

Министерство здравоохранения Республики Беларусь

Государственное учреждение
Республиканский научно-практический центр психического здоровья

Учреждение образования
«Гродненский государственный медицинский университет»

Кафедра психотерапии и клинической психодиагностики

**АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ
ОКАЗАНИЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ:
ОТ ТЕОРИИ К ПРАКТИКЕ**

СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ
РЕСПУБЛИКАНСКОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ
ПОСВЯЩЁННОЙ 30-ЛЕТИЮ ОБРАЗОВАНИЯ КАФЕДРЫ ПСИХОТЕРАПИИ
И КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОДИАГНОСТИКИ
УЧРЕЖДЕНИЯ ОБРАЗОВАНИЯ
«ГРОДНЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

20 марта 2025 г.

Гродно
ГрГМУ
2025

УДК 616.89(06)
ББК 56.14я431
А 43

Рекомендовано Редакционно-издательским советом ГрГМУ (протокол № 7 от 17.04.2025).

Редакционная коллегия:

ректор, д-р мед. наук, проф. И. Г. Жук (отв. редактор);
директор РНПЦ психического здоровья, канд. мед. наук,
доц. Ю. М. Каминская;
проректор по научной работе, канд. мед. наук, доц. М. Н. Курбат;
зав. каф. психотерапии и клинической психодиагностики,
канд. мед. наук, доц. А. А. Луговская;
декан медико-психологического факультета, канд. мед. наук, доц.
С. Л. Бойко.

Рецензенты:

проф. каф. психотерапии и клинической психодиагностики,
д-р мед. наук, проф. Е. Г. Королева;
зав. каф. психотерапии и клинической психодиагностики,
канд. мед. наук, доц. А. А. Луговская.

А 43

Актуальные вопросы оказания психотерапевтической помощи: от теории к практике : сборник материалов республиканской научно-практической конференции с международным участием, 20 марта 2025 г. [Электронный ресурс] / [редкол.: И. Г. Жук (отв. ред.) [и др.]. – Электрон. текстовые дан. и прогр. (объем 3,2 Мб). – Гродно : ГрГМУ, 2025. – 1 электрон. опт. диск (CD-ROM).

ISBN 978-985-36-0003-2.

Сборник содержит материалы республиканской научно-практической конференции с международным участием посвященной 30-летию со дня образования кафедры психотерапии и клинической психодиагностики. В сборнике материалов представлены результаты исследований в области психотерапии, клинической психологии и психиатрии. Излагаются актуальные и перспективные методы диагностики, лечения и профилактики психических и поведенческих расстройств.

Авторы несут ответственность за достоверность представленных данных, неправомерное использование объектов интеллектуальной собственности и объектов авторского права в соответствии с действующим законодательством.

УДК 616.89(06)
ББК 56.14я431

ISBN 978-985-36-0003-2

© ГрГМУ, 2025

КАФЕДРА ПСИХОТЕРАПИИ И КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОДИАГНОСТИКИ: ВЕХИ ИСТОРИИ

Луговская А.А., Жирмонт М.Г.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

Кафедра психотерапии и клинической психодиагностики (до 2021 года – кафедра медицинской психологии и психотерапии) Гродненского государственного медицинского университета – уникальная кафедра, как и сам медико-психологический факультет.

В апреле 1993 года в Гродненском государственном медицинском институте (позднее университете) под началом ректора Дмитрия Андреевича Маслакова и активном участии первого проректора Владимира Семеновича Васильева впервые в Республике Беларусь была открыта новая специальность – «Медико-психологическое дело», а позже, в сентябре 1998 года, как самостоятельная единица был образован медико-психологический факультет. Создание новой специальности и факультета было обусловлено необходимостью узконаправленной подготовки высококвалифицированных специалистов в сфере охраны психического здоровья.

В связи с открытием новой специальности закономерно возникла потребность нововведений в образовательный процесс и создании новых дисциплин по медицинской психологии и психотерапии. Как логическое продолжение процесса реорганизации при кафедре психиатрии и наркологии был создан курс общей психологии, сотрудники которого и занялись разработкой инновационных для медицинского университета программ психологических дисциплин. Первый состав преподавателей курса был немногочислен: Михеев И.А., Елизарова Т.Ю., Елизаров В.И. этот немногочисленный, но трудолюбивый, творческий и неординарный коллектив, смог организовать на должном уровне изучение психологических дисциплин и сформировать в сознании студентов клиническое психологическое мышление.



Фото 1. – Первый состав кафедры:
Королёва Елена Григорьевна,
Карпюк Валентина Алексеевна,
Мельников Андрей Николаевич

Рост количества студентов медико-психологического факультета с каждым набором дал возможность введения новых ставок профессорско-преподавательского состава и привел к организации кафедры медицинской психологии и психотерапии как самостоятельного структурного подразделения университета. В январе 1995 года была сформирована кафедра медицинской психологии и психотерапии как одна из профильных кафедр медико-психологического факультета.

Первым заведующим кафедрой стала профессор, доктор медицинских наук Елена Григорьевна Королёва (фото 2), первыми преподавателями были Карпюк В.А. и Мельников А.Н. (фото 1), а клинической базой стал Гродненский областной психоневрологический диспансер.

Королёва Е.Г. была одним из инициаторов создания новой специальности «Медико-психологическое дело», что повлияло не только на развитие психотерапии, психиатрии и наркологии в Республике Беларусь, но и сыграло значимую роль в истории кафедры психотерапии и клинической психодиагностики. Начало работы кафедры было непростым: требовалось обосновать научную и практическую значимость психотерапии, разработать учебные программы.



Фото 2. – Профессор Елена Григорьевна Королёва

Елена Григорьевна вместе с коллегами разрабатывала новые учебные планы и методические материалы для медико-психологического факультета. Ею был создан, как самостоятельно, так и в сотрудничестве с коллегами, обширный банк психодиагностических инструментов для учебного процесса и научных исследований.

При активной поддержке руководства института сотрудники молодой кафедры получили возможность усовершенствования и повышения квалификации в европейской школе психоанализа Жака Лакана, принимали делегации в нашем университете и выезжали с визитом в Париж. Также имели возможность пройти обучение Эриксоновской терапии в Москве,

стажировались на базе отделения психотерапии Ягеллонского медицинского университета в Кракове, проходили обучение по групповой психотерапии на базе факультета психологии Виленского университета.

Елена Григорьевна также внесла огромный вклад в открытие новых отделений учреждений здравоохранения: первого в Гродно психоневрологического (психосоматического) отделения пограничных состояний в УЗ «ГОКЦ «Психиатрия-наркология» (на 30 коек) и первого в Республике Беларусь психоневрологического отделения в УЗ «Гродненская городская клиническая больница № 3» (на 60 коек).

Елена Григорьевна и по сей день плодотворно реализует свой научный и педагогический потенциал, является автором более 200 опубликованных научных работ, более 20 рационализаторских предложений и двух изобретений. Е. Г. Королёвой в моно- и в соавторстве издано 13 учебных пособий.

Из воспоминаний профессора кафедры психотерапии и клинической психодиагностики Королёвой Елены Григорьевны:

«Создание кафедры проходило с большими трудностями. Учитывая, что подобного факультета ни в Республике Беларусь, ни в ближайших странах не

было, опыта создания такой кафедры также не существовало. Необходимо было определить, какие дисциплины будут изучаться, была проведена кропотливая работа по изучению опыта формирования учебного плана коллег из московских и питерских ВУЗов.

Еще одной важной задачей стало открытие психотерапевтического отделения, необходимого студентам для совершенствования практических навыков по психотерапии. Преодолевая сопротивление консервативных взглядов, мы шаг за шагом двигались к своей цели. И, как итог, в 1995 году в Гродненской центральной районной клинической больнице было открыто первое в Гродненской области отделение неврозов».



**Фото 3. – Доцент
Валентина Алексеевна
Карпюк**

В 2006 году произошли изменения в руководстве кафедры. Доцент Валентина Алексеевна Карпюк была назначена заведующим кафедрой медицинской психологии и психотерапии (фото 3).

Карпюк В.А. также принимала непосредственное участие в организации и становлении медико-психологического факультета Гродненского государственного медицинского университета и первой в Республике Беларусь кафедры медицинской психологии и психотерапии.

Валентина Алексеевна была ведущим разработчиком первого образовательного стандарта и типового учебного плана по специальности «Медико-психологическое дело».

Валентина Алексеевна автор 281 научных и научно-методических публикаций. Внедрила в практику здравоохранения более 60 новых способов диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств.

Карпюк В.А. возглавляла научно-практическую группу по мониторингу перехода психиатрической службы области на МКБ -10.

Кроме того, Валентина Алексеевна, будучи главным внештатным специалистом по психотерапии главного управления здравоохранения Гродненского областного исполнительного комитета, внесла значительный вклад в развитие психотерапевтической службы Гродненской области и нашей страны. Когда в 2002 году в Республике Беларусь была создана Государственная служба медицинских экспертиз, в Гродненском отделе не было специалиста-психолога, Валентина Алексеевна, работая на 0,5 ставки судебным психологом-экспертом, создавала в Гродно судебную психолого-психиатрическую службу.



Фото 4. – Профессор Марат Алиевич Ассанович

психометрические шкалы и опросники. По инициативе Марата Алиевича в 2021 году кафедра была переименована и стала называться кафедрой психотерапии и клинической психодиагностики.

С 2022 года должность заведующего кафедрой занимает доцент Луговская Алёна Александровна (фото 5).



Фото 5. –Доцент Алёна Александровна Луговская

С 2007 по 2022 год кафедрой руководил доктор медицинских наук, профессор Ассанович Марат Алиевич (фото 4). Марат Алиевич является автором 3 монографий, 4 учебников, более 150 работ научного и учебно-методического характера. Член Европейской Роршаховской ассоциации.

Маратом Алиевичем впервые в Республике Беларусь разработана методология построения психометрических шкал в клинической психодиагностике на базе метрической системы Раша, адаптирован современный подход к применению метода Роршаха. Под чутким научным руководством Ассановича М.А. сотрудниками кафедры созданы новые

Алёна Александровна является успешным представителем первого выпуска студентов медико-психологического факультета. Свою профессиональную деятельность в университете Луговская А.А. начинала в 2008 году с должности преподавателя-стажера, пройдя свой трудовой путь от ассистента до заведующего кафедрой. Алёна Александровна является автором 60 учебно-методических и научных работ, 3 инструкции по применению, утвержденных Министерством здравоохранения Республики Беларусь. Соавтор 4 пособий.

Под руководством Луговская А.А. была разработана и регулярно проводится летняя научно-образовательная школа с международным участием «Психотерапевтические чтения».

С 2022 года по настоящее время Луговская А.А. является главным внештатным специалистом по психотерапии главного управления здравоохранения Гродненского областного исполнительного комитета и оказывает лечебную и организационно-методическую помощь в учреждениях здравоохранения области.

С момента основания, сотрудники кафедры психотерапии и клинической психодиагностики активно участвуют в образовательной, исследовательской и клинической деятельности университета.

В настоящее время на кафедре психотерапии и клинической психодиагностики организовано обучение по всем специальностям I ступени высшего образования: обучение студентов лечебного, педиатрического, медико-диагностического факультетов, а также факультета иностранных учащихся. По специальности «Медико-психологическое дело» на кафедре преподаются 12 дисциплин. Для данной специальности кафедра по-прежнему является профильной выпускающей.

С 2015 года на кафедре проводятся курсы повышения квалификации для врачей-психиатров-наркологов, врачей-психотерапевтов, преподавателей учреждений образования системы здравоохранения по теме «Методы психодиагностики и психотерапии тревожных и депрессивных расстройств», а также «Сексуальные расстройства. Психопрофилактика и коррекция сексуальных нарушений».

Преподаватели кафедры активно занимаются научными исследованиями. Научно-исследовательская деятельность посвящена клинико-психологическим исследованиям при различных психических и психосоматических заболеваниях. Приоритетным направлением научной деятельности сотрудников является разработка надежных и валидных методик диагностики психологических конструктов и их стандартизация и валидизация. За время существования кафедры сотрудниками защищены 7 кандидатских диссертаций и одна докторская.

На кафедре функционирует аспирантура по специальности «Медицинская психология». Организовано обучение в клинической ординатуре по специальности «Психотерапия».

Сотрудниками кафедры издан целый ряд учебных пособий: «Интегративная система психодиагностики методом Роршаха», «Клиническая психодиагностика», «Общая психотерапия», «Медицинская психология», «Пограничные психические расстройства», «Клиническая психология в психиатрии», «Клиническая психология в соматической медицине», «Методологические подходы к научному измерению в клинической психодиагностике», «курс лекций по сексологии и сексопатологии» и другие.

Преподаватели кафедры сотрудничают с ведущими учебными и научными центрами Российской Федерации. В 2005 году кафедра активно взаимодействовала с лабораторией клинической психологии и психодиагностики Санкт-Петербургского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева.

С 2017 года сотрудники кафедры взаимодействуют с Российским обществом психиатров, принимали участие в работе школы молодых психиатров.

С 2023 года налажено сотрудничество с кафедрой общей и клинической психологии Пермского государственного национального исследовательского университета.

В настоящее время кафедра психотерапии и клинической психодиагностики располагается на двух клинических базах: в учреждении здравоохранения «Гродненский областной клинический центр «Психиатрия-наркология» и в учреждении здравоохранения «Городская клиническая больница №3 г. Гродно».

В разные годы на кафедре работали: Ассанович М.А., Бузук С.А., Демянова Л.В., Дерман Е.В., Дымович Н.В., Василец Н.Л., Карпюк В.А., Крюк Н.В., Мельников А.Н., Попеня И.С., Толкач Е.А., Хмельницкая Э.Г.



Фото 6. – Действующий коллектив кафедры психотерапии и клинической психодиагностики

Действующий состав кафедры: Луговская А.А., Королёва Е.Г., Савицкий И.С., Томащук Т.Е., Климович Е.А., Стрелков О.Г., Якубчик И.Н., Цидик Л.И., Новик Л.И., Дюрдь О.В., Максимова О.Г., Жирмонт М.Г., Солтан А.С. (фото 6).

СТИГМАТИЗИРУЮЩИЕ УБЕЖДЕНИЯ И УСТАНОВКИ В ОТНОШЕНИИ ДЕТЕЙ С ПСИХИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Белова О.С., Боcharова Е.А., Соловьев А.Г.

Северный государственный медицинский университет», Архангельск, Россия

Введение. Одной из задач охраны психического здоровья детей, помимо профилактики отклонений в развитии и выявления начальных признаков психических нарушений, является изменение отношения общества к психически больным детям и воспитывающим их семьям [3].

В рамках научно-практических исследований в профилактической психиатрии раннего возраста [1;2] нами был разработан опросник, выявляющий стигматизирующие убеждения и установки в отношении детей с нарушениями психического здоровья.

Иррациональные убеждения и неосознаваемые установки, определяющие привычные реакции, взгляды, поведение и деятельность, могут вызывать психическое напряжение, снижать стрессоустойчивость и способность адекватно реагировать на реальную ситуацию, нарушают коммуникацию, в том числе профессиональную. Такие убеждения и установки нередко являются показанием для психологической (психотерапевтической) помощи.

Целью исследования явилось выявление стигматизирующих убеждений и установок в отношении детей с психическими нарушениями у студентов медицинского вуза для выявления мишеней психообразования.

Материал и методы. Исследование проводилось с использованием авторской методики оценки стигматизирующих убеждений и установок в отношении детей с психическими нарушениями. В исследовании приняли участие 96 студентов медицинских специальностей (лечебного и педиатрического факультетов) ($n=45$) и факультета клинической психологии, социальной работы и адаптивной физической культуры ($n=51$) Северного государственного медицинского университета до изучения ими дисциплины «Психиатрия».

Данная методика включает последовательную оценку стигматизирующих убеждений и установок в соответствии с выделенными шкалами (негативное стереотипирование, предвзятое отношение или дискриминирующее поведение) а также выявление уровня осведомленности о возможностях профилактики психических нарушений у детей. Наличие утвердительных ответов отражает степень осведомленности относительно психопрофилактики у детей, наличие и своеобразие стигматизирующих установок. Суммарный балл отражает риск стигматизации. Ответы «не уверен» относятся к разряду утвердительных, как к мишени для последующей психообразовательной и психотерапевтической работы. Статистический анализ проводился в программах MS Excel и STATA 14.2. Критический уровень статистической значимости составил $p \leq 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение. Проведенный опрос, направленный на выявление стигматизирующих убеждений и установок

в отношении детей с психическими нарушениями, показал, что студенты лечебного и педиатрического факультетов не имели достаточной осведомленности по теме психического развития детей, о причинах отклонений, нормах и условиях психического развития детей. Риск стигматизации был отмечен у 32% и 50%, соответственно. Сравнительный анализ стигматизирующих установок выявил значимые различия по показателю «дискриминирующее поведение», более высокому у студентов педиатрического факультета ($p=0,049$). Возможно, это связано с тем, что студенты-педиатры в процессе обучения в вузе изучают детей с нарушениями психического здоровья, сравнивая их с детьми без патологии. Недостаток профессиональных знаний в период обучения может способствовать стереотипизации мышления и формированию стигматизирующих убеждений и установок.

Недостаточная осведомленность о психических нарушениях у детей отмечалась и у студентов-психологов. Однако риск стигматизации отмечался лишь у 6,5% респондентов очной формы обучения. Сравнительный анализ выявил более низкие результаты у студентов психологического факультета в сравнении со студентами педиатрического факультета по показателям: «негативное стереотипирование» ($p=0,002$), «дискриминирующее поведение» ($p=0,001$) и «риск стигматизации» ($p=0,002$). Это можно объяснить наличием теоретической подготовки по психологии нарушений развития в детском возрасте у студентов-психологов.

У 10% студентов очно-заочной формы обучения был выявлен риск стигматизации. Сравнение результатов студентов-психологов очной и очно-заочной форм обучения показало, что для студентов-психологов очной формы обучения был характерен меньший уровень стигматизации детей с психическими заболеваниями. Были выявлены статистически значимые различия в таких шкалах, как «предвзятое отношение» и «дискриминирующее поведение» ($p<0,001$). При этом для большинства студентов очно-заочной формы обучения, так же как и для очной, был характерен недостаточный уровень осведомленности в вопросах психического здоровья детей.

Выводы. Результаты проведенного исследования показали необходимость дополнения учебных программ психообразовательной работой со студентами не только медицинских, но и немедицинских специальностей разных форм обучения. Выявленные стигматизирующие (иррациональные) убеждения и установки являются мишенями психообразовательных программ для обучающихся и, при необходимости, психологической и психотерапевтической помощи. Это имеет важное значение для работы будущих специалистов с учетом бригадного подхода в психиатрической помощи детям.

Список литературы:

1. Белова О.С. Соловьев А.Г. Направления профилактической психиатрии раннего детского возраста //Журнал неврологии и психиатрии

им. С.С.Корсакова. 2021. № 121(11-2). С. 60-66.
doi:10.17116/jnevro202112111260.

2. Бочарова Е.А., Белова О.С., Соловьев А.Г. Подготовка в медицинском вузе специалистов, работающих с детьми с отклонениями в развитии. Российский психиатрический журнал 2022;5:84–90.doi:10.47877/1560-957X-2022-10508.

3. Серебрянская Л.Я., Ястребов В.С., Ениколопов С.Н. Социально-психологические факторы стигматизации психически больных //Журнал неврологии и психиатрии. 2002. № 9. С. 59-65.

STIGMATIC BELIEFS AND ATTITUDES TO CHILDREN WITH MENTAL DISORDERS IN MEDICAL STUDENTS

Belova O.S., Bocharova E.A., Soloviev A.G.

Northern State Medical University, Arkhangelsk, Russia

The results of the study showed the need to supplement the curriculum with psychoeducational work with students of not only medical, but also non-medical specialties of various forms of education. The identified stigmatizing (irrational) beliefs and attitudes are the targets of psychoeducational programs for students and, if necessary, psychological and psychotherapeutic help.

НЕЙРОБИОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ РУМИНАЦИЙ

Биктаева Н.Ю., Игнатова Е.С.

Пермский государственный национальный исследовательский университет, Пермь, Россия

Введение. Феномен «руминации» набирает популярность как в отечественной, так и зарубежной психологической науке. Руминации – когнитивный процесс, который выражается в повторяющихся мыслях о болезненных, неудачных ситуациях, их причинах и последствиях [2]. Ряд авторов, А.А. Адамян, А.Н. Лебедева, Т.С. Сурова, А.А. Феоктистова, отмечают, что руминации имеют навязчивый характер повторения мыслей и напрямую связаны с депрессией. Вместе с тем руминации наблюдаются и у здоровых людей: являются способами проживания негативных эмоций и поиска решения проблем (И.А. Макарова, Д.В. Московченко, Н.А. Сирота, В.М. Ялтонский, А.В. Ялтонская, С. Parageorgiou, A. Wells). Дифференциация руминаций и депрессивной симптоматики, в т. ч. на нейробиологическом уровне, становится все более необходимым для понимания сути феномена.

Цель. Работа направлена на описание нейробиологических механизмов руминаций.

Материалы и методы. В рамках работы были рассмотрены работы, посвященные изучению нейробиологических проявлений руминаций. Отбор

исследований происходил в феврале 2025 г. Осуществлялся по следующим ключевым словам: руминации, сеть покоя, МРТ. Использовались следующие поисковые системы: Академия Google, ScienceDirect. Всего обнаружено 19 релевантных исследований. В финальный обзор вошли 5 исследований (4 зарубежных и 1 отечественное), проведенных в 2010-2020 гг., результаты которых подтвердили активацию определенных зон головного мозга при руминациях после отрицательной обратной связи, а также в связи с депрессивной, тревожной симптоматикой. Подтверждено, что руминации появляются при пассивном режиме работы головного мозга (сети покоя), когда сбалансированы дефолтная сеть и сеть внимания.

Лонгитюдное исследование L. Yoon et al., проведенное в период с 2010 г. по 2017 г., было направлено на изучение нейронных реакций при руминациях у подростков в ситуации отвержения. Выборка включала 116 девочек ($M=17,23$, $SD=16,62-18,88$). Полученные результаты позволяют утверждать, что при получении негативной обратной связи от человека, к которому испытываешь симпатию, могут запускаться руминации для поиска причин и пересмысливания коммуникации [4].

Исследование А.В. Бочарова и др., проведенное в 2020 г., направлено на изучение связи депрессии, тревожности и руминаций с показателями коннективности осцилляторных сетей покоя. В выборку вошли 45 респондентов в возрасте от 18 до 25 лет, у которых фиксировали ЭЭГ. Обнаружена взаимосвязь руминаций и интроспекции: размышление о своих и чужих эмоциях [1].

Исследование R.H. Jacobs et al., проведенное с мая 2013 г. по май 2015 г., было направлено на изучение руминаций у подростков с риском рецидива депрессии. В выборку вошли 33 подростка (от 12 до 18 лет), которые находились в ремиссии депрессии. Обнаружено, что при высоком уровне руминаций имеет место тесная связь между областями префронтальной коры и сети покоя [2].

В 2020 году Y. Jacob et al. провели исследование с целью выявления нейронных коррелятов руминаций при большом депрессивном расстройстве [3]. В выборку вошли 20 пациентов и 20 здоровых людей. Подчеркивается связь общего вовлечения сети покоя при саморефлексии и неадаптивных руминаций.

В метаанализ исследований визуализации мозга и нейронных субстратов руминаций, проведенный Zhou H. X. et al. в 2020 г., включены 14 исследований с использованием фМРТ. На основании проведенного метаанализа можно говорить вновь о том, что основным нейронным субстратом руминаций является сеть покоя, гиперактивность в которой преимущественно наблюдается в дорсально-медиальной префронтальной коре. Активация этой области сети покоя при руминациях влечет многократное пассивное вспоминание личных событий, моделирование будущего и размышления о личностно значимом, эмоционально заряженном [5].

Результаты. Обобщая все выше сказанное, можно говорить о том, что в ходе обзора эмпирических исследований руминаций на нейробиологическом

уровне подтверждается активация определенных частей головного мозга: передней префронтальной коры, задней поясной извилины, подсистемы дорсально-медиальной префронтальной коры, латеральной височной коры, задней нижней теменной доли и предклинья. Указанные зоны отвечают за мотивацию, побуждение к действиям, интеграцию восприятия себя в связи с эмоциональным опытом, принятие решений, вспоминание определенных образов из прошлого, рефлексии и оценку собственных личностных качеств по сравнению с качествами других людей соответственно.

Список литературы:

1. Бочаров А.В., Князев Г.Г., Савостьянов А.Н., Сапрыгин А.Е., Прошина Е.А., Таможников С.С. Связь депрессии, тревожности и руминации с показателями коннективности осцилляторных сетей покоя // Физиология человека. – 2021. – Т. 47, № 2. – С. 16-21.
2. Jacobs R.H. et al. Targeting ruminative thinking in adolescents at risk for depressive relapse: rumination-focused cognitive behavior therapy in a pilot randomized controlled trial with resting state fMRI // PloS one. – 2016. – Т. 11, № 11. – С. e0163952.
3. Jacob Y. et al. Neural correlates of rumination in major depressive disorder: A brain network analysis // NeuroImage: Clinical. – 2020. – Т. 25. – С. 102142.
4. Yoon L. et al. Hooked on a thought: Associations between rumination and neural responses to social rejection in adolescent girls // Developmental Cognitive Neuroscience. – 2023. – Т. 64. – С. 101320.
5. Zhou H.X. et al. Rumination and the default mode network: Meta-analysis of brain imaging studies and implications for depression // Neuroimage. – 2020. – Т. 206. – С. 116287.

NEUROBIOLOGICAL MECHANISMS OF RUMINATIONS

Biktaeva N.Yu., Ignatova E.S.

Perm National Research University, Perm, Russia

The scientific work analyzes current information on the neurobiological mechanisms of ruminations. The results indicate the predominant influence of activation of certain parts of the brain: the anterior prefrontal cortex, posterior cingulate gyrus, subsystem of the dorsal-medial prefrontal cortex, lateral temporal cortex, posterior inferior parietal lobule and precuneus. These areas are responsible for motivation, motivation to act, integration of self-perception in connection with emotional experience, decision-making, recall of certain images from the past, reflection and assessment of one's own personal qualities in comparison with the qualities of other people, respectively.

ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ ПСИХОТЕРАПИИ В ПСИХИАТРИИ

Бобров А.Е.

*Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии
и наркологии им. В. П. Сербского, Москва, Россия*

Введение. На протяжении последних десятилетий происходит активное распространение психотерапевтической помощи. Однако этот процесс идет в значительной мере стихийно.

Цель исследования. Установить возможности и перспективы методологически обоснованного применения психотерапии в психиатрии, описать ее методологические особенности, инструментарий и механизмы.

Материал и методы. Методологический анализ литературы и обобщение собственного научно-практического опыта.

Результаты. Для понимания перспектив использования психотерапии в психиатрии необходимо прежде всего обратить внимание на существенные отличия психотерапии от методов биологической терапии.

Эти отличия обусловлены тем, что концепция биологической терапии сформировалась на основе представлений о симптомах-мишенях и эффектах устранения, которые оказывают фармакологические препараты [1].

Что касается психотерапии, то ее применение принципиально иное. Психотерапия нацелена не на ключевые симптомы и синдромы, а на стили и формы поведения, познавательные процессы и социальные взаимодействия. При этом универсальным механизмом психотерапии является трансформация смысловой сферы личности. Это достигается за счет прояснения неосознаваемых психологических конфликтов, преодоления ригидных или «тупиковых» стереотипов переживаний. С помощью психотерапии происходит коррекция когнитивных и аффективных предпосылок смыслообразования и целеполагания.

Современная клиническая фармакология исходит из того, что психофармакологические средства влияют на нейротрансмиттеры. Это, в свою очередь, обуславливает перестройку нейронных сетей мозга. Указанные изменения приводят к нормализации поведения. Помимо сказанного, ряд психотропных средств обладает нейропластическим эффектом, который способствует оптимизации клеточной морфологии нейронов и даже приводит к увеличению их количества в мозге [2]. Однако, в конечном счете, все это обуславливает существенные перестройки информационных процессов в ЦНС.

Психотерапия также влияет на информационные процессы. Ее воздействие происходит через перестройку структуры смысловых образований, которые тесно связаны с когнитивной организацией мозга. По всей видимости, именно это и обуславливает позитивную реорганизацию нейронных сетей [3].

В ключе сказанного многие психотерапевтические техники и подходы могут быть переосмыслены как информационные воздействия или как модели научения. Так, вселение надежды и поддержка, а также информирование и

моделирование объединяются в рамках прямой и косвенной суггестии или когнитивного импринтинга.

Катарсис, облегчение эмоционального реагирования, дифференциация эмоциональных реакций и выработка адекватных психофизиологических стереотипов реализуются на основании технологий дифференцированного торможения. Близки к ним техники, направленные на совершенствование когнитивных стилей, инсайт-ориентированные подходы, а также углубление самоосознавания и выработка опыта конструктивного поведения. Все они осуществляются на базе оперантного научения.

Наконец, развитие социальной компетентности и разрешение экзистенциальных проблем происходит в тесной взаимосвязи с социальным научением.

Для понимания эффектов психотерапии следует учитывать, что в результате взаимодействия с личностными смыслами происходят изменения локальных и системных когнитивных процессов, что, в свою очередь, способствует улучшению регуляции эмоций и побуждений, повышению подконтрольности и целенаправленности поведения, а также нормализации психовегетативной регуляции. При этом повышается когнитивная сложность и пластичность, улучшается совладание с агрессивностью и избеганием. Кроме того, психотерапевтические вмешательства, по всей видимости, дают толчок к дифференциации и развитию функциональных систем мозга, сопряженных с врожденными поведенческими паттернами, и способствует возникновению новых компенсаторных функциональных систем. Важнейшее место при этом занимает самосознание как координатор базисных когнитивно-смысловых образований личности.

Следует отметить, что различные типы и формы психотерапии адресуются к разным компонентам когнитивно-смысловой системы. Так, психодинамическая модель имеет дело с переформатированием смысловых образований за счет преодоления семантических конфликтов и дисбалансов в процессе переживания [4]. При этом определяющее значение имеет работа с довербальными смысловыми образованиями, актуализирующимися в трансфере.

Когнитивно-поведенческая модель адресуется к инструментам осознания и оценке смыслов, выработке и закреплению навыков их произвольного переструктурирования. Это осуществляется за счет понимания субъектом дисфункциональности присущих ему когниций, коррекции правил, в соответствии с которыми он приходит к умозаключениям, а также развития метакогнитивных навыков [5].

Третья, интерперсональная модель, сопряжена с оптимизацией взаимодействия индивидуума с другими людьми и преодолением межличностных противоречий. Важнейшим элементом указанных процессов является социальное научение. В ходе интерперсональной терапии за счет интериоризации и обогащения надличностных смыслов происходит освоение

новых методов взаимодействия с другими людьми, что способствует коррекции индивидуальных смысловых структур [6].

В последние годы происходит расширение интереса к так называемым новым методам психотерапии, таких как Диалектическая бихевиоральная терапия, Схема-терапия, Терапия принятия и ответственности.

Названные методы основаны на интеграции перечисленных выше базисных моделей психотерапии. При этом все они сочетают когнитивные модели с межличностной и поведенческой терапией. Но их главной особенностью является нацеленность на повышение пластичности и структурности «когнитивной основы» самосознания, что способствует улучшению процессов переосмысления и автономной идентификации.

Конечно, понимание теоретических основ психотерапии необходимо. Однако для ее использования в психиатрической практике чрезвычайно важно сформулировать на психотерапевтическом языке соответствующие дифференцированные показания. Этому могут в большой степени помочь психологические карты, характеризующие состояние пациентов. Такие карты формируются на основе дистанционного тестирования и, по существу, представляют собой систему поддержки клинических решений.

Выводы. Таким образом, активное применения психотерапии в психиатрии существенно скажется на ее предметно-методологическом аппарате. В первую очередь, это потребует расширения предмета психиатрии за счет включения в него непатологических аномальных форм поведения и реакций. Это позволит преодолеть узкие рамки нозографического подхода, ориентированного на выявление симптомов и синдромов.

Во вторую очередь, повсеместное использование психотерапии приведет к дальнейшей дифференциации клинико-психопатологического метода с применением интерпретативной и клинико-экспериментальной методологии. Все сказанное, естественно, повлечет за собой глубокие организационные изменения в формах оказания психиатрической помощи.

Список литературы:

1. Freyhan F.A. On classifying psychotropic pharmaca // Comprehensive Psychiatry. – 1961. Vol. 2, № 5. – P. 241–247.
2. Stahl S.M. Stahl's Essential Psychopharmacology: Neuroscientific Basis and Practical Applications. 5th ed. // Cambridge University Press, 2021. – 615 p.
3. Barsaglini A. et al. The effects of psychotherapy on brain function: A systematic and critical review // Progress in Neurobiology. 2014. Vol. 114. – P. 1–14.
4. Василюк Ф. Е. Психология переживания (анализ преодоления критических ситуаций). // Изд-во Моск. ун-та, М., 1984. - 200 с..
5. Прохазка Дж., Норкросс Дж. Системы психотерапии. Для консультантов, психотерапевтов и психологов.// Прайм-ЕВРО-ЗНАК, 2007. – 384 с.
6. Weissman M.M., Klerman G.L. Interpesonal Psychotherapy for depression. // John Wiley & Sons, Inc., 1990. – 36 p.

PROSPECTS FOR THE USE OF PSYCHOTHERAPY IN PSYCHIATRY

Bobrov A.E.

V.P. Serbsky National Research Medical Center of Psychiatry and Narcology,
Moscow, Russia

Over the past few decades, psychotherapy has become more and more widespread. However, this process has been largely spontaneous. The aim of this study is to explore the possibilities and potential of the methodologically sound use of psychotherapy in psychiatry.

Based on the analysis of the literature and the available scientific and practical experience, we can conclude that the active use of psychotherapy in psychiatry would significantly affect its methodology. This would lead to an expansion of the scope of psychiatry and the inclusion of interpretive and clinical experimental approaches.

ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ИЛИ ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ: ОПРЕДЕЛЕНИЯ, ИСТОРИЯ И ПРАКТИКА ПРИМЕНЕНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Бойко С.Л.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

Введение. Можно выделить ряд причин, способствующих возрастанию интереса к психологической помощи в организациях здравоохранения психиатрического профиля. Во-первых, наличие научных данных, свидетельствующих о том, что неблагоприятное течение психического заболевания может быть обусловлено негативным воздействием институционализации (обедненная больничная среда включает как статические компоненты (уют, комфорт и прочее), так и динамические компоненты (система отношений между медицинским персоналом и пациентами в стационарных отделениях)). Во-вторых, потеря пациентами психиатрических стационаров навыков независимой жизни, увеличение «симптомов дефицита» и возникновение явления «госпитализма» при длительном пребывании в психиатрических учреждениях здравоохранения. В-третьих, повышение уровня осведомленности пациентов и их семей о психических заболеваниях. В-четвертых, изменение взглядов на причины возникновения и течение психических заболеваний, что привело к новому пониманию роли психосоциальных факторов в развитии и прогрессировании эндогенных психических расстройств.

