «единственным философом, разработавшим наиболее полно теорию онтологического вопроса (не только в когнитивном и метафизическом, но и в семиотическом аспектах), был Чарлз Пирс» [1]. «Пирс различал «динамический» и «непосредственный» объекты. Непосредственный объект – это объект в знаке, зависящий от репрезентации в знаке, а динамический объект – это объект вне знака, способный побудить знак к репрезентации. При этом знак может не выражать динамический объект, а только указывать на него». И далее автор обращается к Умберто Эко: «...как пишет Эко: «Мы создаем знаки, поскольку есть что-то, что должно быть сказано. Это «что-то» – и есть динамический объект, по Пирсу. Это «что-то» лежит в сфере до интерпретации и даже до восприятия. Это «что-то» мы и называем бытием» (Ibid, с. 37).

Вторая проблема объективности в психопатологии связана с определением ключевых психопатологических понятий, которая «...одна из наиболее сложных и актуальных проблем клинической психопатологии» [2]. Присутствует в основном операциональный тип определения понятий, который основывается на наборе действий и выделении дискриминирующих признаков для конкретизации психопатологических феноменов.

Достижение объективности тесно связано с проблемой субъекта. Субъект, особенно в проблеме описания, влияет на объект исследования и результат описания реальности. Идиографический путь психологии в сочетании с развитой формализацией описания фенотипических моделей в генетике находятся в противоречии. Со стороны генетики существует неоправданный редуccionизм и монизм. В явном виде генетический редуccionизм представлен в работах Кендела. Его позиция направлена на придание генетике привилегированного уровня в природе и общей объяснительной стратегии, «которая объединяет явления и предлагает закономерные объяснения» [3]. Известен редуccionизм Ф. Крика: «Все подходы на более высоком уровне сомнительны, пока не подтверждены на молекулярном уровне» (Crick F. *What mad pursuit: a personal view of science*. New York: Basic Books, 1988). Крик полагает, что «как только будут охарактеризованы все соответствующие составляющие молекулы, клетки и взаимодействия, мы поймем функцию, нейробиологическую версию демона Лапласа».

В настоящее время существуют два направления в изучении путей взаимодействия «гены-признаки»: прямой путь от гена к признаку – генотипирование (генотайпинг), и противоположный путь – фенотипирование (фенотайпинг). Известный генетик и методолог В.А. Драгавцев в своих работах постоянно обращается к проблеме «ген-признак». Селекционная работа в растениеводстве привела его к определенному пути решения, преодолению «разрыва» между генами и признаками. Было доказано, что «при смене лимитирующего, лим-фактора внешней среды меняются спектр и число генов, детерминирующих один и тот же количественный признак. Показано, что «количественные признаки ... в разное время детерминируются несколькими генетическими системами» [4]. В селекции выделены главные особенности моделируемых процессов и явлений, которые могут стать основой описания полигенных систем в психиатрической генетике: «... большая часть количественных признаков является основными параметрами состояния, другая, меньшая часть признаков, является результирующими выходами и представляет собой комбинации состояний (чаще всего парные): существенность влияния динамических и статистических характеристик внешних факторов, таких как стохастичность, наличие обратного влияния на них самих организмов (конкуренция), интенсивность и продолжительность воздействия, величина и моменты времени возникновения минимумов и максимумов воздействия (ударов), наличие фаз онтогенеза и их влияние на динамику признаков, наличие спектров генов, управляющих количественными признаками, число которых зависит от факторов внешней среды и за счет которых происходят существенные изменения в динамике количественных признаков» [5].

Утверждается, что «классический менделизм (вместе с генетикой количественных признаков и молекулярной генетикой) описывает не более 10% явлений наследственной передачи, наследственного осуществления и наследственной изменчивости. 40% таких феноменов описывает эпигенетика, в частности её ветвь – экологическая генетика. 60% таких явлений описывают биосимметрическое наследование и эконика [6].

