

Министерство здравоохранения Республики Беларусь

ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР
ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ»

УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«ГРОДНЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ»

Кафедра психотерапии и клинической психодиагностики

**СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ
В ПСИХОТЕРАПИИ И ПСИХОКОРРЕКЦИИ
ПСИХИЧЕСКИХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ**

*Сборник материалов Конгресса,
включающего VI съезд психотерапевтов Республики Беларусь*

27 марта 2026 г.

Гродно
ГрГМУ
2026

УДК 616.89(06)
ББК 53.57л0
С 568

Рекомендовано Редакционно-издательским советом ГрГМУ (протокол № 5 от 10.03.2026 г.).

Редакционная коллегия:
ректор, д-р мед. наук, проф. *И. Г. Жук* (отв. ред.);
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. Королёва*;
зав. каф. психотерапии и клинической психодиагностики,
канд. мед. наук, доц. *А. А. Луговская*.

С 568 **Современные подходы в психотерапии и психокоррекции психических и поведенческих расстройств** : сборник материалов Конгресса, включающего VI съезд психотерапевтов Республики Беларусь, Гродно, 27 марта 2026 г. / И. Г. Жук (отв. ред.) [и др.]. – Электрон. текст. дан. и прогр. (объем 2,6 Мб). – Гродно : ГрГМУ, 2026. – 1 электрон. опт. диск (CD-ROM).
ISBN 978-985-36-0068-1.

Сборник содержит материалы Конгресса, включающего VI съезд психотерапевтов Республики Беларусь. В сборнике материалов представлены результаты исследований в области психотерапии, клинической психологии и психиатрии. Излагаются актуальные и перспективные аспекты диагностики, лечения, психокоррекции 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 53.57л0

СОДЕРЖАНИЕ

СТРУКТУРА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СИМПТОМАТИКИ У КОМБАТАНТОВ С БОЕВОЙ ТРАВМОЙ: ВЫДЕЛЕНИЕ СИМПТОМАТИЧЕСКИХ КЛАСТЕРОВ.....	9
Азаренко А.М. ¹ , Азаренко С.В. ²	9
THE STRUCTURE OF PSYCHOEMOTIONAL SYMPTOMS IN COMBATANTS WITH COMBAT TRAUMA: IDENTIFICATION OF SYMPTOMATIC CLUSTERS.....	11
Azarenko A.M. ¹ , Azarenko S.V. ²	11
КОРПОРАТИВНАЯ ПРОГРАММА УКРЕПЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ СОТРУДНИКОВ, РАБОТАЮЩИХ С УЧАСТНИКАМИ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ: ОПЫТ СЕРТОЛОВСКОЙ ГОРОДСКОЙ БОЛЬНИЦЫ	12
Азаренко А.М. ¹ , Азаренко С.В. ²	12
CORPORATE HEALTH PROMOTION PROGRAM FOR STAFF WORKING WITH COMBAT VETERANS: EXPERIENCE OF SERTOLOVO CITY HOSPITAL.....	14
Azarenko A.M. ¹ , Azarenko S.V. ²	14
СЕМАНТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА САМОУБИЙСТВА.....	15
Букин С.И.	15
SEMANTIC ANALYSIS OF SUICIDE RISK FACTORS.....	18
Bukin S.I.	18
ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ ПРИ СОЦИОФОБИЯХ.....	18
Бялая Е.М., Королёва Е.Г.....	18
PSYCHOTHERAPEUTIC APPROACHES TO SOCIAL PHOBIA	21
Bialaya E.M., Koroleva E.G.	21
ВОССТАНОВЛЕНИЕ ПОЗНАВАТЕЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ В РАМКАХ КОМПЛЕКСНОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ПЕРВЫМ ОБОСТРЕНИЕМ ПСИХОЗА.....	21
Глебо О.П. ^{1,2} , Шапаревич А.С. ² , Мельниченко О.Я. ²	21
RESTORATION OF COGNITIVE FUNCTIONS WITHIN THE FRAMEWORK OF COMPREHENSIVE CARE FOR PATIENTS WITH THE FIRST ACCIDENT OF PSYCHOSIS	24
Glebko O.P. ^{1,2} , Shaparevich A.S. ² , Melnichenok O.Ya. ²	24
АНАЛИЗ ГОТОВНОСТИ К ИЗМЕНЕНИЯМ ЛИЦ, ПОСТУПИВШИХ НА ЛЕЧЕНИЕ В СТАЦИОНАРНОЕ НАРКОЛОГИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ НА 25 КОЕК.....	25
Голубицкий Е.А., Жарков А.В.....	25
ANALYSIS OF THE READINESS FOR CHANGE IN INDIVIDUALS ADMITTED FOR TREATMENT IN A 25-BED INPATIENT DRUG TREATMENT UNIT	27
Golubitsky E.A., Zharkov A.V.	27
ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И ПСИХОПРОФИЛАКТИКИ ЦИФРОВЫХ ЗАВИСИМОСТЕЙ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ.....	28