Цель: исторический анализ и уточнение практики применения понятий «психосоциальная реабилитация» и «психологическая помощь» в соответствии с национальным законодательством Республики Беларусь.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ содержания терминов «психосоциальная реабилитация» и «психологическая помощь» (Закон Республики Беларусь от 30 июня 2022 г. № 183-З «О правах инвалидов и их социальной интеграции», Закона Республики Беларусь «О здравоохранении» от 18 июня 1993 г. № 2435-XII, Клинический протокол оказания медицинской реабилитации пациентам с психическими и поведенческими расстройствами в организациях здравоохранения, 2017 г.). Определены исторические подходы к оказанию нефармакологической помощи и социальной поддержки инвалидов вследствие психических и поведенческих расстройств (публикации и электронные коллекции медицинских книг и журналов издательств: Springer Link, Oxford university press, The New England Journal of Medicine, The British Medical Journal, баз данных SCOPUS компании Elsevier, платформы EBSCO, PubMed, в Научной электронной библиотеке, электронном каталоге Российской государственной библиотеки, научной библиотеке ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России). Общее количество публикаций, вошедших в анализ составило 197. Работа выполнена в соответствии с заданием по гранту Президента Республики Беларусь в области здравоохранения (распоряжение Президента от 27.01.2025 № 15 рп).

Результаты исследования.

Психические и поведенческие расстройства имеют одни из самых высоких показателей инвалидности среди различных заболеваний (Дмитриева Е.Г., Семке А.В., 2018). В связи с этим особую социальную значимость приобретает предоставление психологической помощи как пациентам, так и их родственникам (Лиманкин О.В., Трущелев С.А., 2019) [4]. К сожалению, уровень жизни лиц с психическими расстройствами и расстройствами поведения значительно ниже по сравнению с другими социальными группами пациентов (Качаева М.А., Шпорт С.В., 2017; Кекелидзе З.И., 2019) [5].

Основы психосоциальной реабилитации и восстановительной терапии пациентов с психическими расстройствами были заложены еще в 50-60 гг. XX в. сотрудниками Ленинградского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева. В Ленинграде был создан первый дневной стационар (М. М. Кабанов), в 1966 г. в институте было открыто первое в стране научное отделение реабилитации (восстановительной терапии), в котором реализовывались идеи превращения клинического психиатрического отделения в терапевтическое сообщество, стали разрабатываться вопросы психотерапии психозов, были созданы условия для активного использования психотерапевтических методов. В 60-х годах XX века быстрыми темпами развивалась трудовая терапия (цеха лечебно-трудовых мастерских). Современное определение психосоциальной работы дали И.Я. Гурович и А.Б. Шмуклер (2002), как «восстановление нарушенных когнитивных, мотивационных и эмоциональных ресурсов личности, обеспечивающее интеграцию в общество пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения» [1].

Социальная защита инвалидов является одним из приоритетных направлений государственной социальной политики в Республике Беларусь. В соответствии с Законом Республики Беларусь «О предупреждении инвалидности и реабилитации инвалидов» выделяются четыре основных вида реабилитации: медицинская, профессиональная, социальная и трудовая. Однако термин «психосоциальная реабилитация» в статье 1 указанного Закона не упоминается [2,3].

В настоящее время психологическая помощь пациентам и их родственникам представляет собой одно из наиболее значимых направлений в медицине. Она может оказываться на различных этапах лечения пациентов с психическими и поведенческими расстройствами как в психиатрических учреждениях, так и непосредственно в сообществе. В соответствии с рекомендациями ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья» (2018) амбулаторный этап медицинской реабилитации (этап социализации, практического освоения приближенных к прежним или новых для пациента ролевых функций) осуществляется в отделениях дневного пребывания пациентам при отсутствии необходимости круглосуточного медицинского наблюдения, при наличии способности к самостоятельному передвижению и самообслуживанию, с уровнем физических, умственных и психических способностей, соответствующих положительному прогнозу восстановления функций. На данном этапе могут быть осуществлены следующие мероприятия: психообразование, психологическая помощь, психологическая коррекция, психологическая профилактика, психологическое просвещение, консультирование пациентов по социальным вопросам; проведение занятий с пациентами по формированию социально-бытовых навыков и социально-правовой грамотности (Старцев А.И. и соавт., 2018).

В Республике Беларусь разработан ряд программ психообразования, направленных на обучение пациентов и их родственников, охватывающих такие состояния, как шизофрения и расстройства, близкие к ней, депрессия, тревожные расстройства, расстройства сна, эпилепсия и пароксизмальные расстройства.

Выводы.

Термин «психосоциальная реабилитация», широко применяемый в международной практике, в законодательстве Беларуси относится к категории медицинской реабилитации.

Психосоциальная реабилитация и психологическая помощь — это два взаимосвязанных, но различных подхода к поддержке людей с психическими расстройствами или трудностями в жизни.

Психосоциальная реабилитация — широкий и комплексный подход, который может включать элементы психологической помощи, но также охватывает и социальные аспекты жизни человека.

Психологическая помощь инвалидам с психическими расстройствами играет ключевую роль в формировании адаптивного поведения, связанного с психическим здоровьем, и улучшении качества жизни, а для родственников

инвалидов с психическими расстройствами – в поддержании их психического здоровья, укреплении семейных связей и создании более гармоничной и поддерживающей среды для всех членов семьи.

Список литературы:

1. Гурович, И.Я. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. / И.Я. Гурович, А.Б. Шмуклер, Я.А. Сторожакова // М.: МЕДПРАКТИКА-М. – 2007. – 47 с.
2. О правах инвалидов и их социальной интеграции [Электронный ресурс] : Закон Респ. Беларусь, 30 июня 2022 г. № 183-З // Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь. – Режим доступа: <https://pravo.by/document/?guid=3871&p0=v19302435>. – Дата доступа: 30.01.2025.
3. О здравоохранении [Электронный ресурс] : Закон Респ. Беларусь, 18 июня 1993 г., № 2435-ХП : в ред. Закона Респ. Беларусь от 25.10.2023 г. // Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь. – Режим доступа: <https://pravo.by/document/?guid=3871&p0=v19302435>. – Дата доступа: 30.01.2025.
4. Кабанов, М. М. Проблемы реабилитации психически больных и качество их жизни / М.М. Кабанов// Социальная и клиническая психиатрия. 2001. – Т. 11, – № 1. – С. 22–27.
5. Лиманкин, О.В. Актуальные проблемы внедрения реабилитационных технологий в практику психиатрических учреждений / О.В. Лиманкин// Социальная и клиническая психиатрия. 2012. – Т. 22. – № 3. – С. 99–106.

PSYCHOSOCIAL REHABILITATION OR PSYCHOLOGICAL ASSISTANCE: DEFINITIONS, HISTORY AND PRACTICE OF APPLICATION IN THE REPUBLIC OF BELARUS

Boiko S.L.

Grodno State Medical University Grodno, Belarus

The article provides a historical analysis and clarification of the practice of applying the concepts of “psychosocial rehabilitation” and “psychological assistance” in accordance with the national legislation of the Republic of Belarus.

САМОУБИЙСТВО В СИСТЕМЕ УПРАВЛЕНИЯ КЕЙСАМИ

Букин С.И.

*Гродненский областной клинический центр «Психиатрия-наркология»,
Гродно, Беларусь*

Введение. Модели суицидального поведения (СП), обращенные к социобиопсихологическому подходу характером личностных переживаний в пресуициде, как к первоисточнику факторов риска и триггеров, в генезисе суицидальных действий проходят стандартные фазы от депрессивных мыслей

и антивита́льных высказываний – до суицида́льных пригото́влений, попыток и собственно акта самоубийства (СУ) [1]. Наличие именно определенных этапов в СП, по нашему мнению, имеет значение стратегической задачи исследования СП, поскольку выводы об основных принципах принятия решений о совершении летальных суицида́льных действий на основе технологий адаптивного кейсменеджмента позволяют создать условия для превенции СУ и СП без установления их причин.

Ключевые слова. Архитектура управления, кейсменеджмент, первичная профилактика, пресуицид, самоубийство

Цель. Определить условия принятия решений о летальных суицида́льных действиях с позиций адаптивного кейсменеджмента.

Материал и методы. В работе использованы статистические данные по Гродненской области за период 2004-2023 годов о частоте самоубийств, опубликованные результаты собственных исследований. Выполнен анализ зарубежной и отечественной литературы, результаты которого использованы в аналитическом исследовании, в том числе, в формальных математических моделях.

Результаты и обсуждение. Человек наделен интеллектом возможностью выбора наиболее успешных практик для решения актуальных задач. Наличие у него в каждой единице времени иерархического списка их приоритетов и конкуренций представляет собой комбинированную модель многопоточной и асинхронной архитектур управления процессами (МУП) программной среды, в которой серверными функциями менеджмента управляет сам человек [2]. Такая информационная платформа обеспечивает возможность детализации на высоком уровне содержимого кейсов и решения задач низкого приоритета и определяет наличие у каждого «библиотеки» своих операционных решений и их систем.

Кейс-менеджмент (КМ), как система решений внешних задач, представлен особым видом архитектуры управляемого объекта и основан на обобщении и систематизации процессов, как отдельных проектов, в виде «кейсов». В этой системе технологии адаптивного КМ (АКМ) на основе успешных практик n -х уровней обеспечивают формирование «библиотек» их решений $n+x$ уровней на основе задач текущего времени. В такой многоуровневой «библиотеке» успешных практик присутствуют правильные решения исключительно прошлого, чем и объясняются сложности поиска решений в условиях темпоральных изменений содержания кейсов, ведущих к утрате прямой связи между типовыми задачами и их решениями.

Индивидуальные кейсы безвозвратны и нуждаются в непрерывном обслуживании, что отвлекает ресурсы, существенно снижая эффективность социального функционирования и качество жизни при решении кейса «СУ» [3]. И если человек начинает обслуживать вопрос смерти, высока вероятность потери контроля над влиянием собственной модели отношения к ней на аксиомальные жизненные категории, определяющие поиск решений. Тогда решение кейса «СУ» n уровня становится невозможным из-за отсутствия

конечных знаний о нем и идентичности кейсов n -х уровней в случае летальных действий и соответственной подмены в содержании кейса «СУ» определенных исходных данных на неизвестные производные автономных актуальных субкейсовых процессов. Такой вывод определяет, что суицидальные действия – сгенерированный АКМ аналог решений «успешных» по мнению суицидента кейсов n -х уровней его «библиотек».

Таблица 2. – Комплексная оценка сильных и слабых сторон модели принятия решений о самоубийстве (SWOT –анализ)

Внутренние факторы	
Сильные стороны	Слабые стороны
Наличие «библиотек» решений	Отсутствие «правильных» решений и объективного менеджмента качества
Внешние факторы	
Возможности	Угрозы
Сведения о решениях кейсов «СУ» поступают из десинхронизированных источников	Низкая субъективная идентификация рисков и невостребованность первичной профилактики

Результаты SWOT-анализа свидетельствуют об отсутствии у человека кейсов «СУ» n уровня при наличии суицидального поведения и $n+1$ уровня – до его развития. Это обуславливает построение человеком алгоритма решения кейса «СУ» на основе субаксиомальных решений, не имеющих «правильных» ответов, и приобретающих значение истинных в условиях отсутствия системы объективного менеджмента качества [4].

Наличие у человека, как администратора МУП, в каждой единице времени неопределенного множества кейсов и задач в диапазоне $[n-x..n+x]$ нуждается в сортировке и обслуживании их очереди или тайм-менеджменте (ТМ):

Таблица 1. – Матрица технологических уровней (Эйзенхауэра)

Критерий	Срочно		Не срочно	
Важно	А (сделать)		В (запланировать)	
	a(n+x)	n+x	b(n+x)	n
	a(n-x)		b(n-x)	
Не важно	С (делегировать)		D (удалить)	
	c(n+x)	n±x	d(n+x)	n±x
	c(n-x)		d(n-x)	

Примечания – $a(n+x/n-x)$, $b(n+x/n-x)$, $c(n+x/n-x)$, $d(n+x/n-x)$ - наличие типового решения кейса «СУ»; $n-x$, n , $n+x$ - уровни решений кейсов «СУ»; $n \in \mathbb{N}$, $x \neq 0$.

Сортировка и ранжирование задач обременены лимитом времени и вопросом состоятельности «библиотек» решений для перевода проблемного вопроса в плановый (из квадрата «А» в квадрат «В»). В рассматриваемой модели принятия решений присутствуют 4 компонента: центральная информационная платформа (МУП, администрируемая человеком) и периферийные компоненты - технологии АКМ, ТМ и кейсы. Их взаимное влияние и обусловленность социальной средой создают сложноподчиненные исходные условия выбора. Такое представление об условиях принятия решения

о совершении СУ объясняет импульсивность непосредственно суицидальных действий избыточностью десинхронизированного содержания кейса «СУ», который недоступен обработке ТМ, нуждается в решении и не может быть удален, поскольку определяет актуальные смыслы. И в этом смысле присутствие руминаций и персеверирование на негативных темах в процессе формирования СП – очевидный пример неуспешного применения решений $n \pm x$ уровня ($x \neq 0$) без формирования актуального кейса n уровня, в котором этап пресуицида неограничен во времени и располагается преимущественно в квадрате «В», а суицидальные действия принадлежат квадрату «А» и осуществляются импульсивно, исходя из типового или «успешного» по мнению суицидента решения кейса «СУ» $n \pm x$ уровня ($x \neq 0$) [5].

Результаты исследования характеризуют СУ и САН, как элементы глобальной иерархической системы кейс-менеджмента (кейсов и операционных задач) на уровнях личности и социума, и свидетельствуют о приоритетной значимости решений кейса «СУ» $n \pm x$ уровня ($x \neq 0$) при нахождении человека в типовых для среднестатистического суицидента условиях.

Выводы. Наиболее эффективной превенцией самоубийств является первичная профилактика, поскольку формирует у человека отношение к суициду на этапе отсутствия субъективной необходимости приобретать эти знания впрок и создает условия для формирования и успешного решения кейса «самоубийство» в будущем.

Установленные в работе механизмы принятия решений о совершении суицида свидетельствуют, что в самом акте самоубийства неочевидно наличие решений актуальных проблем, приведших к нему.

Перевод кейса «самоубийство» из категории «важно и срочно» в категорию «важно и не срочно» создает условия для его решения технологиями адаптивного кейсменеджмента на основе успешных несуйцидальных практик.

Список литературы:

1. Хритинин Д.Ф., Есин А.В., Сумарокова М.А., Щукина Е.П. Основные модели суицидального поведения. Сибирский вестник психиатрии и наркологии) 2017; 3 (96): 71–77.

2. Воронцов Ю. А., Михайлова Е. К. Комбинированная архитектура системы конфигурационного управления вычислительной инфраструктурой // International Journal of Open Information Technologies. 2021. №11. [Электронный ресурс] / Ю.А.Воронцов. – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/kombinirovannaya-arhitektura-sistemy-konfiguratsionnogo-upravleniya-vychislitelnoy-infrastrukturoy>. – Дата доступа 08.01.2025.

3. Логинова А.В., Дымченко О.В. Адаптивный кейс-менеджмент VS процессный менеджмент // Развитие экономики и менеджмента в условиях перехода к цифровой экономике. Сборник научных трудов. Под общей редакцией К.А. Бармуты. Ростов-на-Дону, 2021. С. 186-190.

4. Майкова П. Н., Майкова Е. Н., Захарова Ю. О., Андреасян Г. М. Сущность и значение системы менеджмента качества // Форум молодых

ученых. 2020. №10 (50) [Электронный ресурс]/ П.Н. Майкова. – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/suschnost-i-znachenie-sistemy-menedzhmenta-kachestva>. – Дата доступа: 08.01.2025

5. Сагалакова О.А., Трубецв Д.В., Жирнова О.В. Руминации как психологический механизм формирования и поддержания суицидального поведения [Электронный ресурс] // Современная зарубежная психология. 2022. Том 11. № 1. С. 124–136/ Режим доступа: https://psyjournals.ru/journals/jmfp/archive/2022_n1/Sagalakova_et_al. – Дата доступа: 08.01.2025

SUICIDE IN THE CASE MANAGEMENT SYSTEM

Bukin S.I.

Grodno Regional Clinical Center "Psychiatry-Narcology" Grodno, Belarus

The most effective suicide prevention is primary prevention, since it forms a person's attitude towards suicide at the stage of absence of the subjective need to acquire this knowledge for future use and creates conditions for the formation and successful solution of the "suicide" case in the future. The established mechanisms for making decisions about committing suicide indicate that in the act of suicide itself it is not obvious that there are solutions to the pressing problems that led to it.

Transferring the "suicide" case from the "important and urgent" category to the "important and not urgent" category creates the conditions for its solution using adaptive case management technologies based on successful non-suicidal practices and their integration into the actual content of the case.

ВЫБОР ПСИХОМЕТРИЧЕСКИХ ИНСТРУМЕНТОВ ДЛЯ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ ЗАВИСИМЫХ ОТ АЛКОГОЛЯ ЛИЦ

Валюженич Ю.В.¹, Григорьева И.В.²

¹*Минский городской клинический наркологический центр, Минск, Беларусь*

²*Республиканский научно-практический центр психического здоровья,
Минск, Беларусь*

Введение. Алкогольная зависимость является серьезной медико-социальной проблемой, требующей комплексного подхода к реабилитации.

В Республике Беларусь в настоящее время активно осуществляются реабилитация пациентов с синдромом зависимости от ПАВ как стационарно, так и амбулаторно. Они имеют ряд различий по плотности воздействия, объёму и длительности проведения.

Оценка эффективности реабилитационных программ играет ключевую роль в оптимизации лечения и улучшении прогноза для пациентов. Для объективной и всесторонней оценки необходим тщательный выбор

психометрических инструментов, позволяющих оценить различные аспекты состояния зависимого лица на разных этапах лечения [1]. Выбор конкретных инструментов должен определяться целями исследования, особенностями реабилитационной программы и характеристиками целевой популяции [2].

Цель исследования: Провести обзор психометрических инструментов, которые могут быть использованы для оценки эффективности реабилитации лиц, зависимых от алкоголя.

Материалы и методы: для выбора психометрических инструментов важно использовать комбинацию различных психометрических инструментов: индекс тяжести зависимости (Белорусский Индекс Тяжести Аддикции (Бел-ИТА/В-ASI)); шкала мотивов потребления алкоголя В. Ю. Завьялова (МПА); шкала «Готовность к изменению поведения и стремления к лечению» (SOCRATES) (Miller W.R., Tonigan J.S. 1996); шкала самооффективности Коннор-Дэвидсон (CD-RISC-25); шкала оценки уровней реабилитационного потенциала (Дудко Т.Н., 2004).

Результаты исследования. Используемые инструменты предоставляют комплексную оценку проблем, связанных с употреблением алкоголя, включая медицинские, психиатрические, социальные аспекты. Они позволяют определить степень тяжести зависимости и выявить области, требующие особого внимания в процессе реабилитации. Динамика изменений по Бел-ИТА позволяет оценить влияние реабилитационных мероприятий на снижение тяжести аддикции.

Учет различных факторов, таких как уровень реабилитационного потенциала, мотивация на трезвость, когнитивные способности, социальная поддержка, оценка самооффективности позволит разработать оптимальный набор психометрических инструментов для эффективного реабилитационного курса и спрогнозировать вероятность успеха.

Выводы

Выбор оптимального набора психометрических инструментов позволит учесть все факторы воздействия в процессе реабилитации и провести оценку эффективности проведенных реабилитационных мероприятий.

Список литературы:

1. Мнение врачей - психиатров-наркологов о показателях оценки качества стационарной наркологической помощи в Москве / Е. И. Боровков [и др.]. // Наркология. – 2024. – Т. 23, № 3. – С. 3-13. DOI 10.25557/1682-8313.2024.03.3-13.
2. Эффективность комплексной реабилитационной программы и генетический риск развития наркологических заболеваний: пилотное исследование / Р. Н. Исаев [и др.]. // Вопросы наркологии. – 2015. – № 1. – С. 57-71.

SELECTION OF PSYCHOMETRIC TOOLS FOR ASSESSING THE EFFECTIVENESS OF ALCOHOL-DEPENDENT REHABILITATION

Valyuzhenich Yu.V.¹, Grigoryeva I.V.²,

¹Minsk City Clinical Narcological Center, Minsk, Belarus

²Republican Scientific and Practical Center for Mental Health, Minsk, Belarus

The article provides an overview of psychometric instruments that can be used to assess the effectiveness of rehabilitation of alcohol-dependent individuals. Evaluation of the effectiveness of rehabilitation programs plays a key role in optimizing treatment and improving the prognosis for patients. The choice of specific instruments should be determined by the objectives of the study, the features of the rehabilitation program, and the characteristics of the target population.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ 1 КУРСА

Воронко Е.В., Кузмицкая Ю.Л.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

Введение. В Концепции развития системы образования Республики Беларусь до 2030 года одной из целей определено повышение качества и конкурентоспособности высшего образования. Одним из способов достижения поставленной цели является формирование у выпускников учреждений высшего образования востребованных на рынке труда универсальных и профессиональных компетенций.

Вузовский этап профессионализации является сенситивным периодом для формирования профессиональных компетенций и необходимых личностных особенностей врача. Основными требованиями к личности врача как субъекта труда являются стремление к профессиональному развитию, способность к самоанализу и рефлексии, самоконтролю, анализу ситуации, всецелому принятию другого, терпимость, уравновешенность; способность быстро устанавливать контакт с незнакомыми людьми; уважение человека как личности, оптимистичность [2]. Компетентностный подход в профессиональном образовании заключается в формировании у студентов набора ключевых компетенций, которые они будут в дальнейшем применять для успешной деятельности в определенной профессиональной области, то есть устанавливает новый тип образовательных результатов, не сводимых к комбинации знаний и навыков, а ориентированный на способность и готовность личности к решению разного рода проблем [4]. Образовательная среда вуза – такая психолого-педагогическая реальность, которая создаёт специально организованные условия не только для формирования компетенций, но и для развития и поддержания психологического здоровья

личности, без достаточного уровня которого формирование компетенций будет затруднено.

Психологическое здоровье – определённый уровень личностного развития, позволяющий успешно применять различные способы взаимодействия человека с окружающей средой и стремиться к цели, накапливать позитивные новообразования. Критерии психологического здоровья разнообразны: высокая степень самоактуализации и стремление к идеалу; жизнелюбие, трудолюбие, любознательность, человеколюбие; конгруэнтность; полноценное психическое развитие на всех этапах онтогенеза; способность к внешней и внутренней саморегуляции, позитивный образ Я и Другого, рефлексия и потребность в саморазвитии; отработанная способность к саморегуляции; ориентация на определённую систему ценностей [1].

Условиями, способствующими обеспечению психологического здоровья личности, становятся своевременная психологическая диагностика индикаторов психологического здоровья и психолого-педагогическое сопровождение студентов в образовательном процессе. В связи с чем, одной из важнейших задач образовательной системы становится поддержание, сохранение и, в случае необходимости, коррекция психологического здоровья студентов. Включение студентов в социальное и пространственно-предметное окружение, психологической сущностью которого является совокупность деятельностных и коммуникативных актов взаимоотношений участников образовательного процесса, приведёт к высокому уровню психологического здоровья [3] и позволит развивать личность в целом.

Цель исследования. Изучить особенности проявления основных индикаторов психологического здоровья у студентов медицинского университета в образовательном пространстве.

Материалы и методы. Теоретико-библиографический анализ; «Шкала самооценки тревоги» Ч. Д. Спилбергера в адаптации Ю. Л. Ханина; Тест эмоционального интеллекта Д. Люсина; «Методика диагностики уровня эмпатических способностей» В. В. Бойко; Опросник уровня агрессивности Басса-Дарки; Опросник эмоциональной креативности; Перцептивная оценка типа стрессоустойчивости; Методика «Стиль саморегуляции поведения» В. И. Моросановой. Эмпирическую базу исследования составили студенты первого курса медико-психологического факультета УО «Гродненский государственный медицинский университет» в количестве 75 человек.

Результаты исследования. Общий уровень саморегуляции (28,63) соответствует среднему уровню проявления процессов саморегуляции, отражающих особенности в планировании и достижении жизненных целей, учитывая значимые внешние и внутренние условия для достижения субъективно-приемлемых результатов. Общий профиль регуляторных процессов представляет собой преобладание гибкости в поведении (5,89), программирования (5,67) и оценки результатов деятельности (5,67).

Личностная тревожность, как устойчивая характеристика, отражающая предрасположенность к тревоге и предполагающая тенденцию воспринимать

ситуации как угрожающие для самооценки и самоуважения, соответствует высокому уровню проявления ($46,16 \pm 9,37$), а ситуативная тревожность, как эмоциональная реакция на стрессовую ситуацию ($43,12 \pm 13,02$) соответствует низкому уровню проявления.

Стрессоустойчивость, как совокупность качеств, позволяющих устойчиво переносить действие стрессоров без дезорганизующей деятельности эмоциональной реакции, имеет низкие показатели ($3,47 \pm 1,65$).

Проявления межличностного эмоционального интеллекта ($40,43 \pm 9,87$), внутриличностного эмоционального интеллекта ($41,16 \pm 11,17$), понимание ($40,33 \pm 10,98$) и управление ($41,43 \pm 10,09$) эмоциями у студентов находятся в диапазоне средних значений.

Общий уровень развития эмпатических способностей у студентов, определяющих содержание межличностных отношений и отражающих процессы социальной перцепции, самооценки личности и рефлексии – заниженный ($18,21 \pm 4,15$).

Способность к творческому преобразованию эмоций имеет средний уровень проявления и развития ($96,39 \pm 14,06$), что отражает наиболее эффективное использование уже существующих эмоций, имеющих социокультурную обусловленность и происхождение.

Выводы. Особенности психологического здоровья студентов 1 курса представлены следующими характеристиками: преобладание в поведении, гибкости, программирования и оценки результатов деятельности; недостаточное развитие планирования; склонность воспринимать широкий спектр ситуаций, как угрожающие; способность к пониманию и управлению эмоциями других людей и своих собственных; недостаточное развитие способностей к предвидению событий и реакций собеседника; эффективное использование уже существующих эмоций, имеющих социокультурную обусловленность.

Представленные особенности психологического здоровья студентов 1 курса определяют необходимость разработки коррекционно-развивающих программ развития навыков планирования, дифференциации субъективной значимости ситуации, поставленных задач и достигнутых результатов, субъективной оценки способностей личности, формирования позитивного образа собственного «Я» и интеграции таких программ в образовательный процесс.

Список литературы:

1. Воронко, Е.В. Минимизация вторичной алекситимии студентов в образовательном процессе учреждений высшего медицинского образования : дис. ...канд. психол. наук : 19.00.01. / Е.В. Воронко. – Гродно, 2017. – 269 л.
2. Горобец, Н. Л. Специфика профессиограммы деятельности психотерапевта в контексте интегративного подхода к психотерапии : автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.03 / Н. Л. Горобец ; Ин-т психологии Рос. акад. наук. – М., 2008. – 22 с.
3. Маслова, Т.М. К вопросу о психологическом здоровье студентов вуза / Т.М. Маслова // Вестник ПГУ им. Шолом-Алейхема. – 2021. – № 4 (45). –

Режим доступа: URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/k-voprosu-o-psihologicheskom-zdorovie-studentov-vuza>. – Дата доступа: 29.11.2023.

4. Останина, С.А. Компетентностный подход к обучению студентов вуза в условиях реализации образовательных стандартов третьего поколения / С.А. Останина, Е.В. Птицына // Мир науки. Педагогика и психология. – 2019. – № 5. – Т.7.

FEATURES OF PSYCHOLOGICAL HEALTH OF 1ST-YEAR STUDENTS

Voronko E.V., Kuzmitskaya Yu.L.

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus

The article presents the results of the diagnosis of the psychological health of 1st year students. The features of psychological health that determine the need to develop and integrate correctional and developmental programs into the educational process are stated.

КОРРЕКЦИЯ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ВЕРТЕБРОГЕННЫМ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ

Гаманович А.И., Скребец В.Ю., Мартысевич У.И., Кладкевич А.В., Милюта Ю.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

Введение. Вертеброгенный болевой синдром - одна из наиболее актуальных проблем современной медицины. Это связано не только с ограничением жизнедеятельности и существенными экономическими затратами, но и возникновением сопутствующих психоэмоциональных нарушений [1]. В лечении таких пациентов широко применяются нестероидные противовоспалительные препараты, миорелаксанты и витамины. Однако в настоящее время все больше внимания уделяется коррекции сопутствующих болевому синдрому тревожных и депрессивных расстройств. Ведущую роль в лечении таких пациентов играют антидепрессанты [2].

Цель исследования. Проанализировать диагностику и лечение тревожных и депрессивных расстройств у пациентов с вертеброгенным болевым синдромом.

Материалы и методы. Обследовано 44 пациента, с вертеброгенным болевым синдромом, а так же проведен опрос 29 врачей-неврологов. При обследовании пациенты выполняли тестирование по госпитальной шкале оценки тревоги и депрессии (HADS). Врачи-неврологи заполняли опросник врача-эксперта. Статистическая обработка результатов осуществлялась с использованием программы Microsoft Excel 2010.

Результаты исследования. Средний возраст пациентов $44 \pm 11,7$ года (Me 43,5). Из 44 пациентов 30 мужчин и 14 женщин. Тревожные расстройства выявлены у 13 человек (29,5%), депрессивные расстройства у 9 (20,9%). Лечение антидепрессантами было назначено 11 (25,5%) пациентам, при этом стоит отметить, что в большей степени препараты данной группы назначались без учета тестирования, а по клиническим данным.

Опрос врачей специалистов выявил низкую эффективность проводимой стандартной терапии вертеброгенной патологии, так 13 (48,5%) специалистов отметили уровень эффективности не превышающий 30-50%. Потенциальным фактором риска развития хронической боли все опрошенные специалисты признали наличие тревожного и депрессивного расстройства. Однако, лишь 18 (62,1%) врачей регулярно проводят скрининг на тревожные и депрессивные расстройства. На вопрос по назначению антидепрессантов при хронической боли 6 (20,7%) специалистов ответили, что делают это редко, 14 (48,3%) – иногда, а 9 (31%) – часто. Из опрошенных лиц 9 (31%) врачей затруднились указать точные сроки назначения антидепрессантов, от 1 до 2 недель – 3,4%; от 2 до 3 недель – 10,3%; от 1 до 2 месяцев – 13,8%; от 2 до 3 месяцев – 20,7%; от 4 до 6 месяцев – 20,7%.

Выводы. Таким образом, диагностика тревожных и депрессивных расстройств, при хроническом болевом синдроме, является актуальной задачей в повседневной практике врачей-неврологов. Высокая частота такой патологии и низкая осведомленность врачей по применению антидепрессантов делают необходимым проведение обучающих семинаров и лекций по данной проблеме.

Список литературы:

1. Гаманович, А. И. Оценка качества жизни пациентов с вертебральным болевым синдромом / А. И. Гаманович, А. С. Гиринович, Е. А. Ковальчук // Воен. медицина. – 2021. – № 3. – С. 21-26.
2. Латышева, Н. В. Применение антидепрессантов в общей клинической практике: учебное пособие / Н. В. Латышева, Е. Г. Филатова; Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет). – Москва : Изд-во МАИ, 2021. – 77 с. : ил., табл. : 21 с

CORRECTION OF PSYCHOEMOTIONAL DISORDERS IN PATIENTS WITH VERTEBROGENIC PAIN SYNDROME

**Gamanovich A.I., Skrebets V.Yu., Martysevich U.I., Kladkevich A.V.,
Milyuta Yu.V.**

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus

Diagnosis of anxiety and depressive disorders in chronic pain syndrome is an urgent task in the daily practice of neurologists. The high frequency of this pathology

and the low awareness of doctors on the use of antidepressants make it necessary to conduct training seminars and lectures on this issue.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ КОМБАТАНТОВ С ПСИХИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ

Герасимов А.А., Васильева Л.С.

*Восточно-Сибирский институт медико-экологических исследований,
Ангарск, Россия*

Введение. Спецификой проведения специальной военной операции на Украине является использование малозаметных способов доставки летального оружия на поле боя, что приводит к более выраженным тревожным реакциям, которые доходят до состояния дистресса [1]. Вторым важным отличительным фактором являются мобилизационные мероприятия. Это повлияло на увеличение тревожных, депрессивных расстройств и расстройств адаптации.

Цель исследования. Оценить эффективность оказания медикаментозной и психотерапевтической помощи участникам СВО (специальной военной операции) с невротическими расстройствами, и дальнейшем улучшении качества их жизни.

Материалы и методы исследования. В рамках проведения поисковых научных исследований в условиях клиники ФГБНУ ВСИМЭИ на настоящий момент реабилитационное лечение прошли 106 участников боевых действий специальной военной операции. Их можно поделить на 3 группы:

- Добровольцы – контрактники 60 человек (средний возраст $41,2 \pm 2,1$ года).
- Мобилизованные 28 человек (средний возраст $38,6 \pm 2,6$ лет).
- ОМОН (отряд мобильный особого назначения) 18 человек (средний возраст $41,3 \pm 2,8$ лет).

После осмотра психиатра и установления предварительного диагноза пациенты были направлены к клиническому психологу для прохождения тестирования. В обследовании клиническим психологом использовались: Шкала диссоциации, Миссисипская шкала для оценки посттравматических реакций, Шкала оценки интенсивности боевого опыта, Шкала безнадежности Бека, Шкала Гамильтона оценка депрессии, Шкала оценки депрессии Монтгомери – Асберга, Структурированное клиническое диагностическое интервью, модуль I ПТСР – посттравматическое стрессовое расстройство», Шкала для клинической диагностики ПТСР, Шкала тревоги Спилбергера. Приведенные методики являются психометрическими и/или симптоматическими опросниками, которые позволяют оценить объективно

характер и выраженность клинической симптоматики, ее динамику, эффект от проводимого лечения [4].

В лечении использовались методы физической, медикаментозной (в соответствии с действующими клиническими рекомендациями) и психологической реабилитации: двигательная реабилитация (лечебная физкультура (ЛФК), аппаратная и роботизированная механотерапия, виртуальная двигательная реабилитация, восстановление навыка ходьбы с БОС - биологическая обратная связь), аудиовизуальная полисенсорная релаксация, «Десенсибилизации и переработки движениями глаз» по методу Ф. Шапиро, когнитивно-поведенческая психотерапия, краткосрочная групповая психодинамическая терапия, комплекс кинезиологических упражнений «Гимнастика мозга», эмоционально-образная терапия по Н.Д.Линде, метод BioАСР-диагностики и терапии [4].