В эмпирических моделях предполагается существование латентных переменных, формирующих симптомы. В сетевой модели совместное возникновение и течение сгруппированных симптомов является свойствами принадлежности к одной сети. Психиатрические симптомы в сетевой модели «вызывают» друг друга, а не являются следствием общей причины. В сетевой модели сеть представлена узлами симптомов, а связи между узлами указывают на взаимную индукцию. Каждый симптом является узлом, а изменение в узле изменяет распределение вероятностей других симптомов, которые связаны с исходным узлом. В широкой модели сеть имеет аутопоэтическую природу. Аутопоэзис (АП) – это динамика и состояние системы. Понятийный аппарат АП является общеметодологическим и метатеоретическим. Отмечается, что «концепция аутопоэзиса объединяет идеи синергетики, эволюционной эпистемологии, конструктивизма и является теоретической основой для исследования процессов на разных уровнях организации природы и социальной жизни» [7]. Известный методолог Чайковский полагает, что АП дает обоснование всем процессам жизни, утверждая, что «выявлена единая основа процесса эволюции – аутопоэз (самосоздание)». Общий «текст» сети рассматривается как «квазиорганизм, обладающий памятью, креативно-когнитивными характеристиками и коммуникативным потенциалом, способным оперировать семиотическими последовательностями» [8]. Создатель вычислительной нейронауки Дэвид Марр, исследуя зрительную проблему «видения», разделил когнитивные теории на три уровня. Нейробиологические теории сосредоточены на нейронных схемах, средний уровень – на структурах данных и алгоритмах. Марр утверждал, что полное теоретическое описание «видения» не будет включать только понимание того, что и как это происходит. Понимание причины зрения и проблемы, которую оно решает для организма, необходимо на самом высоком уровне. Марр обнаружил только две теории на самом высоком уровне: теория языковой «компетенции» Хомского (1965) и «экологическая» теория визуального восприятия Гибсона (1979). Марр считает, что будущий прогресс в когнитивной науке потребует большего внимания ко всем трем уровням.

Список литературы

1. Носачев П.Г. У. Эко: путь от семиотики к онтологии. Вестник Православного Свято-Тихоновского гуманитарного университета. Серия 1: Богословие. Философия. Религиоведение 2008. № 23. С. 33-44.

2. Крылов В.И. Терминологические проблемы общей психопатологии. Психиатрия и психофармакотерапия. 2014. Т. 16, № 1. С. 4-8.
3. Kandel's genetic reductionism. In: Kandel E. *Psychiatry, Psychoanalysis and the New Biology of Mind*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2005.
4. Драгавцев В.А. Проблемы преодоления разрывов между генами и признаками в современной селекции. Известия Тимирязевской сельскохозяйственной академии. 2009. № 2. С. 110-122.
5. Михайленко И.М. Новые направления моделирования в сельскохозяйственной биологии. Агрофизика. 2011. № 1. С. 44-53.
6. Попов Е.Б., Драгавцев В.А., Малецкий С.И. Три кита эконики. СПб. : Издательско-полиграфическая ассоциация вузов, 2020. 132 с.
7. Ласицкая Э.В. Концепция автопоззиса: бытие, познание, деятельность. Известия Саратовского университета. Сер. Философия. Психология. Педагогика. 2011. Т. 11, вып. 4. С. 14-16.
8. Золян С.Г., Жданов Р.И. Геном как (гипер) текст: от метафоры к теории. Критика и семиотика. 2016. № 1. С. 60–84.

Psychological representation of the world of childhood in the radio opera of Soviet composers, 1949-1970: to the problem of female voice and child heroes

Willert E.E., Ivanova O.B.

Universität Paderborn, Institute of Humanities, Department of Historical Musicology, Paderborn, Germany

National Research Tomsk State University, Institute of Arts and Culture Tomsk, Russia

The focus of our article is the question about the role of the female voice in the Soviet radio opera during the early 1970s – in the light of the aesthetics of socialist realism. Special attention is paid in this article to the concept of musical embodiment of the psychological representation of childhood worlds in the “radio opera” in this period. An important aspect of the research is the idea of voice politics as a mechanism for transmitting certain stereotypes and social roles of children and family in the music. Also, of relevance is the fact that the radio opera as a genre developed within the context of radio broadcasting for children (unlike, for example, the German radio opera), and was intended for listening by children. First, I make a small introduction into the context about two children's radio stations – Leningrad and Moscow – and two personalities Svetlana Tihaâ (1924–2011) and Rosa Ioffe (1907–1966). Then I present the contemporary discourse on voice in radio opera and briefly one example about using a female voice as a “sonic-dressing” in the radio opera.