Для оценки эффективности лечения рассчитывался уровень статистической значимости различий по F-критерию Фишера.

Результаты исследования. При обследовании в первой группе было выявлено: психически здоровы – 21 человек; F 07.2 – 9 человек; F43.21 – 8 человек; F06.7 – 7 человек; сочетание F32.0 + F07.2 – 4 человека; F43.22 – 3 человека; F32.0 – 3 человека; F41.1 – 1 человек; F41.0 – 2 человека. Во второй группе: психически здоровых – 10 человек; F43.21 – 6 человек; F32.0 – 4 человека; F06.7 – 1 человек; F43.22 – 1 человек; F41.1 – 1 человек; F41.0 – 1 человек; сочетание F43.21 + F07.2 – 1 человек; F43.21 + F10.22 – 1 человек. Третья группа: психически здоровы – 16 человек; F41.1 – 1 человек; F06.7 – 1 человек.

В диагностике мы отошли от концепции ПТСР, так как имеются данные участников карабахского конфликта о наличии у них преимущественно патологии F07, F06, F40 и другие психические заболевания. Сам факт выделения ПТСР в отдельную диагностическую категорию не представляется возможным. Симптомы, выявленные у обследованных пациентов, не соответствуют диагностическим критериям ПТСР по МКБ-10, а укладываются в рамки других нозологий. Это согласуется с данными Е.В. Снедкова, который пишет о том, что критерии ПТСР идентичны критериям реактивных состояний. Следовательно, психическую реакцию на чрезвычайный стресс нельзя рассматривать как специфическую реакцию. Это первая особенность реагирования на травму [2]. Боевая травма действует как провоцирующий или катализирующий фактор [3]. В группе обследованных имеются пациенты с минно-взрывными ранениями 48,9% (45 чел.), огнестрельными травмами 10,9% (10 чел.). Мы выделили основные симптомы психических расстройств по МКБ-10 до и после курса лечения. В таблице 1 представлены симптомы со статистически значимыми улучшениями на фоне лечения.

Таблица 1. – Эффективность комплексной реабилитации участников СВО

Симптомы	До лечения	После лечения
Снижение настроения	62,1%	20,3% *
Агрессия	60,3%	22,0% *
Диссоциация	19,0%	6,8% °
Реакции испуга	20,7%	6,8% ¹
Головокружение	39,7%	10,2% *
Суицидальные мысли	43,1%	5,1% *
Боязнь людных мест	22,4%	3,4 % *
Мышечное напряжение	37,9%	5,1% *
Страх смерти	48,3%	30,5% °
Снижение аппетита	69,0%	11,9% *
Идеи вины	26,2%	6,8% *
Мрачное видение будущего	39,7%	23,7% *
Тревога предвосхищения	19,0%	1,6% *
Снижение концентрации внимания	51,7%	20,3% *
Легкие мнестические нарушения	41,4%	1,9% *
Головная боль	41,4%	15,3% *
Кошмарные сновидения	46,6%	11,9% *
Вегетативная возбудимость	15,5%	5,1% °
Бессонница	50,0%	5,1% *
Паника, страх	15,5%	3,4% *
Фантазии	12,1%	0% *
Эмоциональная лабильность	5,2%	3,4% *
Тревога	58,6%	15,3% *
Снижение уверенности	48,3%	23,7% *
Ангедония	37,9%	8,5% *

Примечание – р – уровень статистической значимости различий по F- критерию Фишера; различия значимы: *– при $p=0,005$, °– при $p=0,02$, ¹–при $p=0,01$

По таким симптомам как избегание ситуаций связанных с травмирующим событием, снижение толерантности к алкоголю и стрессу, утомляемость, социальная отчужденность, эмоциональная притупленность, реминисценции, фантазии, идеи отношения, подозрительность статистически значимого улучшения не получено.

Выводы. В соответствии с критериями МКБ-10 у обследованных пациентов не выявлено ПТСР, а имеются признаки других психических расстройств. Комплекс реабилитационных мероприятий, использованный при лечении, дает статистически значимое улучшение психического здоровья комбатантов.

Список литературы:

1. Сукиасян С.Г., Григорян А.К., Тадевосян М.Я., Бабахабян А.А. Прогностическое значение симптомов боевой травмы для раннего развития посттравматических стрессовых расстройств. // Современная терапия психических расстройств. – 2024г. – №1. – С. 3-9.

2. Посттравматическое стрессовое расстройство в парадигме доказательной медицины: патогенез, клиника, диагностика и терапия: методические рекомендации / авторы-сост.: А.В. Васильева, Т.А. Караваева, Н.Г. Незнанов, К.А. Идрисов, Д.В. Ковлен, Н.Г. Пономаренко, Д.С. Радионов, Д.А. Старунская, Ю.С. Шойгу. – СПб.НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева, 2022. – 33 с.

3. Руководство для врачей. Медицинская реабилитация комбатантов с посттравматическим стрессовым расстройством / под редакцией академика РАН Е.В. Крюкова «ГЭОТАР-Медиа». – Москва, 2025. – 304 с.

4. Клинические рекомендации. – Посттравматическое стрессовое расстройство – 2023-2024-2025 (28.02.2023) – Утверждено Минздравом РФ.

ASSESSMENT OF THE EFFECTIVENESS OF COMPREHENSIVE REHABILITATION OF COMBATANTS WITH MENTAL DISORDERS

Gerasimov A.A., Vasilyeva L.S.

East Siberian Institute of Medical and Ecological Research, Angarsk, Russia

This paper evaluates the effectiveness of complex treatment of combatants with combat trauma and mental disorders. After complex treatment including motor rehabilitation, drug treatment and psychotherapy, statistically significant improvement in the condition of patients was obtained in the form of a decrease in clinical manifestations in accordance with the ICD-10 criteria.

БУДУЩЕЕ ЦИФРОВОГО ФЕНОТИПИРОВАНИЯ В ПСИХИАРИИ

Григорьева И.В., Каминская Ю.М., Матюш А.Д.

*Республиканский научно-практический центр психического здоровья,
Минск, Беларусь*

Введение: Цифровое фенотипирование представляет собой новую парадигму в психиатрии, позволяющую более точно и индивидуализированно классифицировать пациентов, основываясь на их поведенческих, когнитивных и эмоциональных характеристиках, измеряемых с помощью цифровых технологий. Именно, в связи с этим вопрос цифрового фенотипирования является актуальным для психиатрии.

Цель исследования: проанализировать исследования, в области цифрового фенотипирования и его влияние на психиатрию.

Материалы и методы: анализ литературных источников

Результаты исследования: Проанализировано более 15 источников зарубежных публикаций с исследованиями влияния цифрового фенотипирования на психиатрическую практику.

В своем исследовании Evan M. Kleiman, Brianna J. Turner, et al. (Эван М. Клейман, Брианна Дж. Тернер и др.) (2022) использовали мониторинг в реальном времени (на основе смартфона) для оценки суицидальных мыслей и выяснения существования разных подтипов суицидальных мыслей. Анализ проводился четыре раза в день в двух выборках: взрослые, которые пытались покончить жизнь самоубийством в прошлом году, набранные с интернет-форумов (n = 51 участник с общим количеством ответов 2889, опрос в течение 28 дней; возраст варьировался от 18 до 38 лет) и психиатрические стационарные пациенты с недавними суицидальными мыслями или попытками (n = 32 участника с общим количеством ответов 640, опрос в течение всего стационарного лечения, возраст варьировался от 23 до 68 лет).

Анализ латентного профиля использовался для выявления различных фенотипов суицидальных мыслей на основе частоты, интенсивности и изменчивости таких мыслей. В обеих выборках было выявлено пять различных фенотипов суицидального мышления, которые различались в основном по интенсивности и изменчивости суицидальных мыслей. Участники, чей профиль характеризовался более тяжелыми, постоянными суицидальными мыслями (имели более высокие средние значения и низкую изменчивость около среднего значения), с наибольшей вероятностью совершили недавнюю попытку самоубийства [3].

Alex Chia, В Zhang (А. Чия и В. Занг) (2021) проанализировали имеющиеся данные в статьях, посвященных цифровому фенотипированию в психиатрии, но и исследовали свои выводы для диагностики психиатрических расстройств, использовали пассивный сбор данных (passive sensing) для управления или диагностики, использовался подход нарративного синтеза из-за неоднородности и изменчивости сообщаемых результатов и типов результатов. Они провели анализ в четырех базах данных: PubMed, Ovid MEDLINE, PsycINFO и Web of Science, с момента их создания до 2021 года. Из 10506 выявленных статей они выделили в общей сложности 107 статей. Количество опубликованных исследований по теме цифрового фенотипирования увеличилось более чем в десять раз с 2 в 2014 году до 32 в 2021 году, что иллюстрирует большую заинтересованность в данной области исследований. Однако значительная часть из них (49% всех исследований и 87% первичных исследований) были доказательством концепции, пилотными или корреляционными исследованиями, изучающими потенциал цифрового фенотипирования. Большинство (62%) опубликованных первичных исследований оценивали людей с депрессией (21%), биполярно-аффективное расстройство (18%) и обсессивно-компульсивное расстройство (23%) [2].

Они сделали вывод, чтобы достичь консенсуса относительно лучших методов сбора и обработки данных необходимо больше междисциплинарного сотрудничества между врачами и другими сферами помощи, чтобы обеспечить статистически мощные клинические испытания для доказательства клинической полезности.

Таким образом, ключевые вопросы для будущих исследований включают вопрос, как выявленные фенотипы проспективно связаны с будущим суицидальным поведением.

Выводы: Цифровое фенотипирование базируется на принципах фенотипирования, изучающего внешние проявления генотипа, однако в данных исследованиях отмечены цифровые данные, полученные из повседневной жизни пациентов.

Цифровое фенотипирование в психиатрии является тем направлением, которое способствует развитию прогнозной и персонализированной медицинской помощи относительно предупреждения суицидального риска и других негативных последствий психических и поведенческих расстройств.

Список литературы:

1. James Benoit, Henry Onyeaka, Matcheri Keshawan, John Torus // A systematic review of digital phenotyping and machine learning in psychosis spectrum disorders./PMID: 32796192 DOI: 10.1097/HRP.0000000000000268.
2. Evan M. Kleiman, Brianna J. Turner, et al.//Digital Phenotyping of Suicidal Ideation./PMID: 29637663 DOI: 10.1002/da.22730.
3. Digital Phenotyping: A Mobile Health Approach to Psychopathology Authors: Mychailyszyn, M.P., et al. Overview: J Med Internet Res. 2023 Oct 4;25:e44502. doi:10.2196/44502.
4. Torous, J., et al.//The Role of Digital Phenotyping in Precision Medicine for Mental Health Authors: Overview: September 2024. Journal of Mental Health33(4):439-442.
5. Munizza, J., et al.//Understanding Digital Phenotyping: Opportunities and Challenges in Mental Health/ Overview:PMID:36001220DOI:10.1007/s11920-022-01358-9

THE FUTURE OF DIGITAL PHENOTYPING IN PSYCHIATRY

Grigorieva I.V., Kaminskaya Y. M., Matyush A.D.

*Republican Scientific and Practical Center for Mental Health
Minsk, Belarus*

Digital phenotyping is based on the principles of phenotyping, which studies the external manifestations of the genotype, but these studies note digital data obtained from the daily life of patients. The study analyzes studies in the field of digital phenotyping and its impact on psychiatry.

СОПОСТАВЛЕНИЕ КОПИНГ-СТРАТЕГИЙ И ТАБАКОКУРЕНИЯ

Григорьева И.В., Каминская Ю.М., Вольхина Д.С., Матюш А.Д.
Республиканский научно-практический центр психического здоровья,
Минск, Беларусь

Введение. В настоящее время существует множество работ, посвященных табачной зависимости. Однако, немногие из них подробно рассматривают стратегии преодоления (копинг-стратегии) при этой зависимости. Копинг-стратегии определяются как действия, направленные на защиту от стрессовых ситуаций или уменьшение их воздействия [1]. Этот термин впервые применила психолог Луис Мерфи в 1962 году для обозначения детских способов борьбы со стрессом. Позднее Ричард Лазарус использовал этот термин в своей работе «Психологический стресс и процесс совладания» (1984).

С психологической точки зрения, стресс – это реакция организма на внутренние или внешние угрозы, вызывающие напряжение. Он может возникать из-за изменений в окружении, конфликтов, травм, неопределенности или перегрузки информацией, а также при недостатке ресурсов для адаптации. Выделяют два основных типа копинг-стратегий: проблемно-ориентированные и эмоционально-ориентированные.

Проблемно-ориентированные стратегии включают поиск информации, активное преодоление трудностей, пересмотр целей, поиск социальной поддержки и переоценку событий. Эмоционально-ориентированные стратегии включают выражение эмоций, дистанцирование, использование юмора и расслабление. Преобладание определенных стратегий зависит от социокультурного контекста и, частично, от пола [2].

С психологической точки зрения, зависимость может быть способом уменьшения дискомфорта, справления со стрессом, тревогой или депрессией. Также важны наследственность, окружение и уровень жизнестойкости [3].

Изучение копинг-стратегий необходимо для понимания механизмов преодоления, замены негативных стратегий, и укрепления психологических ресурсов, что способствует эффективному лечению табачной зависимости [4].

Материалы и методы: Проведен анализ способов реагирования на возникающие повседневные стрессы у лиц, зависимых от табака. Анализ проводился посредством методик: «Тест Хейма» – для выявления копинг-стратегий в стрессовой ситуации. «Тест Лазаруса» – для выявления преобладающих копинг – стратегий.

Результаты исследования: Выборка лиц, имеющих зависимость от табака, составила 40 человек, 19 женщин и 21 мужчина. Средний возраст лиц, имеющих зависимость от табака 19,9 лет. 2 человека являются служащими, 24 человек имеют полное среднее образование и являются учащимися высших учебных заведений, 8 человек являются безработными, 5 человек являются рабочими, 1 человек является предпринимателем.

По результатам анализа копинг-стратегий в стрессовой ситуации лиц, с синдромом зависимости от табака посредством «Тест Хейма» выявлено, что большинство имеют относительно адаптивные копинг – стратегии в когнитивной (32,5 %) и поведенческой (42,5%) сферах. Однако в эмоциональной сфере преобладали неадаптивные (52,5%) копинг-стратегии. Преобладающей копинг стратегией в эмоциональной сфере было «Подавление эмоций». Полученные данные показывают, что эмоциональная нестабильность может способствовать активному проявлению зависимости от табака, как средства контроля над эмоционально значимыми ситуациями. Так же полученные данные могут указывать на то, табачная зависимость может функционировать как механизм подавления эмоций посредством употребления.

По результатам анализа преобладающих копинг - стратегий лиц, с синдромом зависимости от табака посредством «Тест Лазаруса», выявлены высокие результаты по стратегии «Самоконтроль» у 65% лиц, «Бегство/избегание» у 60% лиц. У людей с табачной зависимостью использование «Самоконтроль» в качестве копинг-стратегии подразумевает умение управлять своими эмоциями и поведением, минимизируя их негативное воздействие на восприятие ситуации. Это выражается в целенаправленном подавлении эмоций, стремлении к самообладанию и высоком контроле над своим поведением. С другой стороны, стратегия копинга "Бегство/избегание" используется для преодоления негативных переживаний путем уклонения от проблемы, например, через отрицание ситуации, фантазирование или отвлечение. При предпочтении этой стратегии могут проявляться инфантильные формы поведения в стрессовых ситуациях.

Полученные данные показали, что наибольшее внимание в процессе лечения от табачной зависимости следует уделить повышению уровня жизнестойкости и изучению эффективных стратегий противостояния стрессу.

Выводы: Оптимальными терапевтическими «мишенями» для молодых лиц, употребляющих табак, являются повышение уровня жизнестойкости посредством упражнений и тренингов, обучение новым механизмам совладания в стрессовых ситуациях, без ухода в зависимость.

Список литературы:

1. Lazarus, R.S. Stress, appraisal and coping/ R. S. Lazarus, S. Folkman. - New York; Springer pub.comp, 1984. – 456 p.
2. Афанасьева Ю.Л. Кросскультурные особенности копинг-поведения мужчин и женщин/ Ю.Л. Афанасьева // Вест.КГУ. Наука. – 2019. - №3. – С. 118 – 122.
3. Леонова К.М. Копинг-стратегии лиц, страдающих зависимостью от психоактивных веществ, с различным уровнем жизнестойкости / К.М. Леонова // Изв. Сарат. ун-та. Нов. сер. Сер. Фил. Психол. Педаг. – 2017. – Т. 17, № 2. – С. 203 – 206.
4. Плахова Т.А. Копинг-стратегии как способ борьбы со стрессовыми ситуациями/ Т.А. Плаханова, К.Р. Гажур, А.А. Фролова // Социально-гуманитарные проблемы образования и профессиональной самореализации

«Социальный инженер-2021»: сб. ст. / Рос. гос. ун-ет им. А.Н. Косыгина; сост. А.В. Силаков. – Москва, 2021. – С.105 – 108.

**SYMBIOSIS OF SURVIVAL: THE PRESENCE
OF COPING STRATEGIES AND TOBACCO SMOKING**
Grigorieva I.V., Kaminskaya Y. M., Volkhina D.M., Matyush A.D.
Republican Scientific and Practical Center for Mental Health
Minsk, Republic of Belarus

The study of coping strategies is necessary for understanding the mechanisms of overcoming, replacing negative strategies, and strengthening psychological resources, which contributes to the effective treatment of tobacco dependence. The obtained results indicate that the optimal therapeutic "targets" for young people who use tobacco are increasing the level of vitality through exercises and training, learning new coping mechanisms in stressful situations, without going into addiction.

**ЗНАЧИМОСТЬ ПСИХОМЕТРИЧЕСКИХ ИНСТРУМЕНТОВ
В ПОВСЕДНЕВНОЙ ПРАКТИКЕ ВРАЧЕЙ-СПЕЦИАЛИСТОВ
ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА**

Гур А.О.
Республиканский научно-практический центр психического здоровья,
Минск, Беларусь

Введение. Сложность психиатрических феноменов и субъективность клинического метода, где оценка расстройств зависит от опыта и концепций врача, создают значительные трудности в создании объективной системы описания психиатрических данных. Эти трудности усугубляются разнообразием взглядов на природу как целостных нозологических единиц, так и отдельных симптомов. В условиях отсутствия валидных, надежных и легкодоступных биологических маркеров, и измеримых мишеней для психических расстройств, оценка психопатологических симптомов и сравнение их в динамике в первую очередь достигаются с помощью стандартизированных и проверенных психометрических инструментов [2]. Они помогают структурировать данные о имеющихся симптомах, сравнивать тяжесть текущих и прошлых эпизодов. Использование шкал позволяет выявлять остаточные симптомы и ранние признаки рецидивов, а также оценить влияние этих симптомов на повседневное функционирование и качество жизни пациента [3,5]. Безусловно, движение в сторону этого подхода способствует более целостной оценке состояния пациентов и разработке индивидуализированного лечения.

Цель исследования. Оценить широту применения психометрических инструментов в повседневной практике врачей-специалистов Республиканского научно-практического центра психического здоровья.

Материалы и методы. Для реализации поставленной цели на базе РНПЦ психического здоровья совместно с сектором наркологического мониторинга и превентологии организационно-методического отдела в сентябре 2023 года была разработана анкета социологического исследования, состоящая из 22 вопросов. В исследование было включено 65 врачей-специалистов (41 врач-психиатр-нарколог, 14 врачей-психотерапевтов, 10 врачей-ординаторов).

Результаты исследования. В результате анализа заполненных анкет получены следующие данные: 34,3% врачей-специалистов активно используют различные психометрические инструменты в своей повседневной работе. 23,5% опрошенных - утверждают, что психодиагностические методики полезны в их работе, но у них отсутствует время для их активного применения. 11,2% – считает клинический метод достаточно эффективным и не прибегает к помощи психометрических шкал в своей повседневной работе. 37,4% специалистов ответили, что им хотелось бы знать больше о психометрических инструментах, чтобы активно их использовать в своей практике.

Выводы. Как показывает настоящее исследование, использование психометрических инструментов врачами-специалистами психиатрического стационара в клинической практике остается ограниченным. Несмотря на то, что использование количественной оценки, позволяет более точно определять тяжесть состояния, психометрические шкалы не получили достаточно широкого распространения среди практикующих врачей [1,4]. Наиболее распространенные причины отказа от использования психометрических инструментов в повседневной работе врача-психиатра включают ограниченное время на прием пациента, отсутствие надлежащей подготовки для использования и последующей интерпретации, а также убеждение в том, что стандартизированные шкалы, являются громоздкими и не практичными в условиях интенсивной клинической работы.

Список литературы:

1. Hur A. Objectification of Psychopathology: the Need for Valid Assessments in the Dynamics of Psychotic Disorders.// *Psychiatry psychotherapy and clinical psychology*. 2024;15(4):452-457.
2. Scott K, Lewis CC. Using Measurement-Based Care to Enhance Any Treatment.// *Cogn Behav Pract*. 2015;22(1):49-59.
3. Hatfield D.R., Ogles B.M. Why some clinicians use outcome measures and others do not.// *Administration and policy in mental health*. 2007;34(3):283-291.
4. Zimmerman M., McGlinchey J.B. Why don't psychiatrists use scales to measure outcome when treating depressed patients? // *The Journal of clinical psychiatry*. 2008;69(12):1916-1919.
5. Stanton K, McDonnell C.G., Hayden E.P., Watson D. Transdiagnostic approaches to psychopathology measurement: Recommendations for measure

selection, data analysis, and participant recruitment. // *Journal of abnormal psychology*. 2020;129(1):21-28.

THE IMPORTANCE OF PSYCHOMETRIC TOOLS IN THE DAILY PRACTICE OF SPECIALISTS OF A PSYCHIATRIC HOSPITAL

Gur A.O.

Republican Scientific and Practical Center for Mental Health, Minsk, Belarus

This study explores the use of psychometric tools in the daily practice of psychiatrists at the Republican Scientific and Practical Center for Mental Health. Despite the recognized importance of these tools in objectively assessing psychiatric symptoms, their application remains limited. Key findings include:

34.3% of specialists actively use psychometric tools;

23.5% find them useful but lack time to apply them;

11.2% rely solely on clinical methods;

37.4% express interest in learning more about these tools.

Barriers to widespread adoption include time constraints, lack of training, and skepticism about their practicality.

Enhancing the use of psychometric tools could improve diagnostic precision, treatment personalization, and overall patient outcomes in psychiatric practice.

ДИССОЦИАЦИЯ КАК МЕХАНИЗМ ЗАЩИТЫ В УСЛОВИЯХ СТРЕССА. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Дюрдь О.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

Введение: Диссоциация – мощный механизм защиты психики при переживании тяжелых травматичных событий. Далее приведен клинический случай переживания глубокой диссоциации с проявлением диссоциативной амнезии и диссоциативной фуги с последующим частичным воспоминанием и воспроизведением переживаемого опыта, который воспринимается как чуждый и не натуральный.

Диссоциация – один из механизмов психологической защиты, который оберегает психику, он включается и спасает в период тяжелых травматичных событий: насилия, военных действий. Диссоциация – разъединение, разобщение связей; бессознательный процесс, разделяющий мышление (или психические процессы в целом) на отдельные составляющие, что ведет к нарушению обычных взаимосвязей; нарушение целостности личности вследствие психотравмирующего воздействия [1]. Диссоциативная амнезия – внезапная неспособность пациента вспомнить информацию, касающуюся лично его. Нарушение столь выражено, что нельзя объяснить простой забывчивостью [3].

Диссоциативная fuga. Неожиданный, внезапный уход пациента из дома или с работы и последующая неспособность вспомнить основные сведения

своей личной жизни [4]. Пациенты в диссоциативной фугой обычно имеют историю постоянного детского насилия, переживания ПТСР, после военных событий. При фуге другая личность, которая функционирует иначе, чем в повседневной жизни и полностью контролирует поведение и сознание человека в психотравмирующей ситуации. Эта часть личности способна путешествовать и вести себя совершенно по-иному.

Диссоциация расщепляет психические процессы, которые обычно находятся в целостности и взаимодействии, это приводит к фрагментации переживаний, способствующие снижению эмоционального заряда.

Диссоциация является фундаментальным свойством психики и лежит в основе многих феноменов, имеющих место как при нормальном функционировании психики, так и во многих видах психопатологии [4]. Множество форм диссоциативных состояний, а так же их распространенность дают основание предполагать, что они занимают важное место в функционировании психики и обладают большой ценностью с точки зрения адаптации к меняющимся условиям привычной природной и социальной среды.

Структурная диссоциация поддерживается за счет того, что психика научается фобическому реагированию, которое в основе своей представляет избегание вторжения травматических воспоминаний и связанных с ними аффектов и мыслей [2]. Диссоциативные части обладают чувством Я, иногда рудиментальным, они представляют собой не отдельные, полностью самостоятельные сущности, скорее особые и отделенные друг от друга в той или иной степени психобиологические системы прежде унитарной личности.

Цель исследования: Проанализировать и описать и клинический случай пациента с проявлением диссоциации.

Материалы и методы исследования: История болезни пациента, анамнестические сведения предоставленные пациентом и родственниками, анализ литературных источников.

Результаты исследования: Клинический случай.

Пациент родился в полной семье, четвертым из пятерых детей. Данных за отягощенную наследственность не предоставляет. В школу пошел в 7 лет, окончил 8 классов. Продолжил обучение, получил средне – специальное образование – электрик. Затем окончил институт, имеет высшее образование – инженер-энергетик. По специальности работал около 5 лет. Затем часто менял место работы, на пенсию ушел с преподавательской должности. Вдовец, один воспитывал сына (жена и ребенок погибли в результате отравления грибами около 30 лет назад). Проживает один. Пенсионер.

Ранее в поле зрения психиатра-нарколога не попадал. Со слов родственников и самого пациента, впервые изменения в поведении появились в 1995г, после того, как вся семья умерла после отравления грибами, а сам пациент находился в отделении реанимации. Пациент собирал грибы и совместно с женой приготовил. Ужинали сам пациент, его жена и младший сын. Следующие события, которые вспоминает пациент, это отделение реанимации. В результате отравления погибли жена и ребенок. После выписки на фоне пережитых

травматичных событий стал проговаривать «я сам не мог собрать ядовитые грибы, на меня кто-то воздействовал, специально заставлял собирать». Так же не может полностью восстановить картину предшествующие описанным выше событиям. В течение следующих 10 лет сам пациент и его сын отмечали эпизоды внезапного исчезновения отца. Сын описывает: «Отец периодически исчезал на несколько дней, где он и что с ним происходит он не рассказывал, потом возвращался, и мы жили дальше». Сам же пациент, эти эпизоды описывает: «Я помню, что собирался в какую – то поездку, ехал на вокзал в соседний город, что происходило со мной не помню, не могу объяснить для чего я это делал и сам процесс сборов не помню». Пациент отмечал, что в последующем появлялись внезапно, отрывочные воспоминания пережитых событий в поездке. Все это время за помощью к специалистам в сфере психического здоровья не обращался. Текущая госпитализация связана с тем, что обратился к психотерапевту, с запросом «поставить защиту от гипноза». Стал высказывать идеи воздействия со стороны одного сотрудника КГБ, который управляет мыслями, действиями, «из-за него все беды, я тогда набрал грибов ядовитых, из-за него он на меня туманом влиял». Осмотрен врачом психиатром, госпитализирован в стационар.

Сознание ясное. Ориентирован всесторононе верно. В отделении пациент первое время подозрителен, насторожен, напряжен. В последующем устанавливается терапевтический контакт с врачом. Делится своими переживаниями. Доброжелателен, улыбчив. Во время воспоминаний о травматичном опыте с грибами наворачиваются слезы на глаза, становится напряженным, раздражительным. Отмечает, что «некоторая часть жизни словно отсутствует», некоторые события которые описывает сын не помнит. Внимание отвлекаемо. Мышление торпидно, последовательно. Критика к своему состоянию снижена. Суицидальные мысли отрицает.

Выводы

Диссоциация механизм, который длительное время функционировал на фоне пережитого травматичного опыта. Благодаря чему длительное время мог функционировать в социуме: профессиональная деятельность, выполнял функции родителя. Момент интеграции, в виде отдельных воспоминаний, эпизодов функционирования отдельно от основной личности, приводит к ощущению чуждости, навязанности, «словно это не мое», и со мной такое не происходило. В этом моменте нужно тщательно диагностировать и разделять последствия пережитого опыта, и попытки интеграции этого опыта с психотическими переживаниями. Хотя при этом один психический процесс не исключает возможность наличие второго.

Список литературы:

1. Журавлев, И.В. Семиотико-психологические механизмы отчуждения при синдроме психического автоматизма / И.В. Журавлев. – М.: МГУ, 2003. – 171 с.
2. Тарабрина, Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса / Н.В. Тарабрина. – М.: СПб. Питер, 2001. – 240 с.
3. Коган, Б. М. Системная психология и социология. / Б.М. Коган, Т. Е Семина // Всероссийское периодическое издание научно - практический

журнал. Проблема диссоциации в психологии и психиатрии – М.: МГПУ, 2010. – 140 с.

4. Ван дер Харт, О. Призраки прошлого. / О.Ван дер Харт., Эллерт Р.С. Нейенхёус., К. Стил // Структурная диссоциация и терапия последствий хронической психической травмы – М.: Когито –Цент, 2016. – 496 с.

DISSOCIATION AS A DEFENSE MECHANISM UNDER STRESS. A CLINICAL CASE

Dyurd O.V.

Grodno State Medical University Grodno, Belarus

Dissociation is a powerful defense mechanism of the psyche during the experience of severe traumatic events. Below is a clinical case of experiencing deep dissociation with the manifestation of dissociative amnesia and dissociative fugue with subsequent partial recollection and reproduction of the experience, which is perceived as alien and unnatural.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПОДРОСТКАМ ГРУППЫ РИСКА ПО ПОГРАНИЧНЫМ ПСИХИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВАМ

***Злоказова М.В., Семакина Н.В., Набатов И.Ф., Истомина Н.В.,
Береснева О.А.***

Кировский государственный медицинский университет, Киров, Россия,

Введение. В рамках реализации национальных проектов охраны здоровья несовершеннолетних в РФ внедряются новые формы психопрофилактики и медико-психологической помощи [4]. В Кировской области разработана и внедрена с 2019 г. межведомственная система мероприятий (СМ) по сохранению психического здоровья подростков [3].

Значимым вектором СМ стало структурирование психообразовательной работы: с родителями, педагогами, учащимися в общеобразовательных организациях с участием медицинских психологов, психиатров, психиатров-наркологов [1, 2]. Проводилось обучение педагогов-психологов по вопросам диагностики пограничных психических расстройств (ППР) у подростков, психопрофилактической работы с группой риска по ППР (ГР) и маршрутизации в медицинские организации в зависимости от наличия субклинических симптомов донозологических психических состояний или клинически оформленного ППР. Для повышения эффективности ранней диагностики учащихся ГР и с ДПС в общеобразовательных организациях региона проводится разработанное программное психодиагностическое скрининг-анкетирование (ППСА) [3].

Цель: оценить эффективность психопрофилактических мероприятий с подростками из группы риска по пограничным психическим расстройствам.

Материалы и методы. Проведено катamnестическое исследование 42 подростков, учащихся двух общеобразовательных школ, средний возраст $-17,6 \pm 0,3$ лет, выделенных в ГР по результатам ППСА и получавших психологическую помощь по месту обучения через год после начала коррекции. Использовались методы: клинико-катamnестический, психодиагностический (ППСА), описательной статистики с применением критерия Манна-Уитни (U-критерий), при достоверности при $p \leq 0,01$.

Результаты. С учащимися, включенными в ГР по ППР, педагоги-психологи в течение учебного года проводили индивидуальную психологическую коррекцию с частотой 1 раз в неделю в течение 2-3 месяцев, далее – 1-2 раза в месяц. В процессе индивидуального консультирования у большинства подростков ГР выявлялись: субъективные ситуационно обусловленные кратковременные в течение 1-2 дней колебания настроения с гипотимическим оттенком; повышенная утомляемость, связанная со школьными нагрузками, проходящая после отдыха в выходные дни или после каникул; эмоциональная лабильность с эпизодами раздражительности или плаксивости, провоцируемые неудачами и неприятностями; тревожные реакции, обусловленные академическими трудностями, проблемными отношениями со сверстниками или родителями. Дополнительную информацию о психосоциальных этиопатогенетических факторах педагог-психолог получал из дневников социально-психологического наблюдения, заполняемых на данных учеников классными руководителями, по просьбе педагога-психолога.

Выявленные психологические субъективные переживания и психосоциальные факторы являлись мишенями психологической коррекции. При выявлении нарушений детско-родительских отношений педагоги психологи проводили – семейное консультирование, при необходимости осуществлялась помощь в преодолении академических трудностей и социальных проблем.

Также в условиях школы использовались новые формы групповой работы, включающие психообразовательный тренинг «Эмоциональный интеллект» с участием обученных волонтеров-студентов медицинского вуза под контролем педагога-психолога.

Катamnез подростков ГР через год после проведенной психологической работы показал достоверное снижение ($p \leq 0,01$) показателей ППСА по шкалам депрессии (с $19,8 \pm 3,5$ до $15,8 \pm 1,6$ баллов), тревоги (с $22,8 \pm 2,7$ до $17,8 \pm 1,8$ баллов), астении (с $24,3 \pm 1,2$ до $20,3 \pm 2,7$) и достоверное повышение ($p \leq 0,01$) уровня социального функционирования по шкале CGAS (с $73,2 \pm 7,02$ до $81,5 \pm 2,40$ баллов), все учащиеся были психически здоровы и не имели значимых психологических проблем.

Таким образом, использование в общеобразовательных организациях ППСА для выявления учащихся ГР по ППР и профилактическая работа с данной группой в динамике способствуют улучшению психического состояния и социального функционирования.

Список литературы:

1. Бочаров, В. В. Роль медицинского психолога в современной системе здравоохранения / В. В. Бочаров, А. М. Шишкова, Е. А. Дубинина. – Текст : непосредственный // Национальное здравоохранение. – 2023. – Т. 4. №1. – С. 12-22.
2. Васягина, Н. Н. Межведомственное взаимодействие и социальное партнерство в профилактике делинквентного поведения подростков / Н. Н. Васягина // Педагогическое образование в России. – 2016 – № 9. – С. 117-122.
3. Злоказова М.В., Семакина, Н. В. Модель сбережения психического здоровья подросткового населения в городе Кирове / М. В. Злоказова, Н. В. Семакина // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 2022. – № 1 (56). – С. 105-110.
4. Макушкин, Е. В. Детская психиатрическая служба страны : монография / Е. В. Макушкин, Ю. А. Фесенко, Д. Ю. Шигашов, М. А. Бебчук. – Москва : Юрайт, 2019. – 259 с.
5. Чубаровский, В. В. Пограничные психические расстройства у обучающихся подростков: распространенность, факторы риска, основы психогигиены / В. В. Чубаровский, И. С. Лабутьева, В. Р. Кучма // Российский педиатрический журнал. – 2018. – Т. 3. № 3. – С. 161-167.

THE EFFECTIVENESS OF PSYCHOLOGICAL ASSISTANCE TO ADOLESCENTS AT RISK FOR BORDERLINE MENTAL DISORDERS

Zlokazova M.V., Semakina N.V., Istomina N.V., Beresneva O.A.

Kirov State Medical University, Kirov, Russia

The article presents the results of the psychological preventive work of psychologists with a risk group for borderline mental disorders in secondary schools in Kirov, conducted in the context of the implementation of a system of measures to preserve the mental health of adolescents.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ УГРОЗЫ: БОРЬБА С ИНТЕРНЕТ-УГРОЗАМИ С ПОМОЩЬЮ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Зотова А.М.

Дальневосточная пожарно-спасательная академия, Владивосток, Россия

Введение. В настоящее время интернет превратился в средство массовой коммуникации и помимо этого стал каналом информации, являясь неотъемлемой частью современной цивилизации, открыл разносторонние взгляды на окружающий мир, расширяя тем самым возможности человека в информационной области. Интернет сети влияют на жизнь людей, переворачивая их мнения и знания, а также ценностные ориентиры [1].

Несмотря на невероятные возможности, которые открываются перед людьми благодаря развитию современных цифровых технологий, люди все чаще сталкиваются с целым рядом проблем в Интернет-пространстве.

К ним можно отнести нарушение прав граждан, осуществление информационно-криминальных действий, недостаточная защищенность личных данных, а также пропаганда и распространение аморальных форм поведения [3].

Актуальность доклада: заключается в проблеме возрастающей угрозы информационно-психологической безопасности личности и в плохой составляющей способов формирования психологической защиты в условиях кардинальных изменений российского общества.

Цель работы: выявить какие интернет-угрозы представляют непосредственную психологическую опасность личности, а также определить основные способы борьбы с ними.

Материалы и методы исследования: в исследование включено аннотирование работ исследователей в области информационной безопасности.

Результаты исследования: Исследователи выделяют три группы угроз безопасности личности в интернет-среде [2,3]:

- небезопасные контакты (общение, которое может привести к сексуальному насилию);
- кибербуллинг: унижения, оскорбления, агрессивные нападки, преследования в Сети;
- материалы «опасного» содержания (противоправный контент) относят широкий спектр материалов, демонстрирующих сцены насилия (в видео, графике (других видах изображений), музыке, текстах), экстремистские призывы и поведение.

Психотерапевтическая помощь рассчитана на помощь людям с психическими расстройствами. Кочетков Никита Владимирович – эксперт в области психологии интернет-зависимости подчеркивает в своих исследованиях актуальную проблему Интернет-аддикции, которая приводит к социальной дезадаптации, депрессии. Глобальная сеть Интернет настолько проникла в нашу жизнь, заставив человека изменить в себе буквально все, включая мировоззрение. К основным методам или этапам борьбы, по словам Соловьевой Елены – психиатр по диагностике и лечению психических расстройств, с интернет-угрозами в психотерапевтической дисциплине относятся: 1 этап – психотерапевтическое консультирование непосредственно со специалистом, который способен определить всю сущность проблемы; 2 этап – оказание помощи, выработка индивидуальной лечебной программы с учетом физиологических факторов; заключительный этап – индивидуальная психотерапия, включающая в себя 5 сеансов продолжительностью 45 минут.

Выводы: Интернет - зависимость сильно проявляется в мире инноваций, что в свою очередь способствует не только успешным шагам в достижении успехов в различных областях жизни, но и ведет к развитию непосредственных угроз, причиняющих вред жизни личности.

Угрозы влияют на человеческое состояние во многом, начиная от психического уровня и заканчивая физиологическим здоровьем человека. В таких случаях важно напрямую обращаться к психотерапевтическому специалисту, способному подготовить индивидуальный план лечения и избавления от проблемы.

Также профилактика интернет-зависимости включает воспитательные мероприятия, проводимыми общественными организациями и учебными заведениями. Так, популяризация здорового образа жизни, вовлечение подростков в благотворительные мероприятия и акции, культурные и тематические беседы – все это способствует снижению уровня воздействия опасных интернет-угроз, улучшая тем самым жизнь человека.

Список литературы:

1. Грачев Г.В. Личность и общество: информационно-психологическая безопасность и психологическая защита. Москва: Когито-Центр, 2003. – 222 с.
2. Губанов Д.А., Новиков Д.А., Чхартишвили А.Г. Социальные сети: модели информационного влияния, управления и противоборства. – М.: Изд-во физико-математической литературы, 2010. – С.
3. Калинин К.К., Урсул А.Д. Информация и культура. Введение в информационную культурологию. Москва: Стратегические приоритеты. – 2015. – 288 с.

PSYCHOLOGICAL THREATS: COMBATTING INTERNET THREATS WITH THE HELP OF PSYCHOTHERAPEUTIC ASSISTANCE

Zotova A.M.

Far Eastern Fire and Rescue Academy, Vladivostok, Russia

Prevention of Internet addiction includes educational activities conducted by public organizations and educational institutions. Thus, the promotion of a healthy lifestyle, the involvement of teenagers in charity events and promotions, cultural and thematic conversations – all this helps to reduce the level of exposure to dangerous Internet threats, thereby improving human life.

СОЦИАЛЬНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ – ВЫЗОВЫ И ВОЗМОЖНОСТИ В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ

Канаева Л.С.

Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского, Москва, Россия

Введение. В последние годы в мире наблюдаются процессы значительных социальных перемен. Начиная с 2020 года мишенями психотерапии стали личностные проблемы, обусловленные социальными процессами в обществе. Трансформации в экономической сфере, духовной жизни человечества привели

к изменению в социальных стереотипах, росту социального напряжения, тревожности, возникновению хронической стрессовой ситуации, неуверенности в завтрашнем дне и формированию «социально-стрессовых расстройств» (ССР) (термин предложен Александровским Ю.А в 1991 г.) [1]. ССР не включены МКБ 10 в терминологию автора, но данное название как нельзя лучше отражает психические расстройства, возникшие под влиянием социально-экономических потрясений. В клиническом аспекте к данной группе заболеваний можно отнести расстройства адаптации, невротические и психосоматические нарушения, формирующихся не сразу, т.к. для осознания происходящих социальных процессов необходимо время. В России ломка общественного сознания и жизненной ориентации в 90-ые гг. привела к разработке концепции социальной психотерапии, наиболее востребованной в клинической практике на сегодняшний день.

Цель исследования: провести анализ данных литературы о возможностях социальной психотерапии для помощи больным с социально-стрессовыми расстройствами.

Материалы и методы исследования: Был проведен анализ статей, находящейся в свободном доступе в поисковых системах Яндекс, Google, PubMed. В поисковом запросе использовались ключевые слова: «социальная психотерапия», «социально-стрессовые расстройства».

Результаты исследования. Концепции социальной психотерапии различаются в западной и российской школах. В своей лекции М.Е. Сандомирский [2] указывает, что на западе под ней понимается, в первую очередь, психотерапия, направленная на изменение социального поведения человека. В России представление о ней заметно шире и ее точкой приложения являются личные проблемы, возникновение которых так или иначе связано с проблемами социального порядка.

Помимо социальных потрясений, для многих стран характерны как глобальные, так и специфические социально-психологические проблемы. К первым нужно отнести разобщенность и снижение социальной интеграции, семейный кризис, состояние одиночества и информационная перегруженность. Из специфических проблем России стоит упомянуть о демографическом кризисе, иррациональности мышления, отсутствии новых социально-культурных стереотипов, коллективной идентичности, личностных ценностей [2, 4].

Социальная психотерапия развивается в нескольких направлениях.

В периоды социальных потрясений перед ней стоят задачи:

- 1) оказание массовой психолого-психотерапевтической помощи населению с использованием интернет-площадок, разработки интегративного подхода, привлечения искусственного интеллекта;

- 2) внедрение методов самопомощи, направленных на обучение человека на решение психологических проблем, с которыми он сталкивается.

Также происходит развитие самих направлений психотерапии [2]. Терапевтические подходы в первую очередь включают обеспечение контакта, руководства, ориентации, эмоциональной поддержки и опыта установления

связей. Основными психологическими теориями, направленными на решение психосоциальных проблем, являются психодинамический, экзистенциальный, поведенческий подходы и терапия осознанности.

В работах неопрейдистов сформировалась так называемая двойная ориентация, направленная на интрапсихические процессы и системные влияния окружающей среды, важные в практике социальной психотерапии. Методы: работа с сопротивлением, формирования терапевтических отношений в ситуации «работы через» и «корректирующего эмоционального опыта», интерпретации.

Поведенческий подход в социальной работе связан с моделями социальной адаптации, модификации поведения, социализацией и направлен на помощь индивидам получить образцы поведения, дающих им возможность успешно функционировать в окружающей среде. Методы: систематическая десенсибилизация, поведенческий контракт, социальное моделирование и ассертивный тренинг.

Экзистенциальный подход рассматривает человек как уникальную личность, имеющую сформированную Я-концепцию и стремящуюся к самореализации, а окружающая среда – как система, состоящая из ряда экзистенциальных ситуаций, которые имеют значение для клиента и ставят его в ситуацию выбора. Сталкиваясь с жизненными ситуациями, личность обретает идентичность и систему ценностей. Методы: оценка ситуации, контракт и интервенции.

Терапия снижения стресса на основе осознанности (MBSR) – это программа, основанная на осознанности (MBP), разработанная для управления стрессом и используемая для лечения других состояний [5]

Выводы: Социальные процессы в современном обществе диктуют приоритетные цели социальной психотерапии: преодоление кризисных явлений, разработку обновленной концепции профессиональной психотерапии, утверждение психотерапии в статусе самостоятельного, академического научного направления и повышение качества оказываемой психотерапевтической помощи.

Список литературы:

1. Александровский Ю.А. Социально-стрессовые расстройства. // РМЖ. 1996; с 11:2.
2. Сандомирский М.Е. «Что такое социальная психотерапия? /Выступление в Минздраве. 2011.
3. Фирсов М.В. Психология социальной работы: Содержание и методы психосоциальной практики: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / М. В. Фирсов, Б. Ю. Шапиро. – 2-е изд., стер. – М.: Издательский центр «Академия», 2005. – 192 с.
4. Kleinschmitt A., Mohrmüller M., Beelmann A. Global Change in Psychotherapy: Influences of Current Social Change on Mental Health and Therapy. Psychother Psychosom Med Psychol. 2025 Jan; 75(1):28-36. doi: 10.1055/a-2457-3479.

5. Niazi A, Niazi S. Mindfulness-based stress reduction: A non-pharmacological approach for chronic illnesses / *North American Journal of Medical Sciences*. 3 (1): 20–23. doi:10.4297/najms.2011.320. ISSN 1947-2714. PMC 3336928. PMID 22540058.

SOCIAL PSYCHOTHERAPY – CHALLENGES AND OPPORTUNITIES IN THE MODERN WORLD

Kanaeva L.S.

*National Medical Research Center of Psychiatry and Narcology
named by V.P. Serbsky, Moscow, Russia*

A number of publications indicate that the population of many countries is experiencing social upheavals of both global and specific nature. The tasks of social psychotherapy are to solve personal problems that arise due to social problems. Work with individuals is carried out, on the one hand, using Internet platforms, artificial intelligence and the development of an integrative approach, and on the other, introducing self-help methods. For this purpose, psychodynamic, behavioral, existential psychotherapy, and mindfulness therapy are used. The priority goals of social psychotherapy in modern society are overcoming crisis phenomena and developing an updated concept of professional psychotherapy.

РОЛЬ СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ В РАЗВИТИИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Климович Е. А.¹, Станкевич Н.С.²

¹*Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь*

²*Городская клиническая больница № 3 г. Гродно, Гродно, Беларусь*

Введение. Алкогольная зависимость (АЗ) - одна из главных угроз для здоровья населения, которая не имеет границ и распространена как в странах с высоким уровнем развития, так и в странах третьего мира.

В последние годы значительно вырос интерес к исследованиям, отвечающим на вопросы о причинах начала потребления подростками алкоголя. Подростковый алкоголизм формируется в среднем с 13 до 18 лет. На сегодняшний день проблема психологической зависимости подростков от алкоголя и других психоактивных веществ выходит на первый план [1, 3].

Большинство ученых согласны, что подростковый возраст является наиболее уязвимым к негативным воздействиям как внешнего, так и внутреннего характера (Я. И. Гилинский, Н. А. Сирота, А. Ю. Егоров, и др.).

Необходимо отметить, что психологические проблемы в подростковом возрасте могут возникать не только в результате физического и полового созревания, но как следствие личностных кризисов или отсутствия социальной поддержки (Г. Навайтис).

Зарубежные исследования показали, что дети и подростки, воспитывающиеся в семьях, где родители страдают алкогольной зависимостью, часто указывают отсутствие социальной поддержки как одну из причин начала потребления алкоголя. При этом социальная поддержка играет ведущую роль в основном на донозологических этапах употребления и злоупотребления алкоголя (П. И. Сидоров). Наличие социальной поддержки снижает вероятность употребления алкоголя примерно на 50% у пациентов, имеющих положительную социальную поддержку и положительные социальные связи, как во время лечения, так и во время реабилитации (Broome K. et al., 2002) [1, 3].

Анализ социальной поддержки и окружение является начальным этапом в решении проблемы детского и подросткового алкоголизма, а также важной составляющей для создания реабилитационных программ [4].

Цель исследования. Оценка влияния социальной поддержки на детей и подростков употребляющих алкоголь.

Материалы и методы исследования. В исследовании приняло участие 305 подростков. Средний возраст исследуемых составил $15,9 \pm 0,8$ лет. В соответствии с целью выборка была разделена на группы основную (ОГ) и контрольную (КГ).

Критерием отбора в группы был балл по тесту AUDIT, среднегрупповые значения ОГ – $6,49 \pm 2,19$; КГ – $2,30 \pm 0,97$ при $p < 0,05$.

Социально-демографические сведения об испытуемых были собраны посредством структурированного интервью, Белорусского индекса тяжести аддикции для клинического применения и обучения ("Б-ИТА", версия 2.3-3.01.2001).

Диагностика АЗ производилась в соответствии с критериями МКБ-10, скрининг-теста AUDIT на выявление нарушений, связанных с употреблением алкоголя. Диагностика уровня социальной поддержки проводилась с помощью опросника социальной поддержки F - SOZU-22 G. Sommer, T. Fydrich, (адапт. А.Б. Холмогорова и соавт.).

Результаты исследования:

По результатам опросника социальной поддержки F - SOZU-22 было выявлено: более высокие показатели по эмоциональной и инструментальной социальной поддержке, высокий уровень удовлетворенности получаемой социальной поддержки со стороны родителей и других значимых взрослых в КГ.

В ОГ получились менее высокие значения по эмоциональной социальной поддержке, что указывает на низкий уровень получаемой социальной поддержки, которая проявляется в виде эмоциональной холодности, отсутствии эмпатии и принятия со стороны взрослого [2].

В ОГ была выявлена обратная корреляции между показателями удовлетворенности социальной поддержкой и эмоциональной ($r = -0,31$, $p < 0,01$), инструментальной ($r = -0,3$, $p < 0,01$) видами социальной поддержки, т.е. чем лучше моральная и материальная поддержка, тем меньше степень неудовлетворенности социальной поддержкой.

При сравнительной характеристике исследуемых групп с использованием частотного анализа было установлено, что 81,8% подростков из ОГ удовлетворены эмоциональной поддержкой, 100% - из КГ ($\chi^2=4,4$; $p<0,05$); 30,5% из ОГ и 100% из КГ удовлетворены инструментальной поддержкой ($\chi^2=39,6$; $p<0,05$); 95,4% подростка из ОГ и 100% из КГ удовлетворены социальной интеграцией, социальной поддержкой удовлетворены 64,2% подростка из основной группы и 100% из КГ ($\chi^2=10,7$; $p<0,05$).

Несмотря на получившиеся достаточно высокие показатели в ОГ по трем видам социальной поддержки, общий уровень удовлетворенности в бальном выражении остается достоверно низким ($p<0,01$).

Выводы. Общий низкий уровень удовлетворенности социальной поддержки родителей и других значимых взрослых приводит к тому, что подросток ощущает одиночество и чувство ненужности, что усугубляет кризис переходного периода и является пусковым моментом для начала употребления алкоголя. Так же важно отметить наличие искаженного восприятия предлагаемой и воспринимаемой социальной поддержки, что подразумевает под собой необходимость структурной реорганизации системы социальной поддержки подростков при составлении реабилитационной программы.

Список литературы:

1. Головей Л. А., Галашева О. С. Роль социальной поддержки и жизнестойкости в социально-психологической адаптации юношей и девушек // Вестник Санкт-Петербургского университета. Психология. 2023. Т. 13. Вып. 4. С. 509–522.
2. Сапоровская М. В., Крюкова Т. Л. Жизненный стиль современника в контексте совладания с трудностями // Вестник ОмГУ. Сер. Психология. 2017. № 4. С. 12–18.
3. Chalder M., Elgar F. J., Bennett P. Drinking and motivations to drink among adolescent children of parents with alcohol problems // Oxford Journals Medicine Alcohol and Alcoholism . 2006.Vol. 41. - P.107 - 113.
4. Clark D. B., Pollock N., Bromberger J. T., Bukstein O. G., Mezzich A. C., Bromberger J. T., Donovan J. E. Gender and comorbid psychopathology in adolescents with alcohol dependence // Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 1997.Vol. 36(9). - P. 1195 -1203.

THE ROLE OF SOCIAL SUPPORT IN THE DEVELOPMENT OF ALCOHOL ADDICTION IN CHILDREN AND ADOLESCENTS

Klimovich E. A.¹, Stankevich N. S.²

¹Grodno State Medical University, Grodno, Belarus

²City Clinical Hospital No. 3, Grodno, Grodno, Belarus

The overall low level of satisfaction with the social support of parents and other significant adults leads to the fact that the teenager feels loneliness and a sense of uselessness, which aggravates the crisis of the transition period and is a trigger for

the onset of alcohol consumption. It is also important to note the presence of a distorted perception of the offered and perceived social support, which implies the need for a structural reorganization of the system of social support for adolescents when drawing up a rehabilitation program.

ВЗАИМОУСЛОВЛЕННЫЙ ХАРАКТЕР СИСТЕМЫ «ВРАЧ-ПАЦИЕНТ»

Королева Е.Г., Савицкий И.С.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

Введение. Любое заболевание является стрессом, значительно дезорганизуя личность и организм. Врач всегда оказывает значительное влияние на пациента, при этом данное влияние может иметь как положительный, так и негативный эффект [2]. Новые условия жизни, создаваемые заболеванием, вынуждают человека часто отказываться от ранее выработанных стереотипов, от сложившегося образа жизни. Что неизбежно требует новых психических усилий, подчас запредельных для данного человека. В этих условиях всякое нарушение деонтологических правил воспринимается значительно острее.

Цель. Обосновать важность правильного взаимоотношений врач-пациент.

Методы исследования: Обзор актуальных данных, доступных в открытых научных источниках, в отношении правил коммуникации в системе врач-пациент.

Результаты. Врач и пациент представляют собой целую систему, имеющую свои специфические закономерности и свою динамику. Данная система, со стороны пациента, состоит из двух ключевых компонентов: влияния патофизиологических процессов на характер субъективно-психологической реакции пациента, а также субъективные особенности личности, которые могут сказываться на объективном ее состоянии. В свою очередь, со стороны врача ключевым в системе, является следующее: его эмоции, его моральные установки, его мысли по отношению к пациенту, которые не могут не влиять в свою очередь на пациента [1,3].

Как следствие, данные отношения носят взаимообусловленный характер. В них проявляются разные стороны жизнедеятельности, как врача, так и пациента, их интеллектуальные особенности и нравственные взгляды. Создание органического единства чувственного и рационального в психотерапевтическом влиянии на пациента, создает оптимальные условия для длительного поддержания терапевтического альянса.

Существуют ключевые расхождения в восприятии лечебного процесса, которые, могут нарушить стабильное функционирование взаимообусловленной системы, которые необходимо учитывать при организации терапевтического контакта [1,3]:

1. Врач, прежде всего, ищет объективные признаки заболевания, а для пациента в центре стоят его субъективные личные ощущения и переживания, вызванные болезнью. Врач обязан внимательно отнестись к субъективным жалобам и понять их природу, должен уловить, какие реальные факторы лежат в основе этих жалоб, найти их объективные или субъективные, психологические причины, определить возможность их положительного использования при обследовании и лечении.

2. Врач часто заинтересован в как можно более полном обследовании пациента, который стремится нередко избежать лишних, особенно травмирующих обследований.

3. Врачу важно более точно поставить диагноз, а пациенту - как можно раньше начать лечение и эффективнее лечиться.

4. Нередко могут расходиться точка зрения и в отношении вида и формы проведения лечения, а также – проводить его стационарно или амбулаторно.

Заключение. Отсутствие должного контакта может привести к полному несовпадению этих точек зрения и соответственно не соблюдению пациентом того плана лечения, который был предложен врачом. Психология страдающего, являясь закономерным вариантом духовного склада здоровой личности, характеризуется двумя элементами: непосредственным страданием, болезненными ощущениями физического порядка (боль) или психического (чувство тоски, страха), психической реакцией на основные проявления данного заболевания.

Список литературы:

1. Ассанович, М. А. Общая психотерапия : учебное пособие / М. А. Ассанович. – Минск : Новое знание, 2017. - 272 с.

2. Актуальные вопросы межведомственного взаимодействия при лечении и реабилитации пациентов, страдающих психическими и поведенческими расстройствами /Докл. респ. науч.-практ. конф. с междунар. участием, Минск, 29-30 марта 2012. - Минск: Проф. издания, 2012. - 65 с.

3. Королева, Е.Г. Деонтология в психиатрии / Е.Г.Королева. Учебное пособие. – Гродно: 2009. – 160 с.

THE INTERCONDITIONAL NATURE OF THE DOCTOR-PATIENT SYSTEM

Koroleva E.G., Savitsky I.S.

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus

The absence of proper contact between the doctor and the patient can lead to a complete discrepancy between these points of view and, accordingly, the patient's failure to comply with the treatment plan proposed by the doctor. The psychology of the sufferer, being a natural variant of the spiritual makeup of a healthy personality, is characterized by two elements: immediate suffering, painful sensations of a physical nature (pain) or mental (feeling of melancholy, fear), a mental reaction to the main manifestations of this disease.

ПСИХОТЕРАПИЯ ПАЦИЕНТОВ С ЭМОЦИОНАЛЬНО НЕУСТОЙЧИВЫМ РАССТРОЙСТВОМ ЛИЧНОСТИ КАК ГРУППЫ РИСКА НАМЕРЕННЫХ САМОПОВРЕЖДЕНИЙ

Любов Е.Б.

Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В. П. Сербского, Москва, Россия

Введение. Эмоционально неустойчивое расстройство личности (ЭрЛ, по МКБ-10) – недостаточно выявляемое и леченое в психиатрической практике неоднородный синдром, что усугубляет риск намеренных самоповреждений.

Цель. Уточнение научно доказательной позиции и ресурсов психотерапевтических воздействий при ЭрЛ.

Материалы и методы. Систематизирован многолетний опыт лечения ЭрЛ в клиниках Московского НИИ психиатрии и психиатрических отделениях городских психиатрических больниц с привлечением анализа научной литературы.

Результаты. Психотерапия – лечение первого выбора – направлена на регуляцию эмоций; реорганизацию и реконцептуализацию деструктивных способов мышления; формирование и закрепление навыков адаптивного совладания с дистрессом; распознавание предупреждающих знаков суицидальных и несуицидальных самоповреждений с планированием кризисной помощи. Клиницисту следует учитывать предпочтения пациента и его право выбора; готовность участия в терапии и его мотивацию к изменениям, способность оставаться в границах терапевтических взаимоотношений, доступность личной и профессиональной поддержки, содействие пациента в формировании запроса, понимание своей роли в достижении желаемых результатов. Необходимо придерживаться согласованного психотерапевтического контракта, включающего оговоренные способы преодоления ситуаций, связанных с суицидальным кризисом. Первая (экстренная) психологическая помощь строится на обеспечении объективной и субъективно воспринимаемой безопасности, формировании надежды на решение проблем, объединения с значимыми людьми. При отсутствии актуального суицидального риска кризисная психологическая помощь дополнена одним или несколькими (в зависимости от задач) психотерапевтическими методами с переходом к длительной и глубокой психотерапии. При суицидальном риске психотерапевт предупреждает пациента о необходимости безотлагательного обращения в психиатрическое учреждение; в случае суицидальной попытки – вызов скорой помощи. При опасности для здоровья, жизни пациента более директивные методы с допущением недобровольной госпитализации. Консультирование семьи облегчает понимание проблемы и путей ее решения. Большое внимание уделено психообразованию. Групповая работа обращена к бессознательному

психическому с использованием проективных методов. Опыт социального взаимодействия в группе, взаимоподдержка, осознание универсальности (как и индивидуальности) страданий благотворно сказывается на самочувствии, социальном функционировании. При комплексной помощи следует соблюдать принцип преемственности и длительности в рамках бригадного полипрофессионального и межведомственного взаимодействий. Ряд методов психотерапевтического вмешательства узко специализированы и требуют специальной подготовки и супервизии. Каждое из направлений обладает своими преимуществами; данных, выделяющих наиболее действенную специфическую форму психотерапии, нет. Они взаимодополняемы и направлены на решение задач, вытекающих из совокупности элементов ситуации. В методах с доказанной эффективностью следующие общие характеристики: 1) структурированный подход к типовым проблемам пациента (как эмоциональная нестабильность и импульсивность, неустойчивость взаимоотношений); 2) стимуляция пациентов к принятию на себя контроля за поступки; 3) помощь в установлении связи чувств и событий/действий (стать «над эмоциями», саморефлексировать); 4) обсуждение пациента с другими специалистами (супервизором). Ключом терапии служит научение адаптивному решению типовых жизненных проблем, провоцирующих самоповреждения. Среди особенностей психотерапии сохранение и поддержание границ пациента и психотерапевта; осмотры психиатра не реже раза в две недели; внимание отношениям «врач-пациент» и обсуждение их как центрального аспекта лечения; развитие у пациента механизмов совладания с импульсивностью, эмоциональной нестабильностью согласно трехшаговым принципам: 1) стабилизация пациента; 2) анализ влияния опыта на актуальное поведение; 3) реорганизация и реконцептуализация мыслей больного и влияния поведения на его межличностные отношения. Рекомендуемый минимум психотерапии – 18 месяцев. Частота сессий адаптирована к потребностям пациента и его «жизненному контексту», желателен вариант дважды в неделю при рутинном суицидальном мониторинге. Психотерапию, в зависимости от тяжести состояния, проводят в стационаре, дневном стационаре, амбулаторно. Некоторые методы доступны врачам общей практики. Терапевты сочетают и адаптируют элементы различных подходов, проявляют их в беседе, при взаимодействии с пациентом. Привлечение близких полезно для эмоциональной поддержки и понимания, терпения и ободрения в свете опасений отвержения и пренебрежения, общих черт эмоционально неустойчивого расстройства личности. Поддерживающая психотерапия используется для кризисного вмешательства и как основной вид помощи при завершении психотерапии; атрибут встреч с профессионалом. Установление эмоциональных, поощряющих, благоприятных отношений с пациентом позволяет пациенту развить здоровые защитные механизмы в межличностных отношениях. Семейная терапия или групповая поддержка обычны при сочетанном злоупотреблении психоактивными веществами или расстройствах пищевого поведения. «План безопасности». Лечение есть общая

ответственность, диалог пациента, его близких и профессионалов при выработке кризисного плана предотвращения самоповреждений из ряда частей: 1) выявление типового набора триггеров риска; 2) совладающие приемы пациента; 3) список людей, готовых обсудить кризис, помочь справиться; 4) ресурсы неотложной помощи (лечащий врач, «телефон доверия»); 5) план переключения – отказ от установки на уход из жизни. Напротив, «договор» пациента и врача о недопущении суицида не имеет клинического и юридического смысла. Психиатр полипрофессиональной бригады вовлекает пациентов и их близких в разработку плана актуальных (изменяемых по ходу выздоровления) реалистических жизненных целей. Самопомощь. Понятное и непротиворечивое объяснение диагноза ЭрЛ побуждает надежду на улучшение и выздоровление; объединяет и объясняет симптомы и указывает терапевтические возможности. Личная значимость диагноза помогает принять обоснованные и ответственные решения о выборе лечения. Полезны примеры выздоровления из самоописаний, онлайн-ресурсы для пациентов и близких. Частью статуса пациента становится выяснение его активности на сайтах и форумах и его предпочтения в Сети (избегание сайтов с деструктивным содержанием). Важно не корить себя и других за болезнь. Членам семьи как ресурсу неформальной помощи показаны группы поддержки во главе с профессионалом и/или обученным добровольцем, по рекомендациям ВОЗ. Здесь учат распознавать источники вспышек гнева или импульсивного поведения, делиться опытом преодоления неудач. К общим рекомендациям относят соблюдение здорового образа жизни. Медитация облегчит контроль эмоций и благотворны для физического самочувствия.

Выводы. Мишени лечения – кластеры суицидогенных симптомов. К умеренно действенным (уровень А доказательности) методам отнесены специализированные психотерапевтические подходы во внебольничных условиях. «Привычные» суицидальные мысли не указывают безрезультативность лечения. Диалектическая поведенческая терапия (ДПТ) специально разработанная, наиболее изученная, и терапия на основе ментализации (ТОМ) более снижают риск самоповреждений и госпитализаций по сравнению с обычным лечением за счет долгосрочного эмоционального контроля. ЭрЛ – одно из самых «ресурсоемких» психических расстройств с медицинской и социальной позиций. ТОМ и ДПТ затратно эффективны по сравнению с обычным лечением. Доказательства эффективности кризисных мероприятий затруднены в связи с недостоверностью эпидемиологических данных; «перехлеста» несуйцидальных и суицидальных самоповреждений; многофакторной их природы; необходимости длительных исследований.

Список литературы:

1. Намеренные самоповреждения при эмоционально неустойчивом расстройстве личности: диагностика, клиника, лечение. Метод. рекомендации. НМИЦ ПН, 2023. Соавт. Любов Е.Б., Миллер Л.В., Емельянов Р.В.

2. Любов Е.Б., Зотов П.Б. Намеренное самоповреждающее поведение при пограничных личностных расстройствах. Часть III: диагноз

PSYCHOTHERAPY OF PATIENTS WITH EMOTIONALLY UNSTABLE PERSONALITY DISORDER AS A RISK GROUP FOR INTENTIONAL SELF-HARM

Lyubov E.B.

*V.P. Serbsky National Research Medical Center of Psychiatry
and Narcology, Moscow, Russia*

Psychotherapy is regarded as the first-line treatment for people with emotionally unstable personality disorder. In recent years, several disorder-specific interventions have been developed. There were moderate to large statistically significant effects indicating a beneficial effect of DBT over with treatment as usual for suicidal behavior and parasuicidality. There were also encouraging results for each of the non-comprehensive psychotherapeutic interventions investigated in terms of both core and associated pathology. Further research is needed into the effectiveness and cost-effectiveness of psychotherapy in everyday practice.

ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА ИГРОТЕРАПИИ В РАБОТЕ С ДЕТЬМИ С СИНДРОМОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ С ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ

Максимова О.Г.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

Введение. Синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ)-представляет собой большую медико-социальную проблему. Актуальность проблемы связана с высокой частотой этого синдрома в педиатрии (2,2-18%) [1]. Существует широкий спектр признанных подходов в лечении СДВГ, один из которых метод игротерапии [2].

Цель исследования. Изучение возможностей и перспектив метода игротерапии в комплексном лечении детей с СДВГ.

Материал и методы. Анализ научной литературы по проблеме коррекции СДВГ у детей посредством игротерапии доступных в поисковых системах Google и PUBMED по запросу «СДВГ», «игровая психотерапия», «лечение СДВГ».

Результаты. Детей с СДВГ изначально находятся в группе риска, у них отмечаются специфические особенности развития когнитивной, эмоциональной и социальной сфер, трудности в обучении, в семейных отношениях. Описанные симптомы проявляются к 7 годам и, как правило, сохраняются с возрастом. В настоящее время накопилось немало клинических данных о распространенности СДВГ, основных симптомах, видах и подвидах данного

синдрома, особенностях развития познавательной, эмоциональной, мотивационной сфер, специфике морфологической структуры коры головного мозга, нейрофизиологических изменениях, отмечаемых при этом типе расстройств [3, 4]. Однако, несмотря на большое количество исследований, этиология и патогенез развития СДВГ до сих пор не выяснены окончательно. Полиэтиологическая природа синдрома и особенности его динамики вызывают необходимость комплексного подхода к его лечению и наблюдению детей с СДВГ неврологами, психиатрами, нейропсихологами, психотерапевтами. Таким образом, лечение детей с СДВГ должно включать комплекс методик, или, как говорят специалисты, должно быть «**мультимодальным**». Только коллективная работа вышеназванных специалистов позволит добиться хорошего результата. Первый уровень – метаболический – предполагает медикаментозные воздействия; выбор препаратов диктуется структурой поведенческого симптомокомплекса. Второй уровень – нейропсихологический – включает нейропсихологическую диагностику и комплексную психомоторную коррекцию онтогенетических блоков мозговой организации деятельности ребенка. Третий уровень-синдромальный - включает комплекс развивающих игр, позволяющих изолированно воздействовать на отдельные элементы синдрома. Четвертый уровень – поведенческий – предполагает разные формы бихевиоральной терапии в соответствии с когнитивной, суггестивной и другими видами психотерапии. Цель – формирование и отработка желаемых моделей поведения. Пятый уровень – личностный – подразумевает использование различных видов индивидуальной и групповой психотерапии, направленной на разрешение внешних и внутренних психогенных конфликтов, личностный рост, эффективное взаимодействие со взрослыми и сверстниками.