In the texts of musicologist Svetlana Tihaâ on recordings of the Leningrad Children's Radio Board during the mid-50s, I first came across the notion of the 'radio opera', to describe the form of musical radio theatre of that time. The radio

opera is most often based on a literary source. In addition to the declamatory parts, radio operas feature vocal solo and choral pieces. The music plays an illustrating role for the events (mainly using the original sound or its imitation), accompanies the action, and sets the form (for example, as an introduction to the performative pieces). The radio voice is the only method of conveying visual images [1].

Svetlana Tihaâ “raised” several radio composers. She graduated from the musicology department of the Leningrad Conservatoire and invited fellow young composers like Sergei Banevič (1941) and Grigory Portnov (1928–2017) to write music for children's lyrics. After interviews with her younger colleagues from the Leningrad Radio Editorial Board in 2021 in Saint-Petersburg, I concluded that one might consider her the basis of a “Leningrad School” of musical radio broadcasting. As an example of an opera by the Moscow Children's Radio Editorial Board, I want to discuss the work of radio director Rosa Ioffe, who has created more than 100 radio plays [2]. To quote Rosa Ioffe's opinion on the radio theatre: “How do you get a radio production to evoke such a vision in the listeners, how do you make the listener an active participant in the radio play? If you were to expose all the means that exist for the radio director, there are very few. First of all, it is literature, then actors, music, noises, imitation sounds and “natural sounds” of real life. For the word, the writer's chosen word, [...] “is given an expressive power which is found nowhere else” [3].

As I mentioned earlier, the specificity of radio opera is that it works exclusively with audio perception. However, in agreement with the theories of Rolande Barthes, or the research of Oksana Bulgakova, I understand the voice through its corporeality, through its almost facial mimicry [4]. The politics of the radio voice has been an integral part of Soviet broadcasting since its beginnings. The policy of the voice, its introduction into the composition of a radio drama, was regulated by its acoustic properties. For example, female “high” voices were not allowed to read the official news. I will quote the critic, Alexander Sadovsky, on the composition of female and male voices: “A woman's voice, which is used for shaping purely feminine or childlike material, or for any discreet matter at all, should not be allowed immediately after the bass. To smooth out the sound gaps, to harmonize bass with female voices, baritone and tenor are used” [5].

For me, the key parameters of cross-dressing analysis are psycho-acoustic properties, as a timbre (Breast voice, light, metallic), social characteristics as an articulation (in terms of the expression of social class (worker, peasant, intellectual, representative of the authorities) and accent (metropolitan accent, foreign accent), musical parameters such a rhythm and role in the overall sound ensemble. If the 60-70th roles of boys, fairy-tale characters and animals were given often to women with a high voice and actresses performed often so-called “travesty” roles. Let me show you a short example of Soviet radio opera “Tole, Tobole, and the unlearned verb”, by Sergey Banevich (1968). The protagonist is the boy Tolya,

performed by Zinaida Bulgakova. This opera tells the story of a day in the boy's life, who didn't do his home-work. Here you can find the sound: <http://www.staroradio.ru/audio/31506>.

Here is another example of travesty roles, from the radio opera “Chuk and Gek” by Arkady Gaidar (1956): Two boys go with their mother to visit their father, who works far away in the North. The family meets various obstacles on their way, which they overcome. The story's popularity was very high – films and operas were made based on the story. The music to the radio opera was written by the composer Zara Aleksandrovna Levina. The roles of the boys were played by Zinaida Bokareva and Irina Potozkaâ. Here you can find the sound: <http://theatrologia.su/audio/2464>.

Another voice was very popular – the high voice of Maria Babanova, who also played travestite and animal roles in numerous Rosa Ioffe productions. As an example, I want to give you a radio play based on Antoine Exupéry's world famous novel *The Little Prince*, met on his planet and set off on a journey to various planets. Maria Babanova's voice plays the part of the Little Prince, the rose, the sound of space flight. Here you can find the sound: <http://www.staroradio.ru/audio/7710>.