Значительная роль в мультимодальном подходе терапии СДВГ принадлежит игровой психотерапии. Игровая терапия – наиболее естественная и эффективная форма работы с детьми и подростками. В работе с детьми раннего возраста (от 1 года до 3 лет) игротерапия иногда становится единственно возможным методом коррекции. Дети более спонтанны и менее способны к рефлексии своих чувств и действий, чем взрослые, их переживания в процессе игры носят более непосредственный характер, не проходя «цензуру» сознания. Игровая терапия применяется в работе с гиперактивными детьми для того, чтобы помочь им преодолеть поведенческие проблемы, зачастую возникающие вследствие импульсивности, сложности саморегуляции. Она «...представляет уникальный опыт для социального и психического развития ребенка. Игровая деятельность активизирует формирование произвольности психических процессов: произвольного внимания и памяти, способствует развитию умственной деятельности, совершенствованию опорно-двигательной и волевой активности». Кроме того, игра помогает установить доброжелательные отношения между взрослым и ребенком, что способствует установлению доверия. А ведь гиперактивные дети в силу своей

импульсивности, гиперподвижности зачастую бывают отвержены как сверстниками, так и взрослыми.

Выводы. Лечение СДВГ – это длительный процесс, который требует терпения, усилий и командной работы родителей, врачей и специалистов. Не все методы лечения подходят всем детям с СДВГ. Важно выбрать подходящий вариант в соответствии с индивидуальными особенностями ребенка. Хочется отметить, что каждое занятие индивидуально и строится с учетом потребностей конкретного ребенка с СДВГ. Раннее выявление СДВГ и своевременное начало лечения позволяет значительно улучшить качество жизни ребенка и свести к минимуму риск развития осложнений.

Список литературы:

1. Лохов М.И., Фесенко Е.В., Фесенко Ю.А. Интеллект ребенка. – СПб.: ЭЛ-БИ-СПБ, 2008. – 128 с.
2. Заводенко Н.Н., Петрухин А.С., Семенов П.А. и др. Лечение гиперактивности с дефицитом внимания у детей: оценка эффективности различных методов фармакотерапии // Московский медицинский журнал. – М., 1998 – С. 19-23.
3. Гузева В.И. Руководство по детской неврологии. – СПб.: СПбГМПА, 1998. – 496 с.
4. Frankel F., Myatt R., Cantwell D.P. Parent-assisted transfer of childrens social skills training; effect on children with and without ADHD // J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 1997; 36: 8: 1056-1064.

PROSPECTS FOR USING THE PLAY THERAPY METHOD IN WORKING WITH CHILDREN WITH ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY SYNDROME

Maksimova O.G.

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus

Treatment of ADHD is a long process that requires patience, effort and teamwork of parents, doctors and specialists. Not all treatment methods are suitable for all children with ADHD. It is important to choose the appropriate option in accordance with the individual characteristics of the child. It should be noted that each lesson is individual and is built taking into account the needs of a specific child with ADHD. Early detection of ADHD and timely initiation of treatment can significantly improve the child's quality of life and minimize the risk of complications.

СУБСТАНЦИЯ P И ЦИЛИАРНЫЙ НЕЙРОТРОФИЧЕСКИЙ ФАКТОР КАК ПОТЕНЦИАЛЬНЫЕ БИОМАРКЕРЫ ТРЕВОЖНЫХ И ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ С ПСОРИАЗОМ

Маркевич Е.Б.

*Гродненский государственный медицинский университет
Гродно, Беларусь*

Введение. Проблемы взаимосвязи психического здоровья и кожи изучаются давно. Взаимодействие между психикой и состоянием кожи двунаправленно и может быть частично объяснено взаимоотношением нейроэндокринной и иммунной систем. Взаимосвязь нейро-иммуно-кожной (NIC) и нейро-иммуно-кожно-эндокринной (NICE) систем основана на сложной и постоянной связи между нейропептидами, цитокинами, нейротрансмиттерами и психологическим стрессом [1]. Стресс может активировать периферические нервы, расположенные в коже, с последующим высвобождением нейропептидов, тем самым активируя тучные клетки (ТК), что приводит к нейрогенному воспалению. Кроме того, стресс приводит к активации оси гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы (НРА) и последующему высвобождению гормонов стресса, а кортикотропин-рилизинг-гормон (CRH) в свою очередь может усиливать дегрануляцию ТК с помощью рецепторов CRH на данных клетках [2].

Учитывая, что псориаз – заболевание, которое у большинства пациентов сопровождается зудом и расстройствами тревожно-депрессивного характера, существует ряд нейроэндокринных и воспалительных показателей, взаимодействующих между собой, секреция которых связана как с интенсивностью зуда, так и с тревогой. Из этих параметров следует выделить субстанцию P (SP), IL-6 и IL-17. Согласно некоторым исследованиям, количество SP и ее рецептора нейрокинина-1 (NK-1R) значительно повышено в нервных волокнах кожи у пациентов с псориазом, сопровождающимся зудом, по сравнению с пациентами, у которых зуд отсутствует. В то же время было показано, что наличие рецептора NK-1 в миндалевидном теле в значительной степени связано с тревожными чертами личности у здоровых людей. Таким образом, согласно установленным взаимосвязям между этими параметрами и тревогой, с одной стороны, и зудом с другой, можно предположить, что связь между тревогой и псориазом, сопровождающимся зудом, может быть опосредована SP, IL-6 и IL-17 [3].

Ещё одним коморбидным псориазу состоянием, имеющим с ним общие патогенетические особенности, принято считать депрессию. Многие воспалительные цитокины, например, SP, выделяемые при псориазе, также выделяются при депрессии. Было обнаружено, что SP взаимодействует с серотонинергической, дофаминергической и норадренергической системами. Поскольку эти системы играют важную роль в патофизиологии депрессии,

предполагается потенциальная роль SP в качестве кофактора и биомаркера при депрессивных расстройствах и тревоге. У пациентов с депрессией в сыворотке крови был выявлен повышенный уровень не только SP, но также провоспалительных цитокинов семейства IL-6, к числу которых относится цилиарный нейротрофический фактор (CNTF). Содержание CNTF в сыворотке крови при различной патологии остается малоизученным. Данный нейтрофин участвует в регуляции развития нейронов и обладает высоким нейропротекторным потенциалом, однако при некоторых клинических состояниях, например при депрессии, CNTF синтезируется и секретируется в мозге в больших количествах, но не проявляет свою защитную функцию. Это связано с тем, что депрессия сопровождается повышением проницаемости гематоэнцефалического барьера, в результате чего CNTF сразу же попадает в кровотоки [4, 5].

Цель исследования. Оценить содержание SP и CNTF в сыворотке крови пациентов с различными клиническими формами псориаза, ассоциированного с психическими расстройствами.

Материалы и методы исследования. Общую выборку составили 150 пациентов, разделенных на 2 группы: 1-я группа – пациенты с псориазом (n=70); 2-я группа – пациенты с коморбидным вариантом псориаза и психических расстройств (n=80).

Количественное определение SP и CNTF в сыворотке крови проводилось методом ИФА с использованием стандартных наборов Human SP (Substance P) ELISA, Human CNTF (Ciliary neurotrophic factor) ELISA, в соответствии с инструкцией производителя на автоматическом анализаторе «Sunrise» TECAN (Австрия).

Статистический анализ проведен с использованием стандартного статистического пакета прикладного программного обеспечения STATISTICA 10,0 (SN AXAR207F394425FA-Q). Для сравнения по количественному признаку использовали U-критерий Манна-Уитни. Результаты количественных данных представлены в виде медианы и значений 25% и 75% перцентилей. Результаты исследования признавались статистически значимыми при уровне статистической значимости $p < 0,05$.

Результаты исследования. Определение количественного содержания SP и CNTF в сыворотке крови у пациентов с псориазом и псориазом, ассоциированным с психическими расстройствами, представлено в таблице 1.

Таблица 1. – Количественное содержание SP и CNTF в сыворотке крови у пациентов 2-х групп

Показатель, единицы измерения	Значение (медиана, 25 и 75% перцентили)		p
	Псориаз (n=70)	Псориаз, ассоциированный с психическими расстройствами (n=80)	
SP, пг/мл	117,0 (100,4;129,0)	132,4 (108,7;191,9)	<0,01
CNTF, пг/мл	1111,5 (458,0;1484,0)	1466,3 (1311,5;1688,1)	<0,001

У пациентов 2-ой группы в сыворотке крови количественное содержание SP и CNTF достоверно выше по сравнению с 1-ой группой пациентов ($p<0,01$ и $p<0,001$ соответственно), что может свидетельствовать о возможной патогенетической роли данных нейтрофина и нейропептида при коморбидном варианте течения псориаза и психических расстройств и требует дальнейшего изучения.

Выводы. Учитывая возможность терапевтического воздействия на уровень продукции нейропептидов и нейтрофинов, полученные данные об их роли в патогенезе псориаза и его коморбидной патологии позволят разработать персонализированный подход к терапии с учетом тяжести заболевания и сочетанной патологии.

Список литературы:

1. Vidal Yucha, S.E. The importance of the neuro-immuno-cutaneous system on human skin equivalent design / S.E. Vidal Yucha, K.A. Tamamoto, D.L. Kaplan // Cell Prolif. – 2019. – Vol. 52, № 6:e12677.
2. Effects of neuropeptides on dendritic cells in the pathogenesis of psoriasis / J. Zhang [et al.] // J Inflamm Res. – 2023. – Vol. 6, № 16. – P. 35-43.
3. Study protocol: Neuro-inflammatory parameters as mediators of the relationship between social anxiety and itch intensity: a cross-sectional, controlled laboratory study in patients with psoriasis and healthy skin controls / M. Schepko [et al.] // PLoS One. – 2023. – Vol.18, № 3:e0281989.
4. Anxiety and depression: what do we know of neuropeptides? / I. Kupcova [et al.] // Behavioral Sciences. – 2022. – Vol. 12, № 8. – P. 262.
5. Маркевич, Е. Б. Анализ полиморфизма гена цилиарного нейротрофического фактора при псориазе, ассоциированном с психическими расстройствами / Е. Б. Маркевич, Д. Ф. Хворик, Т.Л. Степура // Дерматовенерология. Косметология. – 2024. – Т. 10, № 4. – С. 419-428.

SUBSTANCE P AND CILIARY NEUROTROPHIC FACTOR AS POTENTIAL BIOMARKERS OF ANXIETY AND DEPRESSIVE DISORDERS IN PATIENTS WITH PSORIASIS

Markevich E.B.

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus

Considering the possibility of therapeutic effects on the level of production of neuropeptides and neutrophins, the data obtained on their role in the pathogenesis of psoriasis and its comorbid pathology will allow us to develop a personalized approach to therapy, taking into account the severity of the disease and concomitant pathology.

РОЛЬ ЧУВСТВА БЕЗОПАСНОСТИ В СВЯЗЯХ МЕЖДУ ЧЕРТАМИ ТЕМНОЙ ТРИАДЫ И МЕЖЛИЧНОСТНОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬЮ

Мерзляков Д.Е., Игнатова Е.С., Кушева Е.В.

*Пермский государственный национальный исследовательский университет,
Пермь, Россия*

Введение. Оказание эффективной психотерапевтической помощи требует учета личностных свойств, влияющих на регуляцию межличностных отношений. Темные черты личности, такие как психопатия, макиавеллизм и нарциссизм, характеризуются низкой восприимчивостью к переживаниям и чувствам других [2]. Для достижения своих целей носители черт Темной триады используют манипулятивное поведение, проявляют безэмоциональность и эгоцентризм [1]. Межличностная чувствительность, напротив, выражается в чрезмерной восприимчивости к поведению и эмоциям других людей. Люди с высокой межличностной чувствительностью остро реагируют на изменения в отношениях и склонны сравнивать свои недостатки с другими [5]. Поэтому мы можем предположить, что выраженность межличностной чувствительности также может быть снижена, поскольку их восприятие и интерпретация эмоций и поведения окружающих поверхностны. Чувство безопасности может выступать медиатором в связях между чертами темной триады и межличностной чувствительностью. Потребность в восприятии окружающей среды как предсказуемой снижает воздействие стрессоров, что, в свою очередь, создает условия для более адаптивной социальной восприимчивости.

Цель исследования – изучить роль чувства безопасности в связи с чертами темной триады и межличностной чувствительностью. Наша *гипотеза* выражается в предположении о том, что чувство безопасности опосредует связь между чертами темной триады и межличностной чувствительностью.

Материал и методы исследования. Исследование проведено в ноябре 2024 года на базе Пермского государственного национального исследовательского университета. В выборку вошли 250 студентов (18-24 лет, средний возраст = 20,16 лет, мужчин – 32 человека). Использованы опросники: Короткий опросник Тёмной триады (Егорова и др., 2015), Опросник чувства безопасности (Кисляков, Шмелева, 2024), Опросник межличностной чувствительности (Разваляева, Польская, 2021). Методы: критерий Шапиро-Уилка, корреляция Спирмена, медиаторный анализ. Анализ данных произведен в программе JASP (версия 0.18.3.0).

Результаты исследования. Психопатия ($p < 0.001$), макиавеллизм ($p = 0.01$), нарциссизм ($p = 0.01$) и чувство безопасности ($p = 0.02$) имеют ненормальное распределение, тогда как межличностная чувствительность ($p = 0.06$) – нормальное. Ненормальность распределения ограничивает экстраполяцию данных на выборочную совокупность.

Для проверки гипотезы использован медиаторный анализ. В качестве предикторов выбраны черты темной триады, медиатора – чувство безопасности, зависимой переменной – межличностная чувствительность. Для проверки допущений медиаторного анализа проведен корреляционный анализ Спирмена, который не выявил коллинеарности предикторов.

Перейдем к результатам медиаторного анализа. При изучении *прямого эффекта* черт личности темной триады на межличностную чувствительность не было получено значимых результатов. Следовательно, черты темной триады не оказывают прямого эффекта на межличностную чувствительность. *Косвенный эффект* психопатии ($\beta = 0.24$, $z = 2.25$, $p < 0.05$) на межличностную чувствительность через чувство безопасности оказался прямым и статистически значимым. Подобный результат обнаружен и для макиавеллизма ($\beta = 0.33$, $z = 3.93$, $p < 0.001$). Напротив, у людей с признаками нарциссизма ($\beta = -0.57$, $z = -6.2$, $p < 0.001$) обнаружена обратная связь. Полученные данные свидетельствуют о том, что чувство безопасности выступает посредником между чертами темной триады и межличностной чувствительностью. *Общий эффект* (сумма прямого и опосредованного) показал, что значимым является влияние макиавеллизма ($\beta = 0.37$, $z = 3.04$, $p = 0.002$) и нарциссизма ($\beta = -0.65$, $z = -5.15$, $p < 0.001$) на межличностную чувствительность через чувство безопасности. Что касается психопатии ($\beta = 0.17$, $z = 1.02$, $p = 0.31$), то ее влияние на межличностную чувствительность не обнаружено.

Коэффициенты путей указывает на то, как черты темной триады связаны с чувством безопасности и, через него, с межличностной чувствительностью (см. Рисунок 1).

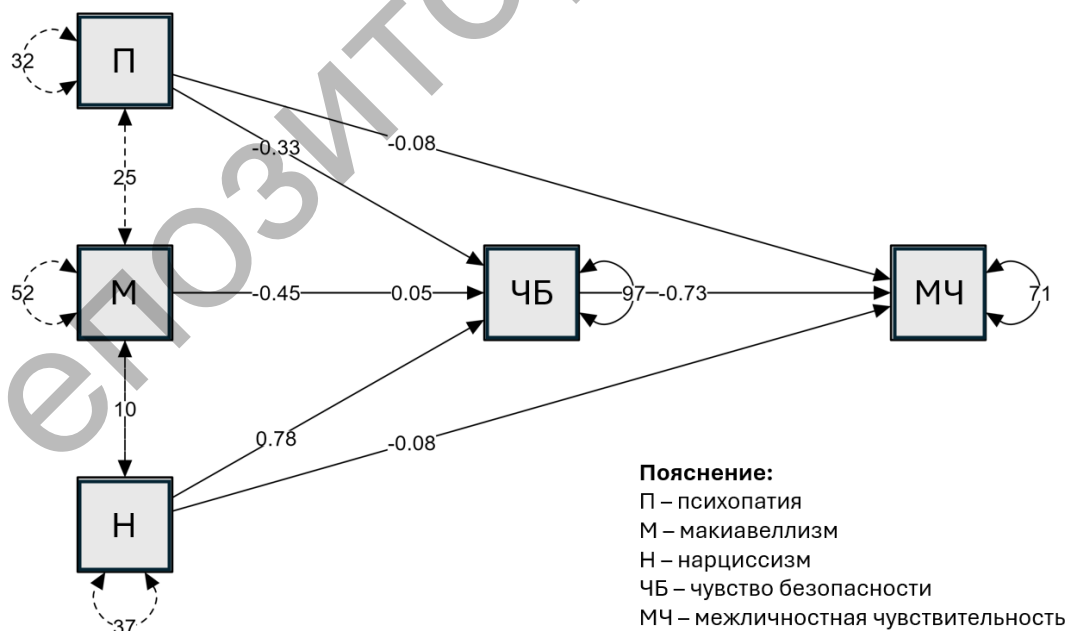


Рисунок 1. – Пути связи черт темной триады и межличностной чувствительности через чувство безопасности

Из результатов следует, что: психопатия ($\beta = -0.33$, $z = -2.28$, $p = 0.02$) и макиавеллизм ($\beta = -0.45$, $z = -4.12$, $p < 0.001$) отрицательно связаны с чувством безопасности, а нарциссизм ($\beta = 0.78$, $z = 6.98$, $p < 0.001$) – положительно. Чувство безопасности ($\beta = -0.73$, $z = -12.58$, $p < 0.001$), в свою очередь, отрицательно связано с межличностной чувствительностью. Это означает, что повышение чувства безопасности сопровождается снижением межличностной чувствительности. В результате обнаружена следующая система путей:

- Выраженная психопатия → Сниженное чувство безопасности → Усиленная межличностная чувствительность.
- Выраженный макиавеллизм → Сниженное чувство безопасности → Усиленная межличностная чувствительность.
- Выраженный нарциссизм → Усиленное чувство безопасности → Сниженная межличностная чувствительность.

Значение *коэффициента детерминации* (R^2) указывает на то, что модель объясняет 49.6 % вариации в межличностной чувствительности и 23.2 % вариации в чувстве безопасности, что подтверждает его значимость как медиатора между чертами темной триады и межличностной чувствительностью.

Выводы. Носители черт темной триады склонны воспринимать других людей как слабых и уязвимых, что снижает их способность точно оценивать их личностные и эмоциональные характеристики [1]. Особенностью психопатов является фокусировка внимания на своем внутреннем мире. В то же время они ориентированы на получение желаемого из внешней среды. Макиавеллисты могут становиться более внимательными к поведению других, когда возникает необходимость управлять ситуацией. Следовательно, повышение межличностной чувствительности может рассматриваться как адаптация к угрозам, которая позволяет быстрее достигать своих целей [3]. Напротив, личности с выраженным нарциссизмом, чувствительные к чужим оценкам, при ощущении безопасности становятся менее восприимчивыми к чужим действиям и эмоциям. Это связано с тем, что уверенность в себе снижает их потребность отслеживать чужое поведение и эмоциональные реакции. Проявления компонентов эмпатии у нарциссов связано с личным дистрессом [4]: в ситуациях безопасности они становятся менее чувствительны к переживаниям других [3]. Таким образом, мы можем сделать вывод, что наша гипотеза о том, что чувство безопасности выступает медиатором между чертами темной триады и межличностной чувствительности, подтверждается.

Список литературы:

1. Black P. J., Woodworth M., Porter S. (2014). The Big Bad Wolf? The relation between the Dark Triad and the interpersonal assessment of vulnerability. *Personality and Individual Differences*, 67, 52–56. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2013.10.026>.
2. Duradoni M., Gursesli M. C., Fiorenza M., Donati A., Guazzini A. (2023) Cognitive Empathy and the Dark Triad: A Literature Review. *Eur J Investig Health Psychol Educ.*,13(11), 2642-2680. doi: 10.3390/ejihpe13110184.

3. Jonason P. K., Krause L. (2013). The emotional deficits associated with the Dark Triad traits: Cognitive empathy, affective empathy, and alexithymia. *Personality and Individual Differences*. 55. 532-537. 10.1016/j.paid.2013.04.027.
4. Jonason P. K., Kroll C. (2015). A Multidimensional View of the Relationship Between Empathy and the Dark Triad. *Journal of Individual Differences*. 36. 150-156. 10.1027/1614-0001/a000166.
5. Mushtaq A., Fatima B., Fatema, A. A., Syed H., Sohail H. (2017). Interpersonal sensitivity in the at-risk mental state for psychosis in Karachi, Pakistan. *European Psychiatry*, 41(Supplement), S563. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.01.819>.

THE ROLE OF THE SENSE OF SECURITY IN THE RELATIONSHIPS BETWEEN DARK TRIAD TRAITS AND INTERPERSONAL SENSITIVITY

Merzlyakov D.E., Ignatova E.S., Kusheva E.V.

Perm State National Research University, Perm, Russia

The article presents the results of a study on the role of the sense of security in the relationships between Dark Triad personality traits (psychopathy, Machiavellianism, narcissism) and interpersonal sensitivity. The study involved 250 students from Perm State University. The following questionnaires were used: the Short Dark Triad, the Interpersonal Sensitivity Measure, and the Security Questionnaire. The main conclusion from the mediation analysis is that as the sense of security increases, sensitivity to others' behavior and emotions decreases in individuals with pronounced Dark Triad traits.

КРИТЕРИИ ДЛЯ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПЕРСОНИФИЦИРОВАННОГО ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ЖЕНЩИН С ПРИЗНАКАМИ ДЕПРЕССИИ ПОСЛЕ РОДОВ

Наэль-Прунес М.В., Харьковская О.А.

Северный государственный медицинский университет, Архангельск, Россия

Введение. Одним из распространенных психических расстройств, возникающих после родов, является послеродовая депрессия (далее – ПРД), которая представляет угрозу для благополучия не только матери, но и ребенка, поскольку может привести к нарушениям его эмоционального, социального и когнитивного развития [1-2]. Распространенность ПРД в мире среди женщин после рождения ребенка составляет примерно 10–15 % [3]. По данным нашего исследования в г. Архангельске 21 % женщин отмечают у себя признаки депрессии после рождения ребенка.

Несмотря на важность проблемы, в российской научной среде проводится недостаточно исследований, посвященных изучению факторов, вызывающих ПРД, отсутствуют алгоритмы профилактики и методы работы с ней. Нами было

проведено исследование, в рамках которого была проанализирована динамика депрессивного состояния у женщин в антенатальный и постнатальный период, а также оценена эффективность персонифицированного психологического сопровождения (далее – ППС) женщин с признаками депрессии после родов на основе изучения их опыта участия [3,4]. Полученные результаты послужили основой для разработки программы ППС женщин, страдающих депрессией после рождения ребенка. С помощью качественного исследования мы описали изменения, которые произошли с женщиной в ходе участия в данной программе [4]. Данное исследование позволяет нам разработать критерии эффективности участия в программе ППС. Это, в свою очередь, поможет психологам понять результативность проделанной работы.

Целью исследования явилось установление критериев для оценки эффективности участия в ППС у женщин с признаками депрессии после родов, опираясь на результаты качественного исследования.

Материалы и методы. Материалом для выделения критериев эффективности ППС послужили категории, которые были получены в ходе изучения опыта участия в ППС у женщин с признаками депрессии после родов, и представленные в журнале [3,4]. Критерии эффективности были нами разработаны по принципу семантического дифференциала.

Результаты исследования. По результатам качественного исследования были выделены категории, которые демонстрируют изменения, произошедшие с женщинами в ходе ППС: «улучшение эмоционального состояния»; «осознанность действий»; «позитивное мышление»; «уверенность в себе»; «адаптация к ребенку»; «гармоничные отношения в семье»; «самореализация», «любовь к себе»; и «почувствовала себя мамой».

Данные категории явились критериями количественной оценки изменений по типу семантического дифференциала, которые могут произойти с женщиной, имеющей признаки ПРД, после прохождения ППС (Рисунок 1).

Выводы. Таким образом, нами были определены критерии эффективности участия женщин с признаками ПРД в ППС. Ими явились: любовь к себе, улучшение эмоционального состояния, гармоничные отношения в семье, уверенность в себе, адаптация к ребенку, позитивное мышление, осознанность действий, самореализация, почувствовала себя мамой. На данный момент семантический дифференциал применяется психологом в перинатальном центре для сбора данных с последующей оценкой надежности и валидности, а также разработкой нормативных значений.

Инструкция: «Перед Вами список сгруппированных прилагательных, выражающих Ваше психологическое состояние, в котором Вы находитесь на момент тестирования. Тест необходимо заполнить дважды: ДО начала работы с психологом и ПОСЛЕ. Обведите в кружок цифру, которая по Вашему мнению, наиболее точно определяет Ваше состояние»

	ДО работы с психологом	ПОСЛЕ работы с психологом	
не любовь к себе	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	любовь к себе
неблагоприятное эмоциональное состояние	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	благоприятное эмоциональное
дисгармоничные отношения в семье	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	гармоничные отношения в семье
отсутствие уверенности в себе	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	уверенность в себе
отсутствие адаптации к ребенку	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	адаптация к ребенку
негативное мышление	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	позитивное мышление
отсутствие осознанности в действиях	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	осознанность действий
отсутствие возможности заниматься любимым делом	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	возможность заниматься любимым делом
отсутствие материнского чувства	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	чувствую себя мамой

Рисунок 1. – Бланк изучения изменений с женщиной, имеющей признаки ПРД, в ходе ППС

Список литературы:

1. Айзберг, О. Р. Диагностика и лечение послеродовой депрессии / О. Р. Айзберг // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. – 2021. – Т. 12, № 1. — С. 116–123. — DOI: 10.34883/PI.2021.12.1.010
2. Влияет ли послеродовая депрессия матери на здоровье и развитие ребенка? / И.Н. Захарова, И.В. Бережная, Н.Г. Сутян [и др.]. - DOI: 10.26442/26586630.2022.4.202029 // Педиатрия. Consilium Medicum. – 2022. - № 4. – С. 295-300.
3. Наэль-Прупес, М.В. Персонифицированное психологическое сопровождение женщин с признаками депрессии после родов: качественное исследование / М.В. Наэль-Прупес, О.А. Харьковская, А.Г. Соловьев, О.В. Попова // Научно-методический журнал «Мир психологии». - 2024. - № 2(117). - С. 135-149. - DOI: 10.51944/20738528_2024_2_97
4. Наэль-Прупес, М.В. Динамика депрессивного состояния у женщин в антенатальный и постнатальный период / М.В. Наэль-Прупес, О.А. Харьковская,

CRITERIA FOR ASSESSING THE EFFECTIVENESS OF PERSONALIZED PSYCHOLOGICAL SUPPORT FOR WOMEN WITH SIGNS OF POSTPARENT DEPRESSION

Nael-Prupes M.V., Kharkova O.A.

Northern State Medical University, Arkhangelsk, Russia

In the scientific work, the criteria for the effectiveness of participation of women with signs of postpartum depression in personalized psychological support were determined. They were: self-love, improvement of emotional state, harmonious relationships in the family, self-confidence, adaptation to the child, positive thinking, awareness of actions, self-realization, felt like a mother. At the moment, the semantic differential is used by a psychologist in the perinatal center to collect data with subsequent assessment of reliability and validity, as well as the development of normative values.

АКТУАЛЬНОСТЬ КОММУНИКАЦИИ ДЛЯ ВРАЧА В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Ненартович И.А.

Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

Введение. На современном этапе развития медицины доступны эффективные методы лечения многих заболеваний. Все больше требуется активное участие пациентов в лечебном процессе (режим и техника использования лекарственных форм, изменение образа жизни, диета, физическая активность). Всемирная организация здравоохранения называет невыполнение врачебных рекомендаций пациентами с хроническими заболеваниями глобальной медицинской проблемой, которая существенно влияет на эффективность проводимого лечения и сопряжена с экономическими затратами (прямые и косвенные расходы), в том числе за счет усугубления течения [3].

Доверие к врачу играет ключевую роль в выполнении медицинских предписаний [2]. Среди проблем в коммуникации с медицинскими работниками пациенты называют недостаточное участие врачей в диалоге, скудную медицинскую информацию от врачей, недостаточную длительность консультации, не всегда высокий уровень квалификации специалистов, невысокий уровень внимательности врача, недостаточный объем разъяснений по поводу заболевания и рекомендаций по его лечению, грубость, излишнюю

сдержанность и безучастность [1]. Но не менее интересно, как сами врачи оценивают значимость коммуникации в своей практической деятельности.

Цель исследования: провести пилотное исследование актуальности различных аспектов коммуникации в профессиональной деятельности врачей-специалистов.

Материалы и методы исследования. Проведено анкетирование врачей по вопросам коммуникации в их профессиональной деятельности: медицинского работника с пациентами и их законными представителями, медицинских работников с другими медицинскими работниками. Участие в исследовании было анонимным добровольным.

Результаты исследования. В исследовании приняли участие 22 врача, из них 18 врачей-педиатров, 1 врач-реабилитолог, 1 врач-гастроэнтеролог, 1 врач-диетолог, 1 врач-физиотерапевт. Средний возраст респондентов составил 41,3 год (минимальный – 27, максимальный – 66). По половой принадлежности преобладали женщины 95,5% (21/22). На амбулаторном этапе оказания помощи работают 73% (16/27) участников, на стационарном – 27% (6/22). В учреждениях здравоохранения г.Минска работают 54,5% (12/ 22), Минской области – 22,7% (5/22) (2 в Минском районе, 1 в г. Солигорске, 1 в г. Слуцке, 1 в г. Дзержинске), Брестской области – 9% (2/22) (1 в г. Дрогичин, 1 в г. Пружаны), Гродненской области (г.Лида) – 4,5% (1/22), г. Гомеля – 4,5% (1/22), г. Витебска – 4,5% (1/22). В государственных учреждениях работают 86,4 % (19/22), в учреждениях частной собственности – 13,6 % (3/22). Продолжительность врачебного стажа в среднем составила 17,8 лет (минимальный – 1, максимальный – 43). Участникам было предложено оценить по значимости от 0 (совершенно не важно) до 10 (очень важно) актуальность именно для них различных аспектов коммуникации (таблица 1).

Таблица 1. – Актуальность аспектов коммуникации для респондентов

Вопрос	Оценка значимости	Число ответов, абс.
На сколько актуальны для Вас вопросы коммуникации с пациентами и/или их законными представителями?	1	1
	3	1
	5	1
	7	3
	10	14
На сколько важно для Вас установить доверительные отношения с пациентами и/или их законными представителями?	4	1
	5	1
	8	1
	9	5
	10	13
На сколько важно для Вас убедиться, что пациент/ законный представитель понял Ваши назначения?	7	1
	8	2
	9	4
	10	14
На сколько важно для Вас убедиться в корректности выполнения пациентом назначенного ранее лечения?	7	2
	8	2
	9	2
	10	15

На сколько важно для Вас обсудить сомнения и страхи пациента?	6	2
	7	2
	8	5
	9	1
	10	11
На сколько важно для Вас обсудить с пациентом весь спектр интересующих его вопросов относительно состояния здоровья?	3	1
	7	3
	8	3
	9	4
	10	10
На сколько важно для Вас быстро выделить ключевой запрос пациента (цель консультации)?	8	3
	9	2
	10	15
На сколько актуальны для Вас вопросы профессиональной коммуникации с коллегами?	5	1
	7	1
	8	6
	9	2
	10	11
На сколько актуально для Вас общение с коллегами не по рабочим вопросам (совместный отдых, посещение культурных мероприятий)?	1	1
	2	1
	5	2
	6	5
	7	3
	8	4
	9	1
	10	4
На сколько актуальным для Вас является обучение по вопросам коммуникации медицинских работников с пациентами/законными представителями и с другими медицинскими работниками?	1	1
	3	1
	8	1
	9	4
	10	4

На вопрос «Что вызывает у Вас наибольшие трудности в общении с пациентами?» были получены следующие ответы: «ограниченное время приема – не успеваю разговаривать» – 59% (13/22), риск жалоб – 18% (4/22), «общение с пациентами недоверчивыми, разочарованными неудачами в лечении, с негативными особенностями характера» – 4,5% (1/22), неопределённость цели визита – 4,5% (1/22, врач-физиотерапевт); нет трудностей 4,5% (1/22).

Среди трудностей, с которыми респонденты сталкиваются при взаимодействии с коллегами, были обозначены страх направить к коллеге («накричат, поругают»), «стыдно направить на консультацию к другому врачу, считаю это признанием своей слабости и некомпетентности», «другие специалисты говорят пациентам «И кто только вас так лечил?»», «осознание того, что перегружены все врачи, не только педиатры, поэтому без острой необходимости коллег не грузу», «не всегда «корректные» выписки и не полный пакет сопроводительных документов».

Выводы. Таким образом, для респондентов практикующих врачей вопросы коммуникации являются актуальными в практической деятельности. В заключение приводим комментарий одного из участников анкетирования: «Можно обучить дежурной улыбке и заученным фразам. Но эта фальшь легко

узнаваема. У врача должна быть душа и заинтересованность в каждом пациенте. Иначе нормального доверительного продуктивного контакта не получится».

Спасибо литературы:

1. Коблякова, Ю. М. Развитие коммуникаций в сфере здравоохранения в условиях мировой нестабильности / Ю. М. Коблякова // Повышение конкурентоспособности отечественной науки: развитие в условиях мировой нестабильности : материалы научной конференции аспирантов СПбГЭУ, Санкт-Петербург, 18 мая 2023 года. – Санкт-Петербург: Санкт-Петербургский государственный экономический университет, 2023. – С. 97–102.

2. Дмитриева, Е. В. Коммуникация врач-пациент в клинических исследованиях с использованием мобильных технологий / Е. В. Дмитриева, Д. Н. Сопетина // Коммуникология. – 2023. – Т. 11, № 3. – С. 63–72.

3. Бузина Т.С., Бузин В.Н., Ланской И.Л. Врач и пациент: межличностные коммуникации // Медицинская психология в России. – 2020. – Т. 12, № 4. – С. 2. doi: 10.24412/2219-8245- 2020-4-2.

RELEVANCE OF COMMUNICATION FOR A DOCTOR IN PROFESSIONAL ACTIVITIES

Nenartovich I.A.

Belarusian State Medical University Minsk, Belarus

The study surveyed doctors on issues of communication in their professional activities: a medical worker with patients and their legal representatives, medical workers with other medical workers. Participation in the study was anonymous and voluntary.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ КОГНИТИВНОГО ПОТЕНЦИАЛА У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

Нестеренко О.В., Григорьева И.В.

*Республиканский научно-практический центр психического здоровья,
Минск Беларусь*

Введение. Один из ключевых факторов, влияющих на приверженность к лечению-является когнитивный потенциал. Когнитивный потенциал является совокупностью когнитивных функций (внимание, память, мышление, восприятие и речь), которые обеспечивают человеку возможность воспринимать, обрабатывать, использовать информацию и принимать решения [1].

Пациенты с синдромом зависимости от ПАВ, перенесшие психотическое расстройство, имеют более высокий риск рецидивов, чем пациенты без

психотического расстройства. Пациенты с синдромом зависимости от ПАВ, перенесшие психотическое расстройство, как правило, имеют низкую приверженность к лечению. Дефицит исполнительных функций высшего порядка и принятия решений является важным предиктором рецидива у лиц с зависимостью от психоактивных веществ [2].

Повышение когнитивного потенциала обеспечивает пациентам возможность более полно осознавать информацию, получаемую от врачей, адекватно реагировать на нее и принимать информированные решения относительно своего лечения [3]. В настоящее время отсутствуют надежные и валидные методики на русском языке для оценки влияния когнитивного потенциала на приверженность к лечению у пациентов с синдромом зависимости от психоактивных веществ, перенесших психотическое расстройство.

Цель исследования: изучить влияние когнитивного потенциала на приверженность к лечению у пациентов с синдромом зависимости от психоактивных веществ, перенесших психотическое расстройство.

Материалы и методы: Монреальская шкала оценки когнитивных функций. Тест Розенцвейга. Вопросник количественной оценки приверженности лечению КОП-25. Миннесотский многомерный личностный инвентарь (MMPI). Тест на идентификацию эмоций-тест Экмана (для оценки способности распознавать эмоции по выражению лица). Методика Словесно-цветовой интерференции Струпа будет использована для определения показателя ригидности/гибкости когнитивного контроля, меры интерференции когнитивных процессов, меры автоматизации когнитивных процессов.

Результаты исследования: проведено исследование у 35 пациентов с синдромом зависимости от психоактивных веществ, перенесших психотическое расстройство. Включенные в исследование Используемые инструменты позволят провести оценку когнитивного потенциала на приверженность к лечению у пациентов с синдромом зависимости от психоактивных веществ, перенесших психотическое расстройство. В последующем изучить взаимосвязь между уровнем когнитивного и реабилитационного потенциала, динамикой психопатологических синдромов и тяжестью зависимости у данной группы пациентов. Такой подход позволит разработать индивидуализированный подход к лечению и реабилитации их маршруту реабилитации.

Выводы. Учет уровня когнитивного потенциала, оценка приверженности к лечению у пациентов с синдромом зависимости от психоактивных веществ, перенесших психотическое расстройство, позволит включить в процесс реабилитации мер программы когнитивной тренировки направленных на восстановление когнитивной сферы.

Список литературы:

1. Соколов В.П., Белокрылов И.В. Проблема комплаенса в психиатрии // Образовательный вестник «Сознание». 2017. №12. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/problema-komplaensa-v-psihiatrii> (дата обращения: 22.12.2023).

2. Петухов А. Ю., Полевая С. А. Измерение когнитивного потенциала на основе выполнения задач различного уровня сложности // Известия вузов. ПНД. 2022. Т. 30, № 3. С. 311–321. DOI: 10.18500/0869-6632-2022-30-3-311-321

3. Шарыгина Кристина Сергеевна Метод экспертных оценок личностных и социально-психологических ресурсов в процессе реабилитации пациентов, зависимых от психоактивных веществ // Психология. Психофизиология. 2013. №4. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/metod-ekspertnyh-otsenok-lichnostnyh-i-sotsialno-psihologicheskikh-resursov-v-protssesse-reabilitatsii-patsientov-zavisimyh-ot> (дата обращения: 22.12.2023).

DETERMINATION OF COGNITIVE POTENTIAL IN PATIENTS WITH PSYCHOACTIVE SUBSTANCE DEPENDENCE SYNDROME

Nesterenko O.V., Grigoryeva I.V.

*Republican Scientific and Practical Center for Mental Health
Minsk, Belarus*

The conducted study showed that taking into account the level of cognitive potential, assessing adherence to treatment in patients with substance abuse syndrome who have suffered a psychotic disorder, will allow the inclusion of cognitive training program measures aimed at restoring the cognitive sphere in the rehabilitation process.

ВОЗМОЖНОСТИ РАЦИОНАЛЬНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ БИПОЛЯРНОМ РАССТРОЙСТВЕ

Парпара М.А.

Национальный медицинский исследовательский центр, Москва, Россия

Введение. Актуальность исследования определяется запросом пациентов и лечащих врачей-психиатров на краткосрочность психотерапевтических воздействий, с одной стороны, и их эффективность – с другой. Утвержденные клинические рекомендации способствуют внедрению рационально-ориентированных интервенций [1], закрепляя необходимость психотерапии в отношении прежде всего легких депрессивных фаз. Такая помощь позволяет избежать необоснованного назначения антидепрессантов и ухудшения течения заболевания. По данным литературы наиболее высокая приверженность наблюдалась у пациентов на краткосрочной психотерапии [2]. Психообразовательные программы в индивидуальном и групповом форматах широко используются и признаны эффективными в плане профилактики фаз заболевания [1-4].

Цель исследования. Определить мишени рациональных вмешательств у пациентов с биполярным расстройством исходя из реальной практики.

Материалы и методы. В исследование включены 35 пациентов с биполярным расстройством и депрессивной фазой, проходивших психиатрическое лечение в амбулаторной практике с 2020 по 2025 гг. Все пациенты получали необходимое медикаментозное лечение. Все пациенты имели легкую и среднетяжелую степень выраженности депрессивной симптоматики. Из исследования исключались пациенты с самоповреждениями и нарушающие режим приема препаратов. Все пациенты получали единообразную психообразовательную беседу о проводимой фармакотерапии, а также первичную информацию об эффективности рациональных техник при биполярном расстройстве.

Результаты исследования. Большинство выборки составили женщины – 28, мужчин было 7. Средняя обращаемость за психотерапевтической помощью составила 4 сеанса в течение года и совпадала с необходимостью продления рецепта. Наиболее комплаентные пациенты, обращавшиеся в том числе за регулярными психотерапевтическими консультациями (9 пациентов, из которых 8 было женщин и 1 мужчина), проходили курсы сеансов длительностью 2,5 года. Количество приемов психотерапевтической направленности в этой группе было выше, составив в среднем 8-10 в год. Большинство получавших психотерапию сообщали о когнитивно-поведенческой психотерапии (включая схема-терапию и практики осознанности) и интегративной модели помощи. Групповая психообразовательная программа была пройдена у 15 пациентов. Дневники настроения регулярно в течение года после окончания группы вели 8 пациентов, на протяжении последующих лет большинство пациентов прекращали ведение дневников, в том числе онлайн-приложений.

Наиболее частым запросом были: совладение с депрессивной симптоматикой, тревогой, нарушениями сна, вегетативными проявлениями, профилактикой повторных фаз, межличностные отношения. Двое пациентов имели в ремиссии расстройства пищевого поведения. Более половины пациентов демонстрировали проблемы в межличностном взаимодействии, однако запрос на подобную терапию был ниже.

Обсуждение. Несмотря на высокую информированность пациентов с биполярным расстройством о необходимости ведения дневников настроения, данная часть психообразовательной работы остается трудно выполнимой и нуждается в дополнительных усилиях со стороны психиатров, психотерапевтов и психологов.

Тревожность и депрессия, нарушения сна также перспективны в плане когнитивно-поведенческих воздействий. Межличностные проблемы биполярных пациентов могут прорабатываться исходя из рациональной перспективы, то есть в большей степени навыков общения, асертивности (в депрессивной фазе), выстраивания целей социального взаимодействия. Полученные данные подтверждают низкую приверженность биполярных пациентов долгосрочным программам.

Ограничения исследования. В выборку включались социально благополучные пациенты, сохранявшие в большинстве работоспособность. Все они были городскими жителями, что может объяснять относительно высокие уровни приверженности группы к психофармакотерапии и запроса на психокоррекцию и психотерапию. Многие пациенты, вошедшие в исследование, ранее также проходили регулярное лечение и были в целом удовлетворены психиатрической и психотерапевтической помощью.

Выводы. Для реальной клинической практики и такого изменчивого состояния, как биполярное расстройство рациональная психотерапия имеет существенные преимущества.

Список литературы:

1. Биполярное аффективное расстройство. Клинические рекомендации Минздрава России. Утверждены в 2021 г. Доступно по: https://cr.minzdrav.gov.ru/view-cr/675_1 (дата обращения 21.02.2025).
2. Miklowitz DJ, Efthimiou O, Furukawa TA, Scott J, McLaren R, Geddes JR, Cipriani A. Adjunctive psychotherapy for bipolar disorder: A systematic review and component network meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2021; 78 (2): 141–150. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2020.2993.
3. Scott J. Psychotherapy for bipolar disorder. *Br J Psychiatry*. 1995; 167 (5): 581–588. doi: 10.1192/bjp.167.5.581.
4. Prasko J, Ociskova M, Kamaradova D, Sedlackova Z, Cerna M, Mainerova B, Sandoval A. Bipolar affective disorder and psychoeducation. *Neuro Endocrinol Lett*. 2013; 34 (2): 83–96.

POSSIBILITIES OF RATIONAL INTERVENTIONS IN BIPOLAR DISORDER

Parpara M.A.

National Medical Research Center, Moscow, Russia

The study sought relevant targets for rational interventions in patients with bipolar disorder based on real practice. The results indicate that rational psychotherapy has significant advantages for real clinical practice and such a variable condition as bipolar disorder.

МИШЕНИ ПСИХООБРАЗОВАНИЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С СОМАТИЗИРОВАННЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ С ИЗБЕГАЮЩИМ ВРАЧА-ПСИХИАТРА ПОВЕДЕНИЕМ

Пиявин Д. В., Богушевская Ю.В.

Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия

Введение. Соматизированные расстройства (СР) в последние десятилетия стали проблемой не только для психиатрической практики, но и для первичного звена здравоохранения. СР, проявляющиеся часто видоизменяющимися соматическими симптомами, являются поводом для многочисленных обследований у специалистов соматического профиля [1,2,3,4]. В последние годы всё более очевидной становится проблема несвоевременного обращения к специалистам в области психического здоровья – врачам-психиатрам, психотерапевтам, клиническим психологам. Отчасти это связано с индивидуально-психологическими факторами самих пациентов (невысокий образовательный уровень, боязнь официально обратиться к психиатрам, информационное поведение, следование рекомендациям из неавторитетных источников и др.). Практикующие врачи (кардиологи, неврологи, эндокринологи, гастроэнтерологи) отмечают нежелание пациентов с СР обратиться за специализированной помощью, демонстрируя на протяжении нескольких лет «избегающее врача-психиатра поведение».

Цель исследования. Установить мишени психообразования для пациентов с соматизированными расстройствами с избегающим врача-психиатра поведением.

Материалы и методы. В исследование были включены 60 пациентов психосоматического отделения ОБУЗ «ККПБ» г. Курска с соматизированными расстройствами, которые длительно (от 2 до 6 лет) не обращались за психиатрической помощью. В качестве методов исследования использовались клиничко-психопатологический, экспериментально-психологический методы, в качестве психодиагностической методики использовалась «Карта оценки знаний о психической болезни» [5].

Результаты исследования. У обследованных пациентов наблюдался высокий уровень самостигматизации и феномен «избегающего врача-психиатра поведения». Основными мишенями психообразовательной программы стали:

- 1) Низкий уровень знаний о болезни;
- 2) Соматоцентрированная картина болезни;
- 3) Высокий уровень самостигматизации, и, как следствие, избегающее врача-психиатра поведение.

Пациенты с СР включались в психообразовательные группы, которые предполагали реализацию следующих задач:

- 1) Коррекция внутренней картины болезни;
- 2) Формирование адекватных представлений о заболевании и его лечении;

- 3) Развитие правильного понимания здоровья;
- 4) Коррекция неосведомлённости в области феномена самостигматизации;
- 5) Собственно преодоление самостигматизации.

После проведения, была проанализирована эффективность программы, представленная в таблице (см. таблица 1) и на диаграмме (см. рисунок 1).

Таблица 1. – Выраженность уровня знаний о психической болезни до и после проведения программы

Показатели		До участия в программе (n = 60)		После участия в программе (n = 60)		p-level (Уилкоксон)
		Абс.	%	Абс.	%	
Уровень знания о психической болезни	Низкий	42	70	0	0	0,0007*
	Средний	12	20	18	30	
	Высокий	6	10	42	70	



Рисунок 1. – Уровень знаний о психической болезни до и после проведения программы

Так были получены статистически значимые сдвиги, свидетельствующие о изменении уровня знания о болезни в сторону повышения осведомлённости.

Выводы. Была подтверждена эффективность предложенной психообразовательной программы для пациентов с соматизированными расстройствами с проявлениями «избегающего врача-психиатра поведения», направленной на коррекцию неадаптивных поведенческих стратегий в отношении болезни и формирование адекватных представлений о своем заболевании и возможностях получения психолого-психиатрической помощи.

Список литературы:

1. Погосов А.В., Богушевская Ю.В. Проблема соматизированных расстройств: клиника, непрофильное обращение за медицинской помощью, психообразование. Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М.Бехтерева. 2019;(3):64-72. <https://doi.org/10.31363/2313-7053-2019-3-64-72>.
2. Богушевская Ю.В., Погосов А.В. Эффективность программы дестигматизации при соматизированных расстройствах. Доктор.Ру. 2022;21(4):79-84. <https://doi.org/10.31550/1727-2378-2022-21-4-79-84>.
3. Богушевская Ю.В., Васильева А.В., Ивченко А.И. Внутренняя картина болезни и модели отношения к лечению у женщин с соматизированными расстройствами // Консультативная психология и психотерапия. 2023. Том 31. № 4. С. 105–124. DOI: 10.17759/cpr.2023310406.
4. Психотерапия : национальное руководство / [Абабков Валентин Анатольевич, Абриталин Евгений Юрьевич, Агибалова Татьяна Васильевна и др.] ; под редакцией А. В. Васильевой [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 990 с. : ил., табл.; 25 см. - (Серия "Национальные руководства").; ISBN 978-5-9704-7567-6.
5. Сальникова Л.И., Мовина Л.Г. Карта оценки уровня знаний о психической болезни и эффективности психообразовательной программы // практикум по психосоциальному лечению и психосоциальной реабилитации психически больных. Под редакцией профессора И.Я. Гуровича и д.м.н. А.Б. Шмуклера. М., 2002. С. 109–111.

TARGETS OF PSYCHOEDUCATION FOR PATIENTS WITH SOMATIZED DISORDERS WITH PSYCHIATRIST-AVAIGNING BEHAVIOR

Piyavin D. V., Bogushevskaya Yu. V.
Kursk State Medical University, Kursk, Russia

The issue of somatization disorders occupies a significant place in practical healthcare. Primarily, somatization disorders lead to numerous examinations by somatic specialists. At the same time, the problem of delayed referral to mental health professionals becomes increasingly evident. Patients with somatization disorders may exhibit a phenomenon known as "avoidant behavior towards psychiatrists". This scientific work presents a study on the effectiveness of a psychoeducational program aimed at correcting misconceptions about illness and overcoming self-stigmatization. The results obtained indicate a high effectiveness of the proposed program and highlight the importance of implementing psychoeducational programs for patients with somatization disorders.

ОСОБЕННОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПСИХОГЕННОГО КАШЛЯ В КЛИНИКЕ

Савицкий И.С.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь.

Введение. В настоящее время, кашель является значимой мультидисциплинарной проблемой в клинической практике, связанной с широким спектром этиологических причин развития кашля, трудностями их дифференциации и верификации. Начиная с 2021 года, пациенты с жалобами на кашель составляют значительную часть в структуре обращений к врачам первичного звена, пульмонологам, а также другим специалистам. Многократно возросшее количество пациентов перенесших пневмонии, ассоциированные с COVID-19, в значительной степени обуславливает обращения за медицинской помощью пациентов с упорным, хроническим кашлем. Актуальные эпидемиологические данные указывают, что хроническим кашлем страдают 10-20% взрослого населения. При этом распространённость респираторных жалоб значительно увеличивается с возрастом, а также увеличивается среди курильщиков и лиц, работающих в условиях пылевого загрязнения, достигая во взрослой популяции 40-48%. Особое значение имеет то, что у 10-38% пациентов, направленных к пульмонологу, фигурирует кашель неизвестной причины [1]. Что в значительной степени обусловлено трудностями в дифференциации типов кашля, в том числе психогенного кашля.

Цель исследования: провести анализ данных литературных источников об актуальных признаках дифференциации психогенного кашля, для увеличения эффективности помощи пациентам с данным нарушением.

Материалы и методы исследования: Результаты анализа научных публикаций, доступных в поисковых системах Google и PubMed, по запросу: «психогенный кашель», «хронический кашель», «диагностика и лечение психогенного кашля».

Результаты исследования: Кашель, в классическом понимании, представляет собой защитный рефлекс, в виде форсированного трехфазного экспираторного маневра, который сопровождается характерными звуками. Психогенный кашель, можно рассматривать, как эквивалент невротического состояния, проявляющийся приступообразным сухим, лающим кашлем, не связанным с патологией бронхолегочной системы. В некоторых случаях, психогенный кашель сопровождается ларингоспазмом, из-за чего усиливает тревогу и тяжело воспринимается пациентами. Данное состояние может сохраняться от нескольких месяцев, до нескольких лет, оказывая значительное влияние на качество жизни пациентов [1,2]. Для описания данного состояния в литературных источниках применялись различные термины: "функциональный кашель», «привычный кашель», «психогенный кашлевой тик», «синдром непроизвольного кашля», в настоящее время «психогенный кашель» и «соматический кашлевой синдром».

Наиболее распространенными пусковыми факторами возникновения психогенного кашля, являются: нарушения психоэмоционального статуса, стрессовые ситуации, а также сексуальные проблемы. Так как данный феномен рассматривается, как частное проявление гипервентиляционного синдрома, в виде бессознательной попытки избежать стрессовой ситуации, приводящее к формированию устойчивого патологического типа дыхания[2].

Психогенный кашель наиболее распространен среди детей и подростков, особенно женского пола, и составляет 3-10% случаев кашля продолжительностью более одного месяца [3].

К типичным феноменам, сопровождающих психогенный кашель относятся следующие проявления: ощущение «кома» в горле, страх, тревога, напряжение в теле, а также повышенные раздражительность и плаксивость.

Однако непосредственно психогенные нарушения дыхания обычно возникают внезапно, без наличия каких-либо видимых причин. Приступ кашля практически всегда предшествует резко возникающая сухость и першение в горле. Что вероятно связано с высушивающим действием воздуха при частом дыхании через рот, а также со снижением количества выделяемой слюны на пике психоэмоционального напряжения. При осмотре обнаруживаются повышенный глоточный рефлекс и спазмирование голосовых складок на вдохе, а также наблюдается болезненность при пальпации в точках выхода внутренней ветви верхнего гортанного нерва. При оценке функции внешнего дыхания показатели находятся в пределах нормы, однако у 30% пациентов наблюдается положительная гипервентиляционная проба.

Для проведения эффективной дифференциальной диагностики, можно выделить ряд наиболее специфичных признаков, характерных для психогенного кашля [4]. Психогенный кашель перестает беспокоить пациентов во сне. При проведении непрямой ларингоскопии наблюдается широкая голосовая щель (до 20 мм), однако продленная ларингоскопия провоцирует приступ кашля. Все данные радиологических, серологических, лабораторных и эндоскопических исследований находятся в пределах нормы, за исключением уровня ионизированного кальция крови. Применение обычных противокашлевых препаратов не дает ожидаемого эффекта, однако применение суггестивных и релаксационных методов психотерапии значительно улучшают состояние.

Выводы: Важно помнить, что диагноз психогенный кашель, принято рассматривать в последнюю очередь, только когда все остальные возможные причины кашля были исключены. Однако эффективное использование актуальных критериев дифференциальной диагностики психогенного кашля позволит избежать значительного числа тактических, диагностических и лечебных ошибок, совершаемых на амбулаторно-поликлиническом этапе при оказании помощи больным с кашлем. Точная дифференциация данного состояния, уменьшит риск гипердиагностики бронхиальной астмы и полинозов в подростковой группе. А также обеспечит своевременное обращение пациентов за необходимой психотерапевтической помощью.

Список литературы:

1. Madison J.M., Irwin R.S. Cough: a worldwide problem.// Otolaryngol. Clin. N. Am. – 2010. – Vol. 43 (1). - 1-13 p.
2. Чучалин А.Г. Оценка распространённости респираторных симптомов и возможности скрининга спирометрии в диагностике хронических лёгочных заболеваний /А.Г. Чучалин, Н.Г. Халтаев, В.Н. Амбросимов // Пульмонология. - 2010. – Т. 2. – с. 56-61.
3. Снимщикова И.А. Кашель у детей: современный взгляд на проблему/ И.А. Снимщикова, А.И. Медведев, В.В. Красников// Трудный пациент. – 2004. – Т.2. - №9. – С. 42-46.
4. Birring S.S., Prudon B., Carr A.J. et al. Development of a symptom specific health status measure for patients with chronic cough // Leicester Cough Questionnaire (LCQ). Thorax. - 2003 - 339-343 p.

FEATURES OF DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF PSYCHOGENIC COUGH IN THE CLINIC

Savitsky I.S.

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus.

Currently, cough is a significant multidisciplinary problem in clinical practice associated with a wide range of etiological causes of cough development, difficulties in their differentiation and verification. Effective use of current criteria for differential diagnosis of psychogenic cough will help to avoid a significant number of tactical, diagnostic and therapeutic errors made at the outpatient stage when providing assistance to patients with cough. Accurate differentiation of this condition will reduce the risk of hyperdiagnosis of bronchial asthma and hay fever in the adolescent group. And will also ensure timely treatment of patients for the necessary psychotherapeutic help.

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ В ПСИХИАТРИИ

Семенова Н.Д.

Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В. П. Сербского, Москва, Россия

Введение. За последнее десятилетие достигнуты значительные успехи в психосоциальной терапии и реабилитации лиц с психическими заболеваниями.

Цель исследования – обобщение актуальных публикаций, в числе которых – ряд ключевых документов ВОЗ, касающихся современных тенденций психосоциальной терапии и реабилитации психически пациентов.

Материалы и методы. Посредством поискового запроса отобраны и проанализированы релевантные публикации (документы ВОЗ, систематические обзоры и оригинальные исследования) 2021-2024 гг.

Результаты исследования. Психосоциальные вмешательства основываются на ресурсах доказательного центра mhGAP и следуют Руководству по проведению такого рода вмешательств, где собраны воедино и прогнанированы все клинические рекомендации [1]. План лечения должен разрабатываться в сотрудничестве с пациентом и лицом, осуществляющим уход за ним. Пациенту и лицам, осуществляющим уход, психосоциальные вмешательства следует предлагать всегда. Особые популяции, проблемные группы пациентов требуют соответствующей модификации плана лечения. Вектор развития психосоциальной терапии и реабилитации сегодня – цифровизация и опора на лиц с опытом переживания психической болезни [2].

Возрастающий удельный вес психосоциальной терапии в комплексном лечении психически пациентов частично обусловлен следующим. Во-первых, из-за дефицита кадров (психиатров, психологов) «психологические терапии» делегируют широкому кругу ускоренно обученных волонтеров. Во-вторых, для большой группы пациентов с резистентной к лечению шизофренией психосоциальная терапия остается единственным методом лечения [3]. Отказов от такого рода терапии значительно меньше, чем отказов от приема лекарств. Кроме того, психосоциальная терапия представлена множеством разновидностей, и пациент может отказаться, например, от разговорной групповой терапии в пользу танце-двигательной терапии или терапии занятостью. На первый план, как показали исследования, здесь выходит когнитивно-поведенческая терапия психоза (СВТр), далее – вмешательства с использованием виртуальной реальности [4].

Общую панораму психосоциальной терапии лиц с психическими заболеваниями мы представим, опираясь на обзоры категории «Обзор предметного поля» (*scoping review*), перечислив основные психосоциальные вмешательства и дав их краткую характеристику. Речь здесь идет преимущественно о пациентах с расстройствами шизофренического спектра.

Активное лечение в условиях сообщества – ориентированная на охват населения модель, платформа для интеграции элементов нескольких психосоциальных вмешательств для определенных категорий пациентов (многократное пребывание в стационаре, длительная госпитализация). Комплексная помощь в условиях сообщества осуществляется многопрофильной командой, включая лиц с опытом переживания психической болезни. Основные цели: снижение рецидивов и госпитализаций, повышение удержания пациентов в лечении, улучшение психосоциального функционирования. **Тренинг когнитивной адаптации**, где используется поддержка окружающей среды (маркировки, использование сигналов тревоги и др.) для преодоления обусловленных психозом функциональных нарушений. Основные цели: устранение функциональных нарушений с одновременным укреплением независимости и самостоятельности в повседневной

жизнедеятельности. **Когнитивно-поведенческая терапия** используется преимущественно индивидуально и включает обучение навыкам преодоления связанного с болезнью стресса, навыкам распознавания ранних признаков обострения, неадаптивных паттернов убеждений и т.п. Основные цели: уменьшение дистресса и связанных с психотической симптоматикой. **Когнитивная ремедиация** – использование когнитивных практик и стратегий обучения (реализуемых в основном посредством компьютера) для преодоления обусловленных болезнью когнитивных нарушений (нарушений памяти, внимания, исполнительских функций, социального познания). **Ранние вмешательства при первом психотическом эпизоде** помогают выявлять лиц из группы риска развития психоза. Вмешательство осуществляется многопрофильной командой, обеспечивающей следующее: психофармакологическое лечение, семейное медико-психологическое просвещение, ряд психосоциальных воздействий (психообразование, когнитивно-поведенческая терапия, профессиональная поддержка) и поддержку со стороны других (как пациентов, так и здоровых лиц). Основная цель: снижение клинических и психосоциальных нарушений, связанных с возникновением психотической симптоматики. **Работа с семьей, семейная терапия** – предполагает психообразование как информирование семьи о психозе и его лечении, содействие гармонизации отношений внутри семьи и сотрудничеству семьи с лечащим персоналом. Основные цели: уменьшение как индивидуальных проблем пациента, так и проблем семейных (дистресса), а также проблем, связанных с госпитализацией. **Управление болезнью** как возможность пациента разрабатывать собственные планы и цели восстановления, следовать им, проявлять в этом независимость. Основные цели: улучшение навыков самостоятельного управления болезнью, снижение рецидивов и госпитализаций, улучшение психосоциального функционирования. **Психообразование** как предоставление пациенту информации о диагностике и вариантах лечения болезни. Основные цели: расширение знаний о болезни и понимание ее проявлений, снижение самостигматизации и поощрение участия в лечении. **Тренинг социальных навыков** как воздействие на ключевые элементы социальной компетентности (восприятие, познание и поведение) с опорой на такие методы как ролевое моделирование, положительное подкрепление, повторение здоровых и адаптивных паттернов поведения. **Поддерживаемое трудоустройство** как помощь пациенту в поиске работы, поддержка в ходе работы и обучение навыкам и стратегиям конкурентоспособности, помогающей удерживаться на работе. Основная цель: увеличение показателей устойчивой занятости. **Психологическая поддержка** как предоставление общей эмоциональной поддержки средствами сочувственного/эмпатического слушания, поощрения, дружеского участия. Здесь, в отличие от других структурированных вмешательств, не ставится цели изменить текущую ситуацию пациента.

Выводы. Современные тенденции психосоциальной терапии и реабилитации пациентов идут от теории к практике – от нейробиологического

редукционизма к многоуровневым причинно-следственным взаимодействиям. Психосоциальная терапия фокусируется на важных аспектах функционирования человека, таких как опыт, смысл, социально-контекстное системное мышление и оказание помощи, ориентированной на человека.

Список литературы:

1. World mental health report: transforming mental health for all. Geneva: World Health Organization; 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
2. Stein D. J. et al. Philosophy of psychiatry: theoretical advances and clinical implications //World Psychiatry. – 2024. – Т. 23. – №. 2. – С. 215-232.
3. Salahuddin NH, Schütz A, Pitschel-Walz G et al. Psychological and psychosocial interventions for treatment-resistant schizophrenia: systematic review and network meta-analysis. *Lancet Psychiatry*. 2024; 11: 545-553
4. Bighelli I. et al. Psychosocial and psychological interventions for relapse prevention in schizophrenia: a systematic review and network meta-analysis //The Lancet Psychiatry. – 2021. – Т. 8. – №. 11. – С. 969-980.

**CONTEMPORARY TRENDS IN PSYCHOSOCIAL THERAPY AND
REHABILITATION IN PSYCHIATRY**

Semenova N.D.

National Medical Research Center of Psychiatry and Narcology named after V.P. Serbsky, Moscow, Russia

Over the past decade, significant advances have been made in psychosocial therapy and rehabilitation of individuals with mental illness. This review presents a panorama of psychosocial interventions and briefly describes them: Assertive community treatment, Cognitive adaptation training, Cognitive-behavioral therapy, Cognitive remediation, Early interventions for first-episode psychosis, Family interventions, Illness self-management, Psychoeducation, Social skills training, Supported employment, and Supportive therapy.

**ВЛИЯНИЕ ЭКОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ГОРОДСКОЙ
СРЕДЫ НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ В ПЕРИОД
ОБУЧЕНИЯ В ВЫСШЕМ УЧЕБНОМ ЗАВЕДЕНИИ**

Сивакова С.П., Смирнова Г.Д.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

Введение. Современные гигиенические исследования урбанизированной среды посвящены изучению социальных условий - это структура человеческого общества, его индустрия, система транспорта, техника, созданная человеком

искусственная среда обитания. Эти факторы воздействуют на природную среду и условия жизни человека. В основе гигиенического подхода лежат два взаимосвязанных понятия: первое - касается комплексной характеристики урбанизированной жилой среды, второе — изучение факторов формирующих здоровье и условий проживания людей в городах. Города в настоящее время занимают всего 0,3% площади земного шара, но в них сконцентрировано более 40% населения планеты [1].

Абиологические тенденции в условиях влияния урбанизированной среды на городских жителей связаны в основном с загрязнением природной среды ксенобиотиками, физическим и биологическим загрязнением. Ускоренный ритм жизни в сочетании с гиподинамией, оторванность горожан от естественной природной среды и, соответственно, увеличивается время пребывания в антропогенно измененной среде. Это прежде всего низкое качество природной среды обитания: состояние воды, воздуха, насыщение их физическими, химическими и биологическими загрязнителями – эти факторы, формируют негативные тенденции в образе жизни и здоровье горожан. В городах наиболее быстро изменяется естественная среда обитания, климатические условия, ритм жизни, психоэмоциональная обстановка труда и быта, изменяются. Гигиеническое значение факторов урбанизированной жилой среды состоит в том, что не являясь причиной заболеваний, они способны вызывать предпатологические неспецифические изменения в организме. Среди неблагоприятных факторов городской среды, отрицательно влияющих на здоровье человека. Лидирующие позиции занимают негативные физические и химические факторы окружающей среды. К доминирующим группам факторов, влияющим на здоровье современного человека в мегаполисе, по данным современных исследований, относятся: индивидуальный образ жизни, производственные факторы, жилая среда, биологические и социальные факторы [3].

Отрицательные сдвиги в состоянии здоровья различных групп населения, проживающего в городах, в последние годы весьма значительны. Это относится к заболеваниям сердечно-сосудистой и дыхательной систем, увеличению числа аллергических заболеваний. Так, заболеваемость населения в городах составляет от 10-20%, а в сельской местности – 2–4%. Патогенетической основой для многих других заболеваний является стрессовые факторы. Заболеваемость населения городов злокачественными новообразованиями за последние пять лет, по данным ВОЗ, увеличилась на 13,5%, болезнями эндокринной системы, нарушениями обмена веществ и иммунитета – на 29,5%, болезнями крови – на 35,4%, бронхиальной астмой – на 40%, болезнями органов пищеварения – на 21,6% [3].

Цель исследования. В сравнительном аспекте изучалось влияние урбанизированной среды в период обучения в высшем учебном заведении на здоровье молодого поколения, а также отношение к городской жизни в целом.

Материалы и методы. С помощью валеолого-диагностического метода обследован 231 респондент в возрасте 19 - 25 лет (из них 74,4% мужчин и 25,6%

женщин). Результаты обработаны с использованием методов непараметрической статистики с помощью пакета анализа STATISTICA 10,0 и Excel.

Результаты исследования. Как показали результаты исследования свой уровень здоровья оценили, как удовлетворительный 68,6% респондентов. Простудные заболевания за последние полгода перенесли 50,6% респондентов, 25,2% - аллергические и ещё столько же страдали из-за различных депрессивных состояний. По причине болезни за последние полгода 78,4% студентов пропустили до 14 учебных дней, а 21,6% - около месяца. Хронические заболевания диагностируются у 41,1% респондентов и среди них лидируют заболевания верхних и нижних дыхательных путей.

Около половины всех участников исследования (48,2%) считают, что городская среда только частично влияет на состояние здоровья. Привлекательным в городской жизни стали ее быстрый темп жизни (14,1%), комфортные условия проживания, красивая архитектура, достопримечательности, магазины, веселое время препровождение и досуг (11,3%); изменение круга общения (6,3%). Полностью удовлетворены местом своего проживания лишь 18,5% участников исследования, а 28,9% - хотели бы его сменить. Самые частые экологические проблемы городов, по мнению участников исследования это загрязнение воздуха (80,5%), выбросы промышленных предприятий (76,4%), загрязнение воды и водоемов рек (73,5%), проблема с разделением и утилизацией мусора (48,5%).

Что такое видеоэкология городской среды не знают 74,6% респондентов. Считают город агрессивной средой 41,4% участников исследования, комфортной - 29,3%, гомогенной - 28,8%. Выбор критериев агрессивной среды показал, что наиболее неблагоприятными факторами урбанизированной жилой среды для здоровья респонденты считают загрязнения атмосферного воздуха (67,8%), неионизированное электромагнитное излучение (49,2%) и постоянный шумовой фон окружающей среды (44,1%). Хотя, по мнению опрошенных, в жилых помещениях формируется особая воздушная среда, которая зависит от состояния атмосферного воздуха и интенсивности внутренних источников загрязнения (45,6%). Но только незначительная часть молодых людей (27,1%) согласилась с тем, что общий уровень загрязнения воздуха внутри зданий превосходит уровень загрязнения атмосферного воздуха в 1,5–4 раза в зависимости от района размещения. К основным признакам «здорового города» респонденты отнесли чистоту и безопасность городской среды (69,5%), стабильность в снабжении жителей пищей и водой (64,4%), эффективность системы удаления отходов (64,4%), качество и доступность медицинского обслуживания (40,7%). Предпочли бы жить в городе 62,1% молодых людей. Респонденты считают, что улучшить визуальную среду района можно увеличением количества зелёных насаждений (40%), мест для отдыха (15,3%) и перемещением заводов за пределы города (10,2%).