We listened to different examples of travesty in the Soviet radio opera – Zinaida Bulgakova as the boy Tolya, Mariya Babanova as Little Prince and Rose and Irina Pototskaya as the boy Gek. The voices convey certain psychotypes of the child's personality. Through the timbre, the articulation of the image, and the compositional introduction into the opera, the characters transform their corporeality. For example, Tolya is a cheerful and optimistic boy, and Gek is loyal to his fatherland and his family.

Tolya's singing is an extension of his speech, the melody “dancing” along with him, as Tatiana Chernova describes. We understand that the boy is naughty, he can do anything, he is not afraid. Gek sounds different. In that regard, I should note that the song also exists “outside the context of the opera” – it was broadcasted on the radio as a separate piece. Its content is highly patriotic and thanks to the 'metallic' timbre of the voice and the marching rhythm it expresses a direct propaganda of the image. The Little Prince represents a different character and as his literary hero is quiet, shy and gentle. But in comparison, the image of the pilot, the image is brighter, “louder”, stronger. In the scene where the Little Prince meets the banker, the greedy adult's speech is accompanied by the American melody of *Jingle Bells*, played by a dog barking. That is, the political “basis” of such an accompaniment mediately clear – banker, greed, capitalism.

Art for children is a process in which adults create and show children vivid image at relabeled with certain emotional qualities. The female voice, realized in the context of Soviet radio opera, as shown in the article, is a mechanism for conveying the most of ten idealized qualities of a child.

Bibliography

1. Булгакова О. Голос как культурный феномен. Очерки визуальности. М.: Изд-во Новое литературное обозрение, 2012. 568 с. Bulgakova O. Voice as a cultural phenomenon. Essays on visuality. Moscow: New Literary Review Publishing House, 2012:568.
2. Иоффе Р. Бахрушинский музей. Персоналии. Ioffe R. Bakhrushin Museum. Personalities. <https://collectiononline.gctm.ru/entity/PERSON/255122>
3. Иоффе Р. Слушать – видеть. Советское радио и телевидение. 1962. № 7. С. 20-21. Ioffe R. Listening – seeing. Soviet radio and television. 1962;7:20-21.
4. Barthes R. The grain of the voice. London, 1981:384.
5. Садовский А.А. Газета рассказывает... поёт... играет. Sadovsky A.A. The newspaper tells... sings... plays. In: Radioslušatel. 1928;1:4-5.

Содержание

Бохан Н.А., Гуткевич Е.В. (Томск) Укрепление и защита психического здоровья многопоколенной семьи в условиях современных вызовов. Предисловие	5
Аксенов М.М., Перчаткина О.Э. (Томск) Психокоррекционная работа и психотерапия в семьях пациентов с агорафобией	9
Аксенов М.М., Перчаткина О.Э., Артемьев И.А. (Томск) Системная семейная терапия в преодолении и профилактике семейного кризиса	12
Аксенова Е.В., Ступина О.П., Сахаров А.В. (Чита) Структура психических и поведенческих расстройств у несовершеннолетних с самоповреждающим поведением (по результатам мониторинга в Забайкальском крае)	16
Аленина О.К., Диденко А.В., Иванова А.А., Мальцев В.С. (Томск) Влияние стиля родительского воспитания на формирование личности пациентов с социальной фобией	19
Байкеев Р.Ф., Карпов А.М., Ягудин И.Р., Ахметзянов И.И., Гурьянова Т.В., Хасанов Р.Ш., Бикбулатов А.Р., Сираева З.Р. (Казань) Статистика клинических признаков большого депрессивного расстройства	21
Бebчук М.А. (Москва) Психологическая поддержка членов семьи. Требование законодательства и практика	24
Бекенева Л.В. (Якутск) Анализ суицидального поведения несовершеннолетних по данным мониторинга в Республике Саха (Якутия)	28
Белов И.В. (Чебоксары) Влияние стресса на пищевое поведение	31
Белов И.В., Николаев Е.Л. (Чебоксары) Нарушение пищевого поведения у подростков: от нервной анорексии до нервного переедания	34
Белoусова М.В., Фугин Э.В. (Казань) Комплаенс в работе с семьей ребенка с нарушением развития	37
Бехтер А.А., Сидельникова М.С. (Хабаровск) Предикторы проактивного совладающего поведения родителей	41
Благов И.А. (Москва) Традиционная маскулинность как фактор уязвимости для психического здоровья супругов, их детей и целостности семейных отношений ...	43
Богачева О.И., Иванов М.В., Балакирева Е.Е., Коваль-Зайцев А.А., Шушпанова О.В. (Москва) Динамика родительского отношения к болезни ребенка с расстройством аутистического спектра в процессе психообразовательной работы	47
Быков Ю.В., Беккер Р.А. (Ставрополь) Палеодиета в профилактике соматических и психических расстройств	48
Васильева И.В. (Чебоксары) Влияние семейного статуса пациента на выраженность психической дезадаптации у пациентов с ИППП	51
Ветлугина Т.П., Воеводин И.В., Мандель А.И., Епимахова Е.В., Кисель Н.И. (Томск) Применение аминодигидрофалазиндиона натрия в комплексной терапии больных алкоголизмом	54