Среди различных степеней риска здоровью населения, для проживающих в городе самым значимыми являются негативное влияние производственных факторов (52,9%); индивидуальный образ жизни (29,4%); дискомфорт жилой

среды (11,8%); социальные и биологические факторы (5,9%). К стрессовым факторам, оказывающим влияние на самочувствие 45% респондентов отнесли проблемы передвижения в городах, а 23% - считают это большое скопление людей в общественных местах. Меньше всего участников опроса волнует проблема переизбытка общения и социальных контактов (3,5%). Однако 89,8% выбирают именно городскую жизнь, а привлекательным в ней стали быстрый темп жизни (93,1%), комфортные условия проживания (87,3%).

К приобретаемым болезням в современных мегаполисах участников исследования относят заболевания верхних и нижних дыхательных путей (17%). Отдельно указали бронхиальную астму 3,9% респондентов. Далее следовали депрессивные состояния (16,3%) и аллергия (15,8%). Указали болезни сердечно-сосудистой системы 12,4% респондентов, отдельно отметили инфаркт и инсульт (3,9%). Реже респонденты выбирали приверженность к алкоголю и наркотикам (9,2%), травматизм после автокатастроф (7,8%), нарушения обмена веществ и иммунитета (6,5%), злокачественные новообразования (5,9%) и болезни внутренних органов (4,6%). Среди которых болезни эндокринной системы отметили 3,3% анкетированных, болезни органов пищеварения – 2,6% и болезни крови - 2%.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о том, что, даже зная, что урбанизация приводит к очевидным негативным последствиям, связанными с изменениями городской среды и как следствие изменения структуры заболеваний. Тем не менее, 89,8% молодых людей выбирают преференцию города.

Список литературы:

1. Влияние урбанизированной жилой среды на здоровье населения крупных городов [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/vliyanie-urbanizirovannoy-zhiloy-sredy-na-zdorovie-naseleniya-krupnyh-gorodov>. – Дата доступа: 18.12.2024.
2. Крупные города - это новая экологическая среда с высокой концентрацией антропогенных факторов [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.medicnotes.ru/hovs-333-2.html> – Дата доступа: 18.12.2024.
3. Влияние окружающей среды на здоровье человека [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.fr.gov.by/services/centre-gigieny/info/20230505-vliyanie-okruzhayushchey-sredy.html> – Дата доступа: 18.12.2024.

INFLUENCE OF ECOLOGICAL FACTORS OF THE URBAN ENVIRONMENT ON THE HEALTH OF STUDENTS DURING THEIR STUDY AT A HIGHER EDUCATIONAL INSTITUTION

Sivakova S.P., Smirnova G.D.

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus

Modern hygienic studies of the urbanized environment are devoted to the study of social conditions - this is the structure of human society, its industry, transport

system, technology, man-made artificial habitat. These factors affect the natural environment and human living conditions. The hygienic approach is based on two interrelated concepts: the first concerns the complex characteristics of the urbanized living environment, the second - the study of factors that shape the health and living conditions of people in cities.

ВЛИЯНИЕ СЕМЕЙНОЙ СИСТЕМЫ НА ВОЗНИКНОВЕНИЕ ШИЗОФРЕНИИ

Стрелков О.Г.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

Актуальность. Шизофрения затрагивает около 24 миллионов человек в мире, что соответствует 0,32% населения планеты [1]. Это заболевание с ранним началом, как правило до тридцати лет; Шизофрения сопровождается значительным снижением активности в семейной жизни, социальных взаимодействиях, учебе и профессиональной деятельности. Механизмы развития шизофрении определяются взаимодействием внешних и внутренних факторов, которые суммируются в «патологической» среде, оказывающей многочисленные агрессивные и деструктивные влияния на личность пациента. Ухудшение функциональности, связанное с прогрессированием заболевания, приводит к социальным и экономическим трудностям пациента, что становится тяжёлым бременем для их семей. В последние десятилетия интерес к проблеме «семья и шизофрения» переместился с изучения семьи как источника (первопричины) заболевания на выяснение ее роли в течении болезни. В центре внимания оказались очень важные с практической точки зрения вопросы о роли семейных факторов в обострении заболевания, а также в реабилитационном процессе.

Цель – изучить реакцию семьи на родственника, заболевшего шизофренией, используя анализ доступных литературных источников

Методы исследования. Проанализированы тематические публикации, имеющиеся в электронных ресурсах Cyberleninka, Pubmed, PMC, Elibrary, JAMA.

Результаты: Современные представления о личностных особенностях пациентов с шизофренией описывают различные проявления дисфункциональных состояний личности у этих пациентов. Среди различных точек зрения представляется обоснованным рассматривать влияние семейной системы как детерминанту социальной дисфункции и личностных расстройств у пациентов с шизофренией: По мнению H.S. Sullivan [2], детская шизофрения является прямым проявлением этого; неадекватные межличностные отношения в системе «значимый взрослый - ребенок» препятствуют формированию симпатического ответа и вызывают тревогу у ребенка; М. Амон [2] описывает

шизофрению как симбиотическое расстройство развития личности, переросшее в длительные симбиотические отношения с матерью, «симбиотический комплекс»; Х.Ф. Серлз [5] отмечает, что семьи могут лишать пациентов возможности развивать собственную личность в будущем из-за страха потерять свою семейную идентичность. Привыкнув к тому, что взрослые делают только то, что им нравится, дети начинают им доверять. Постепенно между «значимым взрослым» родителем и ребенком устанавливается взаимное доверие (особенно между матерью и ребенком), и ребенок начинает интернализировать доверие взрослого и верить в себя (идея Г.С. Салливана о «трансцендентальной уверенности в себе»). Эта атмосфера (сначала «удовлетворенности», затем «безопасности») помогает ребенку войти в символический мир Другого (значение установок, чувств и слов матери).

Арриетти перечисляет типичные характеристики шизофренических матерей: чрезмерная забота, враждебность, чрезмерная тревожность, отвержение, холодное сердце и робость. В большинстве случаев, по его мнению, будущие матери, страдающие шизофренией, либо чрезмерно отвергают своих детей, либо окружают их чрезмерной тревогой. Считалось, что отцы, чьи дети страдают шизофренией, вовлечены в жизнь семьи и проводят в ней все свое свободное время, но при этом слишком пассивны и совершенно не способны вмешиваться в отношения между матерью и ребенком, которого она воспитывает [5].

Мартин Бубер считал семейное окружение будущих пациентов с шизофренией таковым, что это искажало процесс развития самости с первых минут жизни. Ситуации удовлетворения и безопасности сменялись ситуациями напряжения и тревоги. В большинстве случаев ребенок находится в ситуации эмоциональной депривации и в перманентном ощущении небезопасности, а «ты» в семье пациента с шизофренией является носителем угрозы и незащищенности. Таким образом, возникает шизофреническая разобщенность. Образ «Я» таких пациентов лишен определенности, поскольку пациент чувствует себя отвергнутым обоими родителями и не может идентифицировать себя ни с одним из них. Родители осознают трудности своего ребенка, вызывая вторичную тревогу, которая усугубляет его болезнь; Т. Рис описывает семью, в которой формируется будущая шизофреническая личность, потому что родители не дополняют и не помогают друг другу [3]. В таких семьях отсутствуют совместное принятие решений, консенсус и взаимное доверие. Для «шизофренической семьи» характерны конфликты между родителями, постоянные угрозы развода и принятие стороны детей в семейных конфликтах. Как правило, семья разделялась на две противоборствующие группы («супружеское расщепление») [4]. Т. Лидз также описывает еще одно состояние, встречающееся в семьях шизофреников: «супружеский перекосяк», при котором властная и враждебная мать, подавляющая стремление ребенка к самоутверждению, сочетается с зависимым, слабым и пассивным отцом.

Выводы: Показано, что семейные отношения являются важным фактором, влияющим на эффективность реабилитационного лечения пациентов

с шизофренией. Важное место в понимании механизмов влияния семьи на процесс эффективного лечения шизофрении занимает уязвимость, то есть повышенная восприимчивость пациента к различным психотравмирующим факторам. Наличие в семье больного шизофренией повышает требования к семье. Противоречия и конфликты в семье больного шизофренией могут стать фактором психологической травмы. Деструктивный характер многослойных семейных влияний является важным фактором развития шизофрении. Выявлены механизмы формирования и углубления стигмы. Поэтому лечение пациентов с шизофренией требует несколько иного подхода, в частности, вовлечения в терапевтический процесс близких родственников.

Список литературы:

1. Institute of Health Metrics and Evaluation. Global Health Data Exchange [Electronic resource]. – Mode of access: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool?params=gbd-api-2019-permalink/27a7644e8ad28e739382d31e77589dd7>. – Date of access: 30.12.2024
2. Psychiatric Illness and Family Stigma [Electronic resource] / Phelan, Jo. C. [et al] // *Schizophrenia Bulletin*. – 1998. – Vol. 24 – Mode of access: <https://academic.oup.com/schizophreniabulletin/article-abstract/24/1/115/1877880?login=true>. – Date of access: 30.12.2024.
3. Stages in family response to mental illness: an ideal type [Electronic resource] / Tessler, R.C. [et al] // *Psychosoc. Rehab J.* – 1987. – Vol 10. – Mode of access: <https://psycnet.apa.org/buy/1988-35974-001>. – Date of access: 23.12.2024
4. Terkelsen K.G. Schizophrenia and the family: II. Adverse effects of family therapy / K.G. Terkelsen // *Family Process*. – 1983. – N. 22. – p. 191 – 200.
5. Солоненко, А. В. Клинико-психологические аспекты межличностных отношений в семьях пациентов с первым психотическим эпизодом и эффективность семейной психотерапии в повышении уровня социального функционирования пациента: дисс. доктор медицинских наук: 14.01.14 / А. В. Солоненко. – Москва, 2009. – 297 с.

**INFLUENCE OF THE FAMILY SYSTEM ON THE EMERGENCE
OF SCHIZOPHRENIA**

Strelkov O.G.

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus

The study shows that family relationships are an important factor influencing the effectiveness of rehabilitation treatment of patients with schizophrenia. An important place in understanding the mechanisms of family influence on the process of effective treatment of schizophrenia is occupied by vulnerability, that is, the patient's increased susceptibility to various psychotraumatic factors. The presence of a patient with schizophrenia in the family increases the demands on the family. Contradictions and conflicts in the family of a patient with schizophrenia can become a factor in psychological trauma. The destructive nature of multi-layered family influences is an important factor in the development of schizophrenia. Mechanisms

for the formation and deepening of stigma have been identified. Therefore, the treatment of patients with schizophrenia requires a slightly different approach, in particular, the involvement of close relatives in the therapeutic process.

РЕАКЦИЯ СЕМЬИ НА ПРИЗНАНИЕ РОДСТВЕННОГО БОЛЬНОГО ШИЗОФРЕНИЕЙ.

Стрелков О.Г.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

Актуальность. Шизофрения затрагивает около 24 миллионов человек в мире, что соответствует 1 из 300 (0,32%) населения планеты [1]. Начинается заболевание в возрасте от 20–30 лет; Это психическое расстройство сопровождается значительным снижением активности в семейной жизни, социальных взаимодействиях, учебе и профессиональной деятельности. Ухудшение функциональности, связанное с прогрессированием заболевания, приводит к социальным и экономическим трудностям пациента, что становится тяжёлым бременем для их семей.

Цель – изучить реакцию семьи на родственника, заболевшего шизофренией, используя анализ доступных литературных источников.

Методы исследования. Проанализированы тематические публикации, имеющиеся в электронных ресурсах Cyberleninka, Pubmed, PMC, Elibrary, JAMA.

Результаты и их обсуждение. Основная реакция семьи на заболевшего шизофренией родственника – горе, траур [2]. Реакция семьи усложняется противоречивым восприятием хронического заболевания и ожиданиями прежней активности от пациента [3]. Часто родственники начинают недооценивать последствия болезни и ее прогрессирование, что может привести к обострению заболевания [4]. Утрата эмоциональной связи с физически живым членом семьи делает переживания более болезненными, сложными и трудными для разрешения. Принятие болезни у близкого человека может осложняться стигматизацией психических заболеваний. Было установлено, что около половины родителей и супругов пациентов, недавно госпитализированных в психиатрические учреждения, скрывали этот факт [5].

Выводы. Таким образом, реакция горя в ответ на болезнь родственника охватывает социальные и когнитивные процессы, которые неразрывно связаны с культурой. Однако это процесс, который семья вынуждена преодолеть, чтобы принять диагноз психического заболевания у одного из ее членов. Что требует разработки новых программ лечения и реабилитации, с целью повышения качества оказания медицинской помощи пациентам, имеющим психические расстройства.

Список литературы:

1. Institute of health Metrics and Evaluation. Global Health Data Exchange [Electronic resource]. – Mode of access: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool?params=gbd-api-2019-permalink/27a7644e8ad28e739382d31e77589dd7>. – Date of access: 30.12.2024
2. Stages in family response to mental illness: an ideal type [Electronic resource] / Tessler, R.C. [et al] // Psychosoc. Rehab J. – 1987. – Vol 10. – Mode of access: <https://psycnet.apa.org/buy/1988-35974-001>. – Date of access: 23.12.2024
3. The rationale for consultation with the families of schizophrenic patients. [Electronic resource] / Wynne L.C. // Acta. Psychiatr. Scand. – 1994. – Vol. 90. – Mode of access: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7879634>. – Date of access: 13.12.2024
4. Facing loss. [Electronic resource] / Parkes, C.M. // BMJ. – 1998. – Vol. 316. – Mode of access: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC1113165>. – Date of access: 30.12.2024.
5. Psychiatric Illness and Family Stigma [Electronic resource] / Phelan, Jo. C. [et al] // Schizophrenia Bulletin. – 1998. – Vol. 24 – Mode of access: <https://academic.oup.com/schizophreniabulletin/article-abstract/24/1/115/1877880?login=true>. – Date of access: 30.12.2024.

FAMILY REACTION TO RECOGNITION OF A RELATIVE AS SICK WITH SCHIZOPHRENIA

Strelkov O.G.

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus

The study showed that the grief reaction in response to a relative's illness encompasses social and cognitive processes that are inextricably linked with culture. However, this is a process that the family is forced to overcome in order to accept the diagnosis of mental illness in one of its members. This requires the development of new treatment and rehabilitation programs in order to improve the quality of medical care for patients with mental disorders.

СПОСОБЫ ПЕРЕРАБОТКИ АКТУАЛЬНОГО КОНФЛИКТА СТУДЕНТОВ ГрГМУ

Стрелков О.Г., Протас А.Н.,

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

Введение. Высокая академическая нагрузка и хронический стресс, сопутствующие обучению в медицинском университете, стимулируют активацию психических процессов совладания с актуальными конфликтными ситуациями у студентов. Актуальный конфликт – это психологическое состояние дискомфорта, возникающее на базе внешних воздействий [1].

Понимание баланса в позитивной психотерапии позволяет понять механизмы совладания с конфликтом, так выделено 4 способа: посредством ощущения (тело), посредством сознания (деятельность), посредством традиций (контакты), посредством интуиции (фантазии). Что позволит, посредством активации неактивных стратегий, увеличить адаптационные возможности студентов [2].

Цель исследования. Изучить и проанализировать реакции на актуальный конфликт у студентов УО Гродненского Государственного медицинского университета (УО ГрГМУ).

Материалы и методы исследования. Было опрошено 40 студентов 4 курса УО ГрГМУ (мужчины и женщины), в возрасте 20-22 года. Использовался Висбаденский опросник к методу позитивной психотерапии и семейной терапии (WIPPF).

Результаты исследования. Было установлено, что посредством сфер «Деятельность» (37,5% у женщин и 39,29% у мужчин) и «Тело» (25% у женщин и 32,14% у мужчин). Сферы «Контакты» и «Смыслы», как основной способ совладания, получили следующие значения: 10,71% мужчины; 18,75% женщины.

Дефицитарные сферы – «Тело» (30,43%) у женщин, у мужчин – «Смыслы» (37,04%). У женщин дефицит сфер «Деятельность» и «Смыслы» имеют равные значения – 26,09%. У мужчин в сферах «Тело» и «Контакты» по 22,22%.

Выводы. Мужчины часто обращаются к физическому напряжению и релаксации, что помогает снять стресс. Однако их меньшая склонность к рефлексии и самоанализу может затруднять выявление глубинных причин конфликтов и разработку долгосрочных решений. Нежелание обращаться за помощью также может приводить к перегрузке.

Женщины стремятся контролировать ситуацию и активно используют социальные ресурсы, что позволяет им эффективно получать социальную поддержку, важную для разрешения конфликтов. Но высокая эмоциональная чувствительность, не подкреплённая использованием ресурсов телесности, может вызывать психосоматические проявления.

Необходимо обратить внимание на усовершенствование программ поддержки психического здоровья студентов, учитывающие гендерные различия, поскольку это способствует улучшению их благополучия и качества жизни.

Список литературы:

1. Карикаш, В. И. Основы позитивной психотерапии / В. И. Карикаш, Н. А. Босовская, Ю. Е. Кравченко, С. А. Кириченко // Первичное интервью. Метод. пособие. – Укр. институт позитивной кросс-культурной психотерапии и менеджмента. – Черкасы, 2011. – 60 с.
2. Пезешкиан, Х. Основы позитивной психотерапии / Х. Пезешкиан, под ред. П. И. Сидорова: Изд-во Архангельского мед. института. – Архангельск: 1993. – 105 с.

WAYS TO PROCESS THE CURRENT CONFLICT OF STUDENTS OF THE GrSMU

Strelkov O.G., Protas A.N.

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus

High academic workload and chronic stress accompanying studies at a medical university stimulate the activation of mental processes of coping with current conflict situations in students. It is necessary to pay attention to the improvement of programs for supporting students' mental health, taking into account gender differences, since this contributes to improving their well-being and quality of life.

ЭМПИРИЧЕСКИЕ ТИПЫ ВЫРАЖЕННОСТИ САМОРЕГУЛЯЦИИ ПОВЕДЕНИЯ И АГРЕССИВНОСТИ У СТУДЕНТОВ-ПЕРВОКУРСНИКОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Филипович В.И., Спасюк Т.И.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

Введение. Саморегуляция поведения и агрессивность теоретически объединяются конструктом психологического здоровья личности. Психологическое здоровье, как система убеждений к адаптивному поведению и самореализации, объединяет работу различных личностных образований. Саморегуляция поведения и агрессивность рассматриваются как системы убеждений, диспозиций личности. Саморегуляция произвольной активности формирует базис социальной самореализации личности, агрессивность как свойство личности определяет деструктивную направленность поведения в социуме. Профессиональные значимые качества личности врача предполагают высокие уровни сформированности регулятивных процессов, выраженность просоциальных установок.

Изучение типологических особенностей саморегуляции поведения и агрессивности личности у студентов медицинского университета позволит выявить некоторые поведенческие установки из совокупности установок, значимых как для профессионального становления, так и для психологического здоровья личности.

Цель. Выявить и описать эмпирические группы студентов медицинского университета в связи с выраженностью составляющих саморегуляции поведения и агрессивностью.

Материалы и методы исследования. Выборка: 75 студентов 1 курса медико-психологического факультета Гродненского государственного медицинского университета (80 % девушки, средний возраст 17,73 лет). Метод статистической обработки – корреляционный анализ Спирмена, пакет

STATISTICA 7. Метод опроса. Методика «Стиль саморегуляции поведения – ССПМ» (Базовый опросник В.И. Моросановой) [2]. Методика «Опросник агрессивности» (А. Басс, М. Перри, адаптация С.Н. Ениколопов, Н.П. Цибульский, 2007) [1].

Результаты исследования. Для осуществления классификации испытуемых применялся метод кластерного анализа. Переменные предварительно были стандартизованы. Иерархический кластерный анализ использовался для определения оптимального количества кластеров. Необходимым и достаточным является количество кластеров 3. Итеративным методом k-средних рассмотрена трехкластерная модель (рисунок 1).

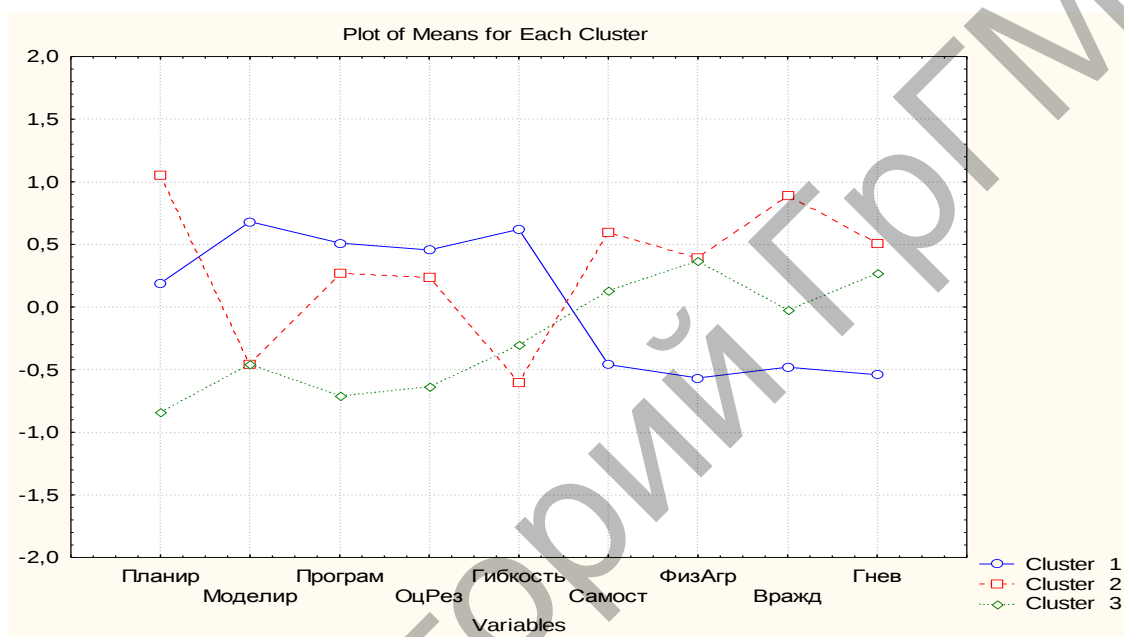


Рисунок 1. – Профили средних значений характеристик саморегуляции поведения и агрессивности для каждого кластера

Результаты кластеризации на 3 группы были подвергнуты дисперсионному анализу с целью определения статистической значимости различий между группами. Средние значения переменных статистически различаются между группами. Критерий Фишера для планирования $F=41,94$, $p=0,00$, моделирования $F=16,46$, $p=0,00$, программирования $F=16,37$, $p=0,00$, оценки результатов $F=11,99$, $p=0,00$, гибкости $F=13,56$, $p=0,00$, самостоятельности $F=7,60$, $p=0,00$, физической агрессии $F=9,98$, $p=0,000$, враждебности $F=13,80$, $p=0,00$, гнева $F=9,30$, $p=0,00$. Анализ средних значений переменных в каждой из 3 групп позволяет выделить различные уровни выраженности характеристик саморегуляции поведения и агрессивности. Первый кластер характеризуется высокими уровнями сформированности показателей саморегуляции, кроме планирования, где сформированность средняя, самостоятельности – низкая $x_{cp}=-0,46$; $\sigma=0,98$, и низкими уровнями выраженности проявлений агрессивности. Третья группа характеризуется низкими уровнями сформированности показателей саморегуляции, кроме самостоятельности со средней сформированностью $x_{cp}=0,13$; $\sigma=0,96$, средним и повышенным уровнем выраженности проявлений

агрессивности. Вторая группа представлена акцентуированным профилем проявлений саморегуляции поведения со средней сформированностью программирования и оценки результатов, низким моделированием и гибкостью, компенсированными высокими уровнями планирования и самостоятельности $x_{cp}=0,60$; $\sigma=0,71$, высокими уровнями выраженности физической агрессии, гнева и очень высоким уровнем выраженности враждебности. Наибольшие различия между группами, таким образом, наблюдаются по проявлению самостоятельности, а также планирования (1 кластер $x_{cp}=0,19$; $\sigma=0,70$, 2 кластер $x_{cp}=1,05$; $\sigma=0,77$, 3 кластер $x_{cp}=-0,84$; $\sigma=0,63$) и враждебности (1 кластер $x_{cp}=-0,48$; $\sigma=0,83$, 2 кластер $x_{cp}=0,89$; $\sigma=0,93$, 3 кластер $x_{cp}=-0,03$; $\sigma=0,85$).

Первая группа “послушных” (30 человек) характеризуется способностью самостоятельно формулировать цели в направлении, заданном значимыми другими людьми, тщательно оценивать условия достижения целей, способы и последствия своих действий, способностью быстро корректировать поведение в зависимости от изменившихся условий, покладисты.

Вторая группа “непослушных” (17 человек) характеризуются сильной потребностью самостоятельно планировать свою деятельность, формулировать цели без подсказки и одобрения других людей, при этом неспособностью оценить спектр условий для реализации собственных проектов, неспособностью изменить цели в новых условиях, высокой обидчивостью и обвинением других людей в собственных неудачах.

Третья группа “импульсивных” (28 человек) характеризуется низкой эффективностью в управлении сложной деятельностью, с выраженной потребностью в самостоятельности, гневливостью, агрессивными проявлениями импульсивного характера без предварительно накопленной обиды и подозрительности.

Выводы. 1. Способность эффективно управлять поведением и деятельностью в рамках предложенных значимыми другими людьми, социумом направлений соотносится с низкой агрессивностью у студентов-первокурсников медицинского университета.

2. Низкая способность реалистично оценить условия для достижения целей, низкая эффективность управления поведением в условиях неопределенности при выраженной потребности в самостоятельности соотносится с агрессивными проявлениями на основе убежденности в намеренных помехах со стороны социального окружения.

3. Низкая эффективность в управлении поведением при выраженной потребности в самостоятельности соотносится с ситуативными агрессивными проявлениями.

4. Психологическое консультирование, направленное на установки личности в связи с психологическим здоровьем, должно опираться на стремление к самостоятельности, активировать самопознание и прояснять причины социального недоверия.

Список литературы:

1. Ениколопов, С.Н. Психометрический анализ русскоязычной версии Опросника диагностики агрессии А. Басса и М. Перри / С.Н. Ениколопов, Н.П. Цибульский // Психологический журнал. – 2007. – Т. 28, № 1. – С. 115–124.
2. Моросанова, В.И. Диагностика саморегуляции человека / В.И. Моросанова, И.Н. Бондаренко. – М. : Когито-Центр, 2015. – 304 с.

EMPIRICAL TYPES OF EXPRESSION OF SELF-REGULATION OF BEHAVIOR AND AGGRESSIVENESS IN FIRST-YEAR STUDENTS OF MEDICAL UNIVERSITY

Filipovich V.I., Spasyuk T.I.

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus.

First-year medical university students demonstrate low aggressiveness with the development of self-regulation processes of behavior but with a low need for independence. Increased aggressiveness is demonstrated with insufficient formation of processes and properties of self-regulation of behavior. Increased aggressiveness and distrust of people are also demonstrated with low efficiency of self-regulation of behavior with a pronounced need for independence.

ПОТЕНЦИАЛ ПРИМЕНЕНИЯ ТЕХНОЛОГИИ ГЕНЕРАТИВНОГО ИНТЕЛЛЕКТА В ПРИКЛАДНОЙ ПСИХОЛОГИИ

Фрейманис И.Ф.

*Пермский государственный национальный исследовательский университет,
Пермь, Россия*

Введение. Технология генеративного ИИ быстро совершенствуется за последнее десятилетие. Ее применение становится все более распространенным в широком спектре научных областей.

Хотя не существует единого, общепринятого определения генеративного ИИ, обычно технологию характеризуют как: «систему, имитирующую человеческий интеллект, обученную на больших массивах данных, способную создавать (генерировать) новый контент, включая тексты, изображения, видео, музыку, комбинированный медиаконтент» [1]. Одной из наиболее примечательных разработок в этой области является ChatGPT от OpenAI.

Как показывает анализ исследований, генеративный ИИ успешно используется в прикладной психологии. Можно выделить два основных направления: сфера психологического здоровья и обучение будущих специалистов в данной области.

Цель. Следует отметить, что данная статья основана на ограниченном теоретическом материале и служит для обоснования и формулирования гипотез, которые будут проверены в дальнейшем, с целью изучить возможности использования генеративного ИИ для психологической поддержки.

Материалы и методы исследования. Исследование базируется на системном подходе. Основные методы: анализ, синтез, дедукция. Включены работы, изучающие применение генеративного ИИ в прикладной психологии.

Результаты исследования. Развитие технологии генеративного ИИ предлагает новые возможности для повышения качества диагностической и психотерапевтической помощи.

Виртуальные помощники со встроенным генеративным ИИ, могут [2]:

- на основе персонализированных данных пользователей, создавать оценочные диагностические анкеты и предлагать стратегию психотерапевтического вмешательства;
- моделировать диалоги пациентов с депрессией, выявляя лингвистические паттерны, связанные с таким состоянием;
- определять эмоциональные изменения в процессе диалога с пациентами, такие как гнев, удовлетворение и замешательство, обеспечивая мониторинг настроения и оказывая эмоциональную поддержку;
- анализировать большие объемы данных о пациентах, выявляя закономерности и предсказывать эффективность психотерапевтического вмешательства.

Это значительно ускоряет диагностический процесс и улучшает процесс психотерапии.

Кроме того, генеративный ИИ перспективен в области эмоциональной поддержки пациентов, так как способен имитировать естественную человеческую речь и эмоциональные реакции. Исследования свидетельствуют о том, что генеративный ИИ может выполнять роль психолога – консультанта, обеспечивая эффективную психологическую поддержку, значительно улучшая состояние пациентов [3]. Так, сгенерированные ответы ИИ получили от участников эксперимента более высокий рейтинг, чем ответы психотерапевта – человека. Участники не смогли отличить общение с ИИ от общения с профессионалом. Ответы ИИ были длиннее и более детальными. Со слов участников, диалог с ИИ был эмпатическим, сгенерированный контент от ИИ, высоко оценивался.

В исследовании, направленном на изучение потенциальной роли генеративного ИИ в снижении одиночества и социальной изоляции у пожилых людей, результаты показали снижение уровня одиночества и социальной изоляции. Качественные данные свидетельствуют о том, что пожилые люди воспринимали генеративный ИИ, как источник социальной поддержки, видели в нем компаньона [4].

Использование генеративного ИИ значительно расширяет возможности для обучения и подготовки будущих специалистов в области прикладной

психологии. Благодаря генеративному ИИ обучение становится более персонализированным. ИИ может генерировать индивидуальный учебный контент, в соответствии с прогрессом знаний и потребностями студентов, регулировать сложность обучения на основе постоянной оценки успеваемости и вовлеченности студентов. Благодаря такому подходу, результаты обучения значительно улучшаются.

Качество психологического образования повышается за счет использования генеративного ИИ для создания симуляционного обучения. Созданные с помощью генеративного ИИ виртуальные пациенты, могут реалистично имитировать различные психологические расстройства и эмоциональные реакции, помогая студентам получить практический опыт диагностики и психотерапии [5]. Такой подход, обеспечивает безопасную среду для практики будущих специалистов в области прикладной психологии, кроме того, включение механизмов обратной связи на основе генеративного ИИ позволяет оценивать и улучшать успеваемость в режиме реального времени.

Выводы. Таким образом, генеративный ИИ предлагает новые инструменты и методы, которые могут улучшить диагностику и коррекцию за счет имитации человеческого общения, эмоциональных реакций и виртуального взаимодействия.

Учитывая растущее количество данных, свидетельствующих о том, что генеративный ИИ может быть полезен в психотерапевтических вмешательствах, интеграция ИИ и прикладной психологии возрастает, тем самым влияя на качество и доступность психологической помощи.

Для дальнейшего использования генеративного ИИ в прикладной психологии важно междисциплинарное сотрудничество, между психологами, учеными ИТ-сферы, специалистами в области этики и законодательства.

Кроме того, продвижение открытой науки и обмена данными облегчит широкое использование генеративного ИИ в психологических исследованиях и его дальнейшее совершенствование.

Список литературы:

1. Жуков А. Д. Генеративный искусственный интеллект в образовательном процессе: вызовы и перспективы // Вестник МГУКИ. 2023. №5 (115). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/generativnyy-iskusstvennyy-intellekt-v-obrazovatelnom-protssesse-vyzovy-i-perspektivy> (дата обращения: 24.02.2025).
2. Chen D, Liu Y, Guo Y, Zhang Y. The revolution of generative artificial intelligence in psychology: The interweaving of behavior, consciousness, and ethics. *Acta Psychol (Amst)*. 2024 Nov;251:104593. doi: 10.1016/j.actpsy.2024.104593. Epub 2024 Nov 9. PMID: 39522296. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39522296/> (дата обращения 27.02.2025)
3. Hatch SG, Goodman ZT, Vowels L, Hatch HD, Brown AL, Guttman S, et al. (2025) When ELIZA meets therapists: A Turing test for the heart and mind. *PLOS Ment Health* 2(2): e0000145. <https://doi.org/10.1371/journal.pmen.0000145> (дата обращения 26.02.2025)

4. Jones VK, Yan C, Shade MY, Boron JB, Yan Z, Heselton HJ, Johnson K, Dube V. Reducing Loneliness and Improving Social Support among Older Adults through Different Modalities of Personal Voice Assistants. *Geriatrics (Basel)*. 2024 Feb 22;9(2):22. doi: 10.3390/geriatrics9020022. PMID: 38525739; PMCID: PMC10961806 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38525739/> (дата обращения 24.02.202)

5. Pataranutaporn P. et al. AI-generated characters for supporting personalized learning and well-being // *Nature Machine Intelligence*. – 2021. – Т. 3. – №. 12. – С. 1013-1022. <https://www.nature.com/articles/s42256-021-00417-9> (дата обращения 26.02.2025)

POTENTIAL OF APPLICATION OF GENERATIVE INTELLIGENCE TECHNOLOGY IN APPLIED PSYCHOLOGY

Inga F. Freimanis

Perm State National Research University, Perm, Russia

In recent years, new perspectives in the field of applied psychology are emerging due to the rapid development of generative artificial intelligence (AI). This technology opens new opportunities for diagnosis and correction in psychotherapy, providing psychological support, reducing feelings of loneliness and social isolation, and training future psychologists. The technology is capable of mimicking human communication and emotions. With increasing evidence of the benefits of generative AI in the field of psychotherapy, integrating the technology into applied psychology is becoming increasingly urgent.

АНАЛИТИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА УРОВНЯ ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ГЕМОПОЭТИЧЕСКИХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК

*Ходжаев А.В.¹, Григорьева И.В.², Каминская Ю.М.², Вольхина Д.С.²,
Матюш А.Д.²*

¹*Министерство здравоохранения Республики Беларусь*

²*Государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр психического здоровья», Минск, Беларусь*

Введение. Трансплантация гемопоэтических стволовых клеток (ТГСК) – применяется при различных онкологических и гематологических заболеваниях, например, лейкозах, лимфомах. Оценка качества жизни (КЖ) пациентов после ТГСК является важным прогностическим фактором восстановления пациентов в связи с существенным влиянием ТГСК на физическое, психологическое и социальное благополучие.

Исследования демонстрируют, что у пациентов после ТКСК могут возникать такие проблемы, как хроническая усталость, боль, психологические и эмоциональные трудности [1]. Вместе с тем, многие пациенты отмечают значительное улучшение КЖ благодаря успешной трансплантации и последующей реабилитации.

Исследования КЖ после ТКСК включают изучение физического состояния, психологического благополучия, социальных взаимоотношений и общей удовлетворенности жизнью. Это способствует лучшему пониманию влияния процедуры на жизнь пациентов и разработке мер для улучшения результатов ТКСК [2].

Исследования КЖ у детей после ТКСК актуальны, учитывая серьезное воздействие процедуры на их благополучие. Ключевые аспекты включают физическое состояние (усталость, боль), психологическое благополучие (стресс, тревожность), социальную адаптацию и взаимоотношения (трудности адаптации).

Цель исследования: определение показателей качества жизни у пациентов, прошедших ТКСК.

Материалы и методы: методика «Оценка качества жизни PedsQL 4.0».

Результаты исследования: проведен анализ субъективного КЖ в связи с заболеванием. В исследовании приняли участие 11 детей, возрастной диапазон от 3 до 19 лет, средний возраст ($11,64 \pm 5,78$ лет). По половым различиям характеристика группы составила: мужской пол – 5 человек (45%) и женский пол – 6 человек (55%). В исследовании приняло участие больше всего детей подросткового возраста (от 12 до 18 лет) – 6 человек (55%). У большинства пациентов был диагноз: острый лимфобластный лейкоз (C91.0) – (45,5 %). Нами были обнаружены статистически-значимые различия уровня социального функционирования ($p=0,03$) между средними показателями детей с диагнозами D61.8, D69.3, C71.1 (68,75 балла) и с диагнозом C91.0 (92,50 балла). Более высокие показатели социального функционирования наблюдаются у детей с диагнозом острый лимфобластный лейкоз (C91.0). Более низкие показатели по данной шкале у детей с диагнозами D61.8; D69.3; C71.1 (из них больше всего детей с диагнозом: другие уточненные апластические анемии). Для детей социальное функционирование – это игровая и/или учебная активность, которая проявляется на уровне общения детей в группе. Расширение круга общения, появление новых потребностей, интересов, свойственных для каждого возраста формируются благодаря социальному функционированию, что в дальнейшем влияет на адаптацию ребенка в коллективе, его успешность в различных сферах социальной жизни. Наибольшие показатели ролевого функционирования отмечаются в группе представителей мужского пола (93,25 балла), чем женского (64,00 балла) при уровне значимости ($p=0,02$). В группе детей женского пола значимо страдает ролевое функционирование, что указывает на низкий уровень концентрации внимания на уроках, высокую забывчивость, трудности совладания со школьными заданиями, пропуски школы по причине плохого самочувствия.

Выводы: Социальное и ролевое функционирование играет важную роль в адаптации после ТГСК. Важно обеспечить поддержку и включение пациентов в общественные и учебные среды для поддержания их общего благополучия и качества жизни.

Список литературы:

1. Bishop MM, Lee SJ, Beaumont JL, et al. The preventive health behaviors of long-term survivors of cancer and hematopoietic stem cell transplantation compared with matched controls. Biol Blood Marrow Transplant. 2010;16(2):207-214.
2. Sawyer SM, Drew S, Yeo MS, Britto MT. Adolescents with a chronic condition: challenges living, challenges treating. Lancet. 2007;369(9571):1481-1489.

QUALITY OF LIFE IN PATIENTS AFTER HEMATOPOIETIC STEM CELL TRANSPLANTATION: ANALYSIS AND PROSPECTS

Khojaev A.V.¹, Grigoryeva I.V.², Kaminskaya Y.M.², Volkhina D.M.², Matush A.D.²

¹Ministry of Health of the Republic of Belarus,

²Republican Scientific and Practical Center for Mental Health, Minsk, Belarus

The study determined the quality of life indicators in patients who underwent hematopoietic stem cell transplantation. The results indicate that social and role functioning play an important role in adaptation after HSCT. It is important to provide support and inclusion of patients in social and educational environments to maintain their overall well-being and quality of life.

**ОСОБЕННОСТИ НЕЙРОКОГНИТИВНОГО ПРОФИЛЯ
У ЛИЦ С ВПЕРВЫЕ ОПРЕДЕЛЕННЫМ ПСИХОТИЧЕСКИМ
ЭПИЗОДОМ**

**Ходжаев А.В.¹, Григорьева И.В.², Скугаревская М.М.², Каминская Ю.М.²,
Глебо О.П.², Шапаревич А.С.²**

¹Министерство здравоохранения Республики Беларусь

²Республиканский научно-практический центр психического здоровья,
Минск, Беларусь

Введение. Изменение нейрокогнитивных функций является важным показателем социального прогноза у лиц с впервые выявленным психотическим эпизодом.

Цель исследования: оценить степень когнитивного дефицита у пациентов с первым психотическим эпизодом.

Материалы и методы: клинико-психопатологический, клинико-биографический, экспериментально-психологический, статистический (вычисления параметров описательной статистики, Т- Критерия Вилкоксона для зависимых переменных). Общее количество исследуемой группы – 94

респондента женского пола, впервые обратившихся в РНПЦ психического здоровья, имеющих признаки психотического расстройства соответственно диагнозам МКБ 10 F20, F23, F30, F31.

Результаты и обсуждение. Статистический анализ обнаружил перемены в динамике нейрокогнитивных процессов: замедление скорости заучивания ($T=132$, $p < 0,001$) и снижение продуктивности, зависящей от активного внимания ($T=203$, $p < 0,001$). Подобные сдвиги объясняются инвертированной природой шкал, где меньшие значения указывают на большую выраженность признака.

Отмечено увеличение силы интерференции (ID, показатель гибкости/ригидности контроля, $T=235$, $p < 0,01$). Известно, что интерференция отражает конфликт между вербальными и сенсорно-перцептивными функциями. Низкая интерференция свидетельствует о способности подавлять доминирующие вербальные процессы ради восприятия цвета, высокая – о затруднении в отвлечении от значения слова при расхождении с визуальным образом. Следовательно, повторное измерение демонстрирует усиление интерференции и ригидности когнитивного контроля.

Увеличение показателей динамического праксиса ($T=33$, $p < 0,01$) указывает на усиление контролирующих функций с активацией фронтальной коры. Анализ данных позволяет утверждать, что медикаментозная терапия усиливает функцию контроля, уравнивая спонтанные процессы. Это подавление позитивных психических проявлений – основной механизм. Фармакологическая коррекция позволяет пациенту осознанно подавлять нежелательные импульсы, но приводит к общему угнетению важнейших психических функций, таких как рабочая память и внимание, усугубляя нейрокогнитивный дефицит, что требует проведения долгосрочной нейрокоррекции.

Выводы

Ухудшение нейрокогнитивных функций, усугубляющееся при медикаментозном лечении, представляет значительный риск для социального прогноза, подтверждая необходимость нейрокоррекционных мероприятий.

Список литературы:

1. Нейрокогнитивный дефицит при шизофрении: учебно-методическое пособие / А.Г. Софронов, А.П. Савельев, В.Э. Пашковский, А.Е. Добровольская, А.А. Спикина. – СПб.: Изд-во СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2017. – 48 с.
2. Зайцева, Ю.С. Динамика нейрокогнитивного дефицита у пациентов с различной степенью прогрессивности шизофрении при первых приступах и в течение 5-летнего катамнеза. / Ю.С.Зайцева, М.А.Корсакова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2008. – Т.18. №2. – С.15–26.
3. Гурович, И.Я. Первые психотические приступы у больных шизофренией. / Гурович И.Я., Шмуклер А.Б. // РМЖ. – 2004. – 22:1272.

NEUROCOGNITIVE PROFILE OF PATIENTS WITH A FIRST PSYCHOTIC EPISODE

Khojaev A.V.¹, Grigoryeva I.V.², Skugarevskaya M.M.², Kaminskaya Y.M.², Hlebko O.P.², Shaparevich A.S.²

¹*Ministry of Health of the Republic of Belarus,*

²*Republican Scientific and Practical Center for Mental Health, Minsk, Belarus*

The study assessed the degree of cognitive deficit in patients with a first psychotic episode. The results indicate that deterioration of neurocognitive functions, aggravated by drug treatment, poses a significant risk for social prognosis, confirming the need for neurocorrective measures.

ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ШКАЛЫ КОПИНГ-ДЕФИЦИТА МОДИФИЦИРОВАННОГО ВАРИАНТА ОПРОСНИКА НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Цидик Л.И.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

Введение. Ежегодно в мире разрабатываются новые и модернизируются уже существующие методики клинической психодиагностики. Их обновление связано с необходимостью использования в клинике более надёжных, валидных и информативных психодиагностических инструментов. Опросник невротических расстройств изначально был создан на основе классической теории тестов и не имеет научного обоснования измерительных свойств. В рамках нашего исследования осуществлена модификация данного метода, сформированы 13 новых шкал, оценка психометрических свойств которых включала все технические этапы итерационного анализа и моделирования шкал на основе метрической системы Раша. В данной статье приведены результаты оценки клинической эффективности одной из них – шкалы копинг-дефицита.

Цель исследования. Осуществить оценку клинической эффективности шкалы копинг-дефицита модифицированного варианта опросника невротических расстройств.

Материалы и методы. Пациенты обследованы на базе психоневрологического отделения учреждения здравоохранения «Городская клиническая больница №3 г. Гродно». В исследовании участвовали пациенты с верифицированными диагнозами (n=220) из рубрик невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (F40, F41, F43, F45), рекуррентное депрессивное расстройство и депрессивный эпизод умеренной степени тяжести (F32, F33), а также здоровые испытуемые (n=76). Группа исследования включала 296 человек. Статистические методы работы – факторный анализ стандартизированных остатков, ROC-анализ, корреляционный анализ.

Результаты исследования.

Шкала имеет однородную структуру. Анализ содержательной валидности пунктов (таблица 1) характеризует наличие жалоб на выраженное снижение продуктивности, плохое самочувствие, чрезмерную чувствительность к негативным событиям.

Таблица 1. – Содержание некоторых пунктов и значения факторных нагрузок первого фактора матрицы остатков метрической модели шкалы копинг-дефицита

Номер пункта	Содержание пункта	Факторная нагрузка
108	Я редко бываю столь непродуктивным как сейчас.	0,5367
118	Я никогда не могу полностью отключиться.	-0,4511
133	Я чувствую, что мое здоровье в настоящее время не в порядке.	0,2397
141	В настоящий момент у меня плохо со здоровьем, но я твердо надеюсь, что все изменится к лучшему.	0,5405

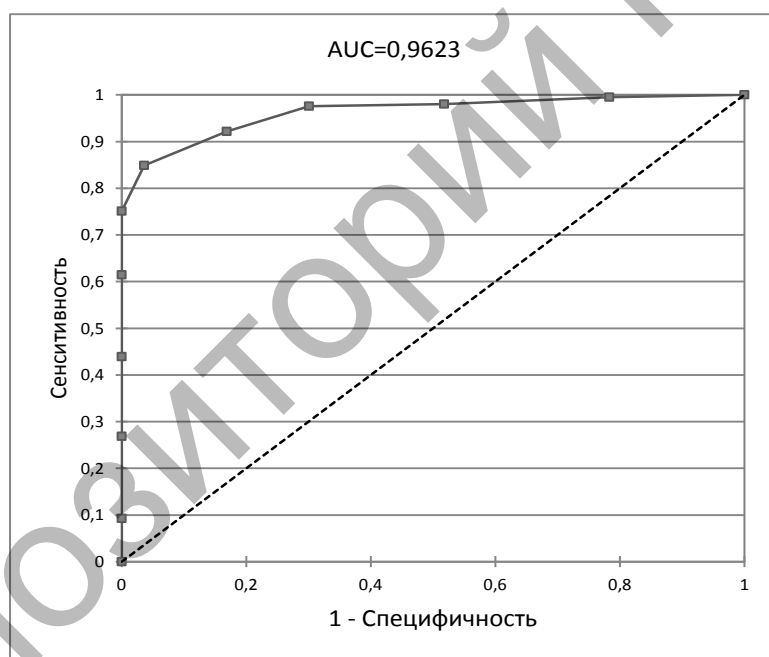


Рисунок 1. – ROC-кривая шкалы копинг-дефицита ОНРмод (пациенты-здоровые)

На рисунке 1 приведена ROC-кривая, характеризующая дифференцирующие функции шкалы копинг-дефицита в разделении групп здоровых респондентов и пациентов с невротическими, связанными со стрессом, соматоформными, тревожными и депрессивными расстройствами.

Оценка ROC-кривой показывает высокие дифференцирующие способности шкалы ($AUC=0,9623$. Отсекающее значение по индексу Юдена составило 5 и более баллов ($Se=0,85$; $Sp=0,96$). Статистическая оценка показала значимые различия в оценках между группами респондентов с высокой силой

статистического эффекта ($U=16373$; $p<0,0001$; $d=2,1$).

В таблице 2 приведены результаты корреляционного анализа суммарной оценки по шкале копинг-дефицита с оценками по шкалам MMPI, QIDS-SR16 и шкалы оценки тревоги Гамильтона.

Таблица 2. – Результаты корреляционного анализа оценки по шкале копинг-дефицита ОНРмод с оценками по шкалам MMPI, опросника депрессии QIDS-SR16, шкалы оценки тревоги Гамильтона

Название шкалы MMPI	Значение коэффициента корреляции, r
лжи (L)	-0,3234*
валидности (F)	0,4643*
коррекции (K)	-0,6020*
ипохондри (Hs)	0,1893
депрессии (D)	0,2422*
конверсионной истерии (Hy)	0,1413
асоциальной психопатии (Pd)	0,2386
мужественности-женственности (Mf)	-0,0619
паранойи (Pa)	0,5029*
психастении (Pt)	0,4375*
шизофрении (Sc)	0,4768*
гипомании (Ma)	0,3250*
социальной интроверсии (Si)	0,3557*
QIDS-SR16	0,4833*
HARS	0,4480*

Примечание – символом «*» выделены статистически значимые ($p<0,05$) корреляции

Оценка корреляционных связей в таблице 2 показывает, что шкала копинг-дефицита имеет значимые связи с контрольными шкалами, шкалами «психотической тетрады», социальной интроверсии (Si) MMPI, также с опросником депрессии QIDS-SR16 и клинической шкалой тревоги HARS. Самая сильная отрицательная связь выявлена со шкалой коррекции (K) MMPI ($r=-0,602$), что свидетельствует о наличии низкой толерантности к стрессу, чувства беспомощности, дефиците копинг-потенциала. Положительные связи со шкалами паранойи (Pa), психастении (Pt), шизофрении (Sc), гипомании (Ma), социальной интроверсии (Si) характеризуют общую личностную дезинтеграцию, фиксацию на негативных переживаниях, трудности установления конструктивных социальных отношений. Умеренные положительные связи с оценками опросника депрессии QIDS-SR16 и шкалой тревоги Гамильтона показывают связь шкалы копинг-дефицита с переживанием клинических симптомов депрессии и тревоги.

Таким образом, проведенный анализ валидности показывает, что данная шкала характеризует тенденцию к переживанию беспомощности, плохого самочувствия, неспособности справляться с повседневными делами, низкий копинг-потенциал, наличие депрессивных и тревожных симптомов, фиксацию на негативном аффекте. Высокие оценки по шкале с высокой степенью вероятности характерны для пациентов с невротическими, тревожными и

депрессивными расстройствами.

Выводы. Исследуемая шкала однородна по своей структуре. При помощи ROC-анализа выявлены высокие дифференцирующие свойства шкалы, рассчитаны отсекающие значения, которые и стали критериями интерпретации. Корреляционный анализ суммарного показателя выявил статистически значимые корреляционные связи исследуемой шкалы с оценками по шкалам MMPI, опросника QIDS-SR16 и шкалы оценки тревоги Гамильтона (HADS).

Таким образом, шкала копинг-дефицита модифицированного варианта опросника невротических расстройств клинически валидна и может применяться для решения различных практических задач.

Список литературы:

1. Ассанович, М. А. Методологические подходы к научному измерению в клинической психодиагностике / М. А. Ассанович. – Минск : Новое знание, 2017. – 224 с.

EVALUATION OF CLINICAL EFFICIENCY OF THE COPING DEFICIT SCALE OF A MODIFIED VERSION OF THE NEUROTIC DISORDERS QUESTIONNAIRE

Tsidik L.I.

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus

The article presents the results of the evaluation of the clinical effectiveness of one of the developed scales of the modified questionnaire of neurotic disorders – the coping deficit scale. The aim of the study: to carry out clinical validation of the coping deficit scale. Materials and methods: the study group included 296 people, statistical methods of work – factor analysis of standardized residuals, ROC analysis, correlation analysis. Results of the study: the studied scale is homogeneous in its structure. ROC analysis revealed high differentiating properties of the scale, correlation analysis of the total indicator revealed statistically significant correlations of the studied scale with assessments on the MMPI scales, the QIDS-SR16 questionnaire and the Hamilton Anxiety Rating Scale (HADS).

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЮ У ПАЦИЕНТОВ С КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ

Яковлева Н.В., Панасенко Е.И.

Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова, Рязань, Россия

Введение. Актуальность исследования обусловлена масштабом проблемы: колоректальный рак - третье по распространенности онкологическое

заболевание в мире (10% всех случаев рака). Ежегодно регистрируется более 1,9 миллиона новых случаев и 930 000 летальных исходов, к 2040 году прогнозируется рост до 3,2 миллиона случаев в год. Специфическая локализация заболевания и поздняя диагностика создают психотравмирующую ситуацию, что снижает качество жизни и усложняет вовлечение пациента в процесс лечения. Несмотря на прогресс медицинских технологий, эффективность лечения во многом зависит от психологической готовности пациента к терапии, его приверженности лечебным протоколам и рекомендациям.

Цель исследования. Установить психологические факторы, влияющие на приверженность лечению у пациентов с колоректальным раком и определить мишени психологической коррекции приверженности лечению таких пациентов.

Материалы и методы. В исследование приняли участие 60 пациентов с диагнозом колоректального рака 3-4 стадии в возрасте от 45 до 60 лет. Основная группа: пациенты, проходящие химиотерапевтическое лечение в дневном стационаре противоопухолевой лекарственной терапии. Группа сравнения: пациенты в послеоперационном периоде, находящиеся в отделении абдоминальной онкологии. При формировании выборки учитывались следующие критерии включения: установленный диагноз колоректального рака 3-4 стадии; возрастной диапазон 45-60 лет; наличие добровольного информированного согласия на участие в исследовании. Критериями исключения являлись: отказ от участия в исследовании; наличие выраженных когнитивных нарушений, препятствующих взаимодействию с исследователем; наличие тяжелых сопутствующих заболеваний в стадии декомпенсации (декомпенсированный сахарный диабет, сердечная недостаточность III-IV функционального класса); наличие психических заболеваний, способных повлиять на оценку психологических факторов приверженности лечению (шизофрения, тяжелая депрессия, деменция). Дополнительным критерием для группы сравнения являлось отсутствие одновременного прохождения химиотерапии, а для основной группы - отсутствие предшествующего хирургического лечения колоректального рака.

В исследовании использовались следующие психодиагностические методики: тест-опросник приверженности лечению; шкала общей самооффективности; госпитальная шкала тревоги и депрессии; опросник способов совладания; опросник «Уровень субъективного контроля». Методами математико-статистической обработки данных являлись: оценка различий с помощью U-критерия Манна – Уитни и факторный анализ.

Результаты исследования.

Выявлены статистически значимые различия в уровне и структуре приверженности лечению между пациентами, проходящими химиотерапию, и пациентами в послеоперационном периоде. Пациенты на химиотерапии

демонстрируют статистически достоверно более высокие показатели общей приверженности лечению ($81,33 \pm 2,998$) по сравнению с послеоперационными пациентами ($69,10 \pm 2,090$).

Установлены различия в эмоциональном компонента приверженности лечению пациентов: у послеоперационных пациентов наблюдается повышенный уровень тревоги, в то время как пациенты на химиотерапии демонстрируют более выраженные депрессивные проявления, что может быть связано с длительностью и спецификой лечения (табл. 1.)

Таблица 1. – Значимость различий уровня тревоги и депрессии у пациентов с колоректальным раком с разным способом лечения

Шкала	Средние значения (+-стандартное отклонение)		U эмпир.	P
	Пациенты, находящиеся на химиотерапии	Пациенты, перенесшие оперативное вмешательство		
Тревога	$6,90 \pm 13,669$	$11,57 \pm 4,840$	75,5	$p \leq 0,01$
Депрессия	$11,50 \pm 5,303$	$5,93 \pm 3,939$	150	$p \leq 0,01$

В исследовании обнаружены различия в используемых копинг-стратегиях (как часть поведенческого компонента): послеоперационные пациенты чаще прибегают к стратегии дистанцирования, тогда как пациенты на химиотерапии демонстрируют более выраженную конфронтационную стратегию совладания.

Таблица 2. – Значимость различий копинг-стратегий у пациентов с колоректальным раком с разным способом лечения

	Пациенты, находящиеся на химиотерапии	Пациенты, перенесшие оперативное вмешательство	U эмп	P
Конфронтация	$61,03 \pm 12,522$	$51,60 \pm 6,755$	236,5	$p \leq 0,01$
Дистанцирование	$59,73 \pm 11,608$	$68,67 \pm 11,917$	242,5	$p \leq 0,01$

Выявлены значимые различия в локусе контроля (когнитивный компонент приверженности лечению): пациенты на химиотерапии показывают более высокую общую интернальность и интернальность в отношении здоровья, в то время как послеоперационные пациенты демонстрируют более высокие показатели в сфере межличностных и семейных отношений.

Факторный анализ выявил различные структуры приверженности лечению в исследуемых группах. У пациентов на химиотерапии доминируют факторы "пассивного принятия ситуации болезни", "тревожности с опорой на внутренние ресурсы" и "осознанного дистанцирования". У послеоперационных пациентов преобладают факторы "планирования с эмоциональным дистанцированием", "профессионально-ориентированной тревожности" и "автономной ответственности".

Установлены различные механизмы формирования приверженности лечению: у пациентов на химиотерапии через механизм "вынужденного принятия", у послеоперационных пациентов - через сочетание активного планирования будущего с эмоциональным дистанцированием от ситуации болезни.

Выводы

1. Установлены статистически значимые различия в психологических характеристиках пациентов в зависимости от метода лечения. Высокая приверженность лечению у пациентов на химиотерапии формируется через особый механизм "вынужденного принятия" - пациент признает ситуацию болезни (что отражается в факторе "пассивного принятия"), но при этом активно следует лечению, поскольку это единственный доступный путь. У послеоперационных пациентов механизмы формирования приверженности лечению реализуется через сочетание активного планирования будущего с эмоциональным дистанцированием от ситуации болезни.

2. Общие мишени психологической коррекции: повышенный уровень тревоги, депрессивные состояния, негативные мысли о процессе лечения. Специфические мишени пациентов после хирургического вмешательства - тревога, связанная с профессиональным будущим; эмоциональное дистанцирование; нестабильная самооценка. Специфические мишени пациентов на химиотерапии – экзистенциальная тревога, депрессивные состояния, негативное восприятие процесса лечения

Список литературы:

1. Яковлева Н.В., Семионкин Е.И., Трушин С.Н. Психодиагностическая характеристика состояния больных колоректальным раком 3-4 стадии заболевания на этапе стационарного лечения // Рос. мед.-биол. вестн. им. акад. И.П. Павлова. 2009. №4.- С.108-113.
DOI: <https://doi.org/10.17816/PAVLOVJ20094108-113>

PSYCHOLOGICAL FACTORS OF TREATMENT ADHERENCE IN COLORECTAL CANCER PATIENTS

Yakovleva N.V., Panasenko E.I.

*Ryazan State Medical University named after Academician I.P. Pavlov
Ryazan, Russia*

The study analyzed psychological factors influencing treatment adherence in patients with colorectal cancer and identified targets for psychological correction of treatment adherence in such patients. Differences in the emotional component of treatment adherence in patients were found: postoperative patients showed an increased level of anxiety, while patients on chemotherapy demonstrated more pronounced depressive manifestations, which may be associated with the duration and specificity of treatment.

СОДЕРЖАНИЕ

КАФЕДРА ПСИХОТЕРАПИИ И КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОДИАГНОСТИКИ: ВЕХИ ИСТОРИИ

Луговская А.А., Жирмонт М.Г. 3

СТИГМАТИЗИРУЮЩИЕ УБЕЖДЕНИЯ И УСТАНОВКИ В ОТНОШЕНИИ ДЕТЕЙ С ПСИХИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Белова О.С., Бочарова Е.А., Соловьев А.Г. 9

НЕЙРОБИОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ РУМИНАЦИЙ

Биктаева Н.Ю., Игнатова Е.С. 11

ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ ПСИХОТЕРАПИИ В ПСИХИАТРИИ

Бобров А.Е. 14

ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ИЛИ ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ: ОПРЕДЕЛЕНИЯ, ИСТОРИЯ И ПРАКТИКА ПРИМЕНЕНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Бойко С.Л. 17

САМОУБИЙСТВО В СИСТЕМЕ УПРАВЛЕНИЯ КЕЙСАМИ

Букин С.И. 20

ВЫБОР ПСИХОМЕТРИЧЕСКИХ ИНСТРУМЕНТОВ ДЛЯ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ ЗАВИСИМЫХ ОТ АЛКОГОЛЯ ЛИЦ

Валюженич Ю.В., Григорьева И.В. 24

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ 1 КУРСА

Воронко Е.В., Кузмицкая Ю.Л. 26

КОРРЕКЦИЯ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ВЕРТЕБРОГЕННЫМ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ

**Гаманович А.И., Скребец В.Ю., Мартысевич У.И., Кладкевич А.В.,
Милюта Ю.В. 29**

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ КОМБАТАНТОВ С ПСИХИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ

Герасимов А.А., Васильева Л.С. 31

БУДУЩЕЕ ЦИФРОВОГО ФЕНОТИПИРОВАНИЯ В ПСИХИАРИИ

Григорьева И.В., Каминская Ю.М., Матюш А.Д. 34

СОПОСТАВЛЕНИЕ КОПИНГ-СТРАТЕГИЙ И ТАБАКОКУРЕНИЯ

Григорьева И.В., Каминская Ю.М., Вольхина Д.С., Матюш А.Д..... 37

ЗНАЧИМОСТЬ ПСИХОМЕТРИЧЕСКИХ ИНСТРУМЕНТОВ В ПОВСЕДНЕВНОЙ ПРАКТИКЕ ВРАЧЕЙ-СПЕЦИАЛИСТОВ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

Гур А.О. 39

ДИССОЦИАЦИЯ КАК МЕХАНИЗМ ЗАЩИТЫ В УСЛОВИЯХ СТРЕССА. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Дюрдь О.В. 41

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПОДРОСТКАМ ГРУППЫ РИСКА ПО ПОГРАНИЧНЫМ ПСИХИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВАМ

**Злоказова М.В., Семакина Н.В., Набатов И.Ф., Истомина Н.В.,
Береснева О.А. 44**

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ УГРОЗЫ: БОРЬБА С ИНТЕРНЕТ-УГРОЗАМИ С ПОМОЩЬЮ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Зотова А.М. 46

СОЦИАЛЬНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ – ВЫЗОВЫ И ВОЗМОЖНОСТИ В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ

Канаева Л.С. 48

РОЛЬ СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ В РАЗВИТИИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Климович Е. А., Станкевич Н.С. 51

ВЗАИМОУСЛОВЛЕННЫЙ ХАРАКТЕР СИСТЕМЫ «ВРАЧ-ПАЦИЕНТ»

Королева Е.Г., Савицкий И.С..... 54

ПСИХОТЕРАПИЯ ПАЦИЕНТОВ С ЭМОЦИОНАЛЬНО НЕУСТОЙЧИВЫМ РАССТРОЙСТВОМ ЛИЧНОСТИ КАК ГРУППЫ РИСКА НАМЕРЕННЫХ САМОПОВРЕЖДЕНИЙ

Любов Е.Б. 56

ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА ИГРОТЕРАПИИ В РАБОТЕ С ДЕТЬМИ С СИНДРОМОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ С ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ

Максимова О.Г. 59

СУБСТАНЦИЯ P И ЦИЛИАРНЫЙ НЕЙРОТРОФИЧЕСКИЙ ФАКТОР
КАК ПОТЕНЦИАЛЬНЫЕ БИОМАРКЕРЫ ТРЕВОЖНЫХ
И ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ С ПСОРИАЗОМ

Маркевич Е.Б...... 62

РОЛЬ ЧУВСТВА БЕЗОПАСНОСТИ В СВЯЗЯХ МЕЖДУ ЧЕРТАМИ ТЕМНОЙ
ТРИАДЫ И МЕЖЛИЧНОСТНОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬЮ

Мерзляков Д.Е., Игнатова Е.С., Кушева Е.В. 65

КРИТЕРИИ ДЛЯ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ
ПЕРСОНИФИЦИРОВАННОГО ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ
ЖЕНЩИН С ПРИЗНАКАМИ ДЕПРЕССИИ ПОСЛЕ РОДОВ

Наэль-Прупес М.В., Харькова О.А...... 68

АКТУАЛЬНОСТЬ КОММУНИКАЦИИ ДЛЯ ВРАЧА
В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Ненартович И.А...... 71

ОПРЕДЕЛЕНИЕ КОГНИТИВНОГО ПОТЕНЦИАЛА У ПАЦИЕНТОВ
С СИНДРОМОМ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

Нестеренко О.В., Григорьева И.В...... 74

ВОЗМОЖНОСТИ РАЦИОНАЛЬНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ
ПРИ БИПОЛЯРНОМ РАССТРОЙСТВЕ

Парпара М.А. 76

МИШЕНИ ПСИХООБРАЗОВАНИЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ
С СОМАТИЗИРОВАННЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ С ИЗБЕГАЮЩИМ
ВРАЧА-ПСИХИАТРА ПОВЕДЕНИЕМ

Пиявин Д. В., Богусhevская Ю.В...... 79

ОСОБЕННОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ
ПСИХОГЕННОГО КАШЛЯ В КЛИНИКЕ

Савицкий И.С. 82

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ
И РЕАБИЛИТАЦИИ В ПСИХИАТРИИ

Семенова Н.Д. 84

ВЛИЯНИЕ ЭКОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ГОРОДСКОЙ СРЕДЫ
НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ В ПЕРИОД ОБУЧЕНИЯ
В ВЫСШЕМ УЧЕБНОМ ЗАВЕДЕНИИ

Сивакова С.П., Смирнова Г.Д...... 87

ВЛИЯНИЕ СЕМЕЙНОЙ СИСТЕМЫ НА ВОЗНИКНОВЕНИЕ ШИЗОФРЕНИИ	
Стрелков О.Г.....	91
РЕАКЦИЯ СЕМЬИ НА ПРИЗНАНИЕ РОДСТВЕННОГО БОЛЬНОГО	
ШИЗОФРЕНИЕЙ	
Стрелков О.Г.....	94
СПОСОБЫ ПЕРЕРАБОТКИ АКТУАЛЬНОГО КОНФЛИКТА	
СТУДЕНТОВ ГрГМУ	
Стрелков О.Г., Протас А.Н.,	95
ЭМПИРИЧЕСКИЕ ТИПЫ ВЫРАЖЕННОСТИ САМОРЕГУЛЯЦИИ	
ПОВЕДЕНИЯ И АГРЕССИВНОСТИ У СТУДЕНТОВ-ПЕРВОКУРСНИКОВ	
МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА	
Филипович В.И., Спасюк Т.И.....	97
ПОТЕНЦИАЛ ПРИМЕНЕНИЯ ТЕХНОЛОГИИ ГЕНЕРАТИВНОГО	
ИНТЕЛЛЕКТА В ПРИКЛАДНОЙ ПСИХОЛОГИИ	
Фрейманис И.Ф.	100
АНАЛИТИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА УРОВНЯ ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ ДЕТСКОГО	
ВОЗРАСТА ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ГЕМОПОЭТИЧЕСКИХ	
СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК	
Ходжаев А.В., Григорьева И.В., Каминская Ю.М., Вольхина Д.С.,	
Матюш А.Д.	103
ОСОБЕННОСТИ НЕЙРОКОГНИТИВНОГО ПРОФИЛЯ У ЛИЦ С ВПЕРВЫЕ	
ОПРЕДЕЛЕННЫМ ПСИХОТИЧЕСКИМ ЭПИЗОДОМ	
Ходжаев А.В., Григорьева И.В., Скугаревская М.М.,	
Каминская Ю.М., Глебо О.П., Шапаревич А.С.....	105
ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ШКАЛЫ	
КОПИНГ-ДЕФИЦИТА МОДИФИЦИРОВАННОГО ВАРИАНТА	
ОПРОСНИКА НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ	
Цидик Л.И.....	107
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЮ У	
ПАЦИЕНТОВ С КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ	
Яковлева Н.В., Панасенко Е.И.	110

Научное издание

**АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ
ОКАЗАНИЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ:
ОТ ТЕОРИИ К ПРАКТИКЕ**

СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ
РЕСПУБЛИКАНСКОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ
ПОСВЯЩЁННОЙ 30-ЛЕТИЮ ОБРАЗОВАНИЯ КАФЕДРЫ ПСИХОТЕРАПИИ
И КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОДИАГНОСТИКИ
УЧРЕЖДЕНИЯ ОБРАЗОВАНИЯ
«ГРОДНЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

20 марта 2025 г.

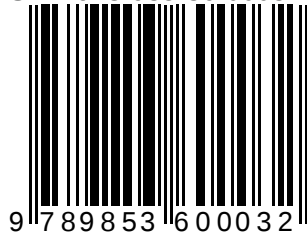
Ответственный за выпуск М. Н. Курбат

Компьютерная верстка С. В. Петрушиной, А. А. Хартанович
Корректурa И. С. Савицкий

Подписано в печать 23.06.2025
Тираж 7 экз. Заказ 76.

Издатель и полиграфическое исполнение
Учреждение образования
«Гродненский государственный медицинский университет»
ЛП № 02330/445 от 18.12.2013.
Ул. Горького, 80, 230009, Гродно

ISBN 978-985-36-0003-2



9 789853 600032

Репозиторий ГрГМУ