Владими́рова С.В. (Томск) Взаимосвязь между сложным поведением, антирецидивным подходом и личностным ростом при психическом расстройстве: 30-летний опыт участия в программах психокоррекции	57
Воеводин И.В. (Томск) Влияние возрастного и образовательного факторов на нарушения профессиональной и семейной адаптации при алкогольной зависимости	59
Галата А.А., Тренькаева Н.А. (Томск) Связь прошлого опыта детско-родительских отношений матери с психозмоциональным состоянием её ребенка (на примере детей, находящихся на стационарном лечении в отделении эндокринологии)	62
Галкин С.А., Кисель Н.И., Мандель А.И., Бохан Н.А. (Томск) Прогнозирование реабилитационного потенциала больных алкоголизмом женщин на основе диагностики когнитивного дефицита и электроэнцефалографических маркеров	64
Гареева А.Э., Бородина Л.С., Поздняков С.А., Тимербулатов И.Ф., Михайлова Е.Г., Насибуллин Т.Р. (Уфа, Москва, Кемерово) Фармакогеномные биомаркеры эффективности сертралина у больных с тревожно-депрессивными расстройствами	67
Гончаренко Е.В., Аргун С.Н., Тайсаева С.Б., Миквабия З.Я., Мурзова О.А., Джокуа А.А. (Астрахань, Сухум, Москва) Стереотипная пантомимика людей и приматов в условиях стресса	69
Гуськова О.А., Приленский Б.Ю., Ярославская Е.И., Петелина Т.И. (Тюмень) Качество жизни состоящих и не состоящих в браке пациентов, перенесших пневмонию COVID-19	71
Диденко А.В., Рощина О.В., Галкин С.А., Бохан Н.А. (Томск) Развитие постстрессовых расстройств в семьях участников боевых действий: влияние на функционирование и качество внутрисемейных отношений	74
Диденко Е.В., Симуткин Г.Г., Счастный Е.Д., Васильева С.Н., Яковлева А.Л., Суровцева А.К., Смирнова Н.С. (Томск) Удовлетворённость брачно-семейными и детско-родительскими отношениями пациентов с биполярным аффективным расстройством	77
Жудро А.С. (Гомель) Взаимосвязь между интернет-зависимостью и отношением подростков с матерью	79
Золотова И.А. (Ярославль) Роль фигуры отца в формировании отношения к новорожденному в ситуацииотягощенного материнства	82
Ипатов К.А. (Санкт-Петербург) Субъективное восприятие жизненных проблем потребителей ПАВ на первых этапах формирования ремиссии	85
Казенных Т.В., Ли А.В. (Томск) Использование образовательных программ у больных эпилепсией: пути достижения комплаенса в системе «врач-пациент-семья больного»	88
Казицева В.О., Гуткевич Е.В. (Якутск, Томск) Роль родительского отношения в эмоциональном состоянии ребенка после кохлеарной имплантации	90
Калашникова М.Б. (Новгород) Психологические особенности готовности к материнству несовершеннолетних беременных женщин	93

Калинина М.А., Козловская Г.В., Балакирева Е.Е., Марголина И.А., Голубева Н.И. (Москва) Особенности социального поведения в структуре дизонтогенетических нарушений у детей-сирот	95
Карлинская Е.С., Лобанова А.В. (Москва) Связь нарушений пищевого поведения и тревожности у старшеклассников	97
Киворкова А.Ю., Соловьев А.Г. (Архангельск) Гармонизация личностных адаптационных характеристик ближайшего семейного окружения как фактор повышения психолого-реабилитационного потенциала представителей опасных профессий	100
Кисель Н.И., Белокрылов И.И., Мандель А.И., Шушпанова Т.В., Биче-оол У.К., Эрдыниева Л.С., Хомушку С.А. (Томск, Кызыл) Нарушения когнитивного функционирования при алкогольной зависимости у женщин разной этнической принадлежности	104
Коваль-Зайцев А.А., Иванов М.В., Балакирева Е.Е., Шушпанова О.В., Никитина С.Г., Блинова Т.Е., Куликов А.В., Шалина Н.С. (Москва) Социальная перцепция при нарушениях мышления у подростков с заболеваниями шизофренического спектра	107
Кожевникова Т.А., Костарев В.В. (Красноярск) Индивидуально-психологические особенности подростков, склонных к аддиктивному поведению	109
Кожевникова Т.А., Костарев В.В., Дьяконова Н.А. (Красноярск) Проблемы реабилитации агрессивного поведения у подростков с синдромом дефицита внимания и гиперактивности	111
Козлов М.Ю. (Москва) Что мы знаем о факторах психологического благополучия семьи?	114
Комарова П.А., Белова О.С. (Архангельск) Раннее выявление расстройств аутистического спектра в амбулаторной педиатрической практике	117
Коновальчик Т.К. (Санкт-Петербург) Избегательное поведение при страхе падения у лиц пожилого возраста	119
Коньков В.И. (Москва) Пролонгированная нейролептическая терапия как предиктор формирования ремиссий при опиоидной наркомании	122
Костарев В.В., Кожевникова Т.А. (Красноярск) Особенности психологической саморегуляции семьи в ситуации кризиса	123
Кривошапова Т.Н., Логачева А.А., Чернышова А.А. (Тамбов) Оказание психосоциальной помощи подросткам с расстройствами адаптации и поведения ...	127
Кузнецова Ю.В., Гуткевич Е.В. (Томск) Психическое заболевание и семейная стигма	130
Кунафина Е.Р., Гильмиярова М.Н. (Уфа) Предотвращение отказов от новорожденных детей: опыт профилактики	132
Кунафина Е.Р. (Уфа) Роль семьи в социальной адаптации больных шизофренией	135
Ли Л.С., Стоянова И.Я. (Томск) Взаимосвязь особенностей личности с самоповреждающим поведением и уровнем личностного адаптационного потенциала у студентов	138

Лобачева О.А., Воробьева С.А., Корнетова Е.Г. (Томск) Маркеры нейровоспаления у больных параноидной шизофренией в процессе терапии антипсихотиками	141
Лутова Н.Б., Макаревич О.В. (Санкт-Петербург) Психическое здоровье и качество жизни родственников, опекающих пациентов с расстройствами шизофренического спектра	144
Магай А.И., Немцев А.В., Бабурин А.Н. (Москва, Томск) Особенности семейной терапии зависимостей в семейных клубах трезвости	148
Марголина И.А., Платонова Н.В., Иванов М.В., Калинина М.А., Шалина Н.С., Никитина С.Г., Голубева Н.И., Балакирева Е.Е., Шушпанова О.В., Куликов А.В., Калинина М.А. (Москва) Аутоагрессия в раннем и дошкольном возрастах	153
Мацук М.А. (Москва) Особенности горевания несостоявшихся родителей и возможности психолога в сопровождении перинатальной утраты	155
Меднова И.А., Пожидаев И.В., Тигунцев В.В., Бойко А.С., Корнетова Е.Г., Иванова С.А. (Томск) Отсутствие ассоциаций полиморфного варианта rs753482 гена <i>NOS3</i> с метаболическим синдромом у больных шизофренией	157
Мельниченко В.В. (Донецк) Объективизация субъективных переживаний боевой психической травмы у комбатантов с различным семейным статусом	160
Никитина В.Б., Белокрылова М.Ф., Рудницкий В.А. (Томск) Система иммунитета у женщин с непсихотическими психическими расстройствами в возрасте 40-65 лет	163
Носачев Г.Н., Носачев И.Г. (Самара) Семья. Психическое здоровье: развитие, воспитание и образование, становление духовной личности	166
Носачев Г.Н., Дубицкая Е.А., Носачев И.Г. (Самара) Функционирование семьи на этапах реабилитации в психиатрии: место и роль психообразования	169
Отчерцова В.О., Москалева Ю.О., Олейник Н.О. (Херсон) Арттерапия в гармонизации состояния клиентов с медиатравмой	172
Пахомова Е.О., Наследов А.Д., Ткачева Л.О. (Санкт-Петербург) 7-факторная модель симптомов аутизма у детей 3-6 лет: возрастные изменения	174
Перфилова Е.В. (Москва) Семья как фактор формирования девиантного поведения несовершеннолетних	178
Петкун Д.А., Чернышева К.Г., Мальцева Ю.Л., Корнетова Е.Г. (Томск) Сравнительный анализ клинико-терапевтических характеристик у пациентов с параноидной шизофренией в зависимости от длительности заболевания	181
Поднебесная Е.Б. (Москва) Психологическая помощь семьям, имеющим в своем составе членов с психическими и аддиктивными расстройствами	182
Прокопьева В.Д., Лебедева В.Ф. (Томск) Факторы окислительного стресса у пациентов с биполярным аффективным расстройством и алкогольной зависимостью	185
Рощина О.В., Левчук Л.А. (Томск) Корреляция агрессии и уровня β -эндорфина при депрессивных расстройствах	187

Рыжова И.А. (Москва) Превентивные клинические инструменты в терапии когнитивных расстройств позднего возраста как фактор улучшения психического здоровья семьи и общества	190
Селиванов Г.Ю., Отмахов А.П., Сальников А.А., Блонский К.А., Скробичев И.В. (Томск, Санкт-Петербург, Ноябрьск, Нижневартовск) Новейший антипсихотик карипразин при поддерживающей терапии шизофрении, ассоциированной с химическими аддикциями	192
Семенова-Полях Г.Г., Михайлова Ю.Е. (Казань) Взаимосвязь эмоционального интеллекта и антиципационной состоятельности созависимых на фоне зависимых	193
Силаева Д.В., Гуткевич Е.В. (Томск) Семейно-генетические аспекты расстройств пищевого поведения	197
Совмиз З.Р. (Краснодар) Взаимосвязь взаимоотношений с родителями и ближайшим социальным окружением подростков как один из аспектов психического здоровья семьи	199
Солонский А.В., Шумилова С.Н. (Томск) Изменение морфометрических показателей клеток-предшественниц ткани головного мозга в условиях пренатальной гипоксии и алкоголизации	202
Солохина Т.А., Ошевский Д.С. (Москва) Стигма vs комплаенс: пути решения сложных проблем	205
Спирин И.А., Миронов Д.С., Белова О.С. (Архангельск) Характеристика самоповреждающего поведения среди несовершеннолетних в Архангельской области	209
Стоянова И.Я. (Томск) Исследования семьи в контексте выявления жизнеспособности (перинатальная психология)	212
Счастный Е.Д., Украинцев И.И. (Томск) Клиническая эффективность терапии карипразином больных биполярным аффективным расстройством в амбулаторных условиях	216
Терехина О.В., Силаева А.В., Шабаловская М.В. (Томск) Образ жизни родителей в семьях, зачавших ребенка посредством ЭКО и естественным способом ...	219
Тигунцев В.В., Меднова И.А., Корнетова Е.Г., Петкун Д.А., Иванова С.А. (Томск) Полиморфный вариант rs10494366 гена <i>NOS1AP</i> и содержание висцерального жира у больных шизофренией	222
Тимошина В.В. (Москва) Привязанность в отношениях: механизмы формирования и влияние на здоровье семьи	224
Тюменкова Г.В. (Москва) Психосоциальное лечение пациентов с расстройствами шизофренического спектра в различных формах помощи: подходы к оценке эффективности	227
Уласень Т.В., Савченкова Д.А. (Смоленск) Стигматизация, социально-психологические потребности и психологические особенности ухаживающих лиц, проживающих с психически больными	231
Урунова З.С. (Москва) Распознавание эмоциональных состояний детьми младшего школьного возраста с заболеванием пищеварительной системы	234

Филипович В.И. (Гродно) Связанные с семьей переживания пациентки с депрессивным невротическим расстройством	237
Чайковская М.В., Губин Д.Г., Куимова Ж.В., Елфимов Д.А., Мошкина А.Ю., Чайковская И.И. (Тюмень) Клинический разбор гериатрической полиморбидной пациентки с шизофренией	240
Шапошникова Ю.В. (Красноярск) Возможность применения нормотимиков в комплексном лечении пациентов с психическими непсихотическими расстройствами и несуйцидальными самоповреждениями в подростковом возрасте	242
Шейнов В.П., Девицын А.С. (Минск) Опросник самооценки подростков и взрослых: надежность, валидность, факторы	245
Шейнов В.П., Девицын А.С. (Минск) Сокращенная версия опросника застенчивости: надежность, валидность, факторная структура	249
Шимонова Г.Н., Калининна М.А., Балакирева Е.Е., Козловская Г.В., Шушпанова О.В. (Москва) Неврологические и вегетологические симптомы в ранней диагностике психических нарушений у детей	252
Шушпанова О.В., Балакирева Е.Е., Коваль-Зайцев А.А., Якупова Л.П., Никитина С.Г., Куликов А.В., Иванов М.В., Блинова Т.Е., Шалина Н.С. (Москва) Особенности аутоагрессивного поведения в детском и подростковом возрастах	254
Шушпанова Т.В., Бохан Н.А. (Томск) Особенности дисрегуляции гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы, ассоциированной с пароксизмальными и компульсивными расстройствами у русских и тувинских наркологических пациентов	256
Щедринская О.М. (Москва) Трудности в психотерапии депрессивных состояний у подростков	259
Щукина А.В. (Москва) Отношение часто болеющих детей дошкольного возраста к матери и сверстникам	262
Щукина А.В. (Москва) Родительская позиция матери и отношения со сверстниками часто болеющих детей дошкольного возраста	265
Юров И.А. (Сочи) Психологические предикторы психического здоровья семьи	267
Языков К.Г. (Томск) Методологическая проблема фенотипирования в психиатрической генетике	270
Willert E.E., Ivanova O.B. (Paderborn, Tomsk) Psychological representation of the world of childhood in the radio opera of Soviet composers, 1949-1970: to the problem of female voice and child heroe	274

Научное издание

Психическое здоровье семьи в современном мире

IV Российская конференция с международным участием

Сборник тезисов

(Томск, 24–25 октября 2024 г.)

**Под научной редакцией
академика РАН Н.А. Бохана
д-ра мед. наук Т.В. Казенных
д-ра мед. наук Е.В. Гуткевич**

Выпускающий редактор И.А. Зеленская
Перевод С.В. Владимировой

В оформлении обложки использованы иллюстрация
печатного общедоступного источника открытого доступа
и рисунки детей, переданные в дар организаторам конференции

Подписано в печать 27.09.2024 г.

Формат 60×84^{1/16}

Бумага офсетная № 1.

Печать офсетная.

Печ. л. 17,75; усл. печ. л. 16,51; уч.-изд. л. 18,38.

Тираж 500. Заказ № 997

ISBN 978-5-907509-60-3



9 785907 509603 >

Отпечатано в типографии ООО «Интегральный переплет»
634009, Томск, ул. Водяная, 78, стр. 3
Тел.: +7(3822)22-33-93, +7(913)889-59-96, +7(382)264-47-49
e-mail: exlibres@list.ru