Гребень Н.Ф.....	28
PROBLEMS OF DIAGNOSIS AND PSYCHOPROPHYLAXIS OF DIGITAL ADDICTIONS IN ADOLESCENCE	31
Greben N.F.....	31
ОПРЕДЕЛЕНИЕ КРАТКОСРОЧНЫХ И ДОЛГОСРОЧНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА СУИЦИДА.....	31
Давидовский С.В. ¹ , Игумнов С.А. ²	31
DETERMINING SHORT-TERM AND LONG-TERM SUICIDE RISK FACTORS	33
Davidovsky S.V. 1, Igumnov S.A. 2	33
НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПАНИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА.....	33
Дюрдь О.В.	33
NEUROPHYSIOLOGICAL ASPECTS OF PANIC DISORDER.....	35
Dzyurd O.V.....	35
КАКОВО МЕСТО ПСИХОТЕРАПИИ ПРИ РЕАЛИЗАЦИИ ПРИНУДИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОТ ПЕДОФИЛИИ В ПЕНИТЕНЦИАРНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ?	36
Евтухович Е.Д. ¹ , Григорьева И.В. ² , Кондаурова А.Г. ³	36
WHAT IS THE PLACE OF PSYCHOTHERAPY IN THE IMPLEMENTATION OF COMPULSORY TREATMENT FOR PEDOPHILISM IN PENITENTIARY INSTITUTIONS OF THE REPUBLIC OF BELARUS?	39
Yevtukhovich E.D. 1, Grigorieva I.V. 2, Kondaurova A.G. 3	39
НЕЙРОБИОЛОГИЯ РАССТРОЙСТВА ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ: ЧТО ИЗВЕСТНО НА СЕГОДНЯШНИЙ ДЕНЬ?.....	39
Жирмонт М.Г., Максимова О.Г.	39
NEUROBIOLOGY OF EATING DISORDERS: WHAT IS KNOWN TODAY?	42
Zhyrmant M.G., Maksimova O.G.....	42
РЕТРОСПЕКТИВНАЯ ОЦЕНКА ПСИХИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ЖЕРТВ ТЕЛЕФОННОГО МОШЕННИЧЕСТВА В УСЛОВИЯХ ВВЕДЕНИЯ В ЗАБЛУЖДЕНИЕ: СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ СУДЕБНОЙ ПСИХОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ	42
Игнатова Е.С.....	42
A RETROSPECTIVE ASSESSMENT OF THE MENTAL STATE OF VICTIMS OF TELEPHONE FRAUD UNDER CONDITIONS OF MISLEADING: A COMPARATIVE ANALYSIS OF CASES OF FORENSIC PSYCHOLOGICAL-PSYCHIATRIC EXAMINATION.....	46
Ignatova E.S.	46
ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ СХЕМ И ОСОЗНАННОЙ САМОРЕГУЛЯЦИИ У ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ НА ПЕРВЫХ ЭТАПАХ РЕАБИЛИТАЦИИ	46
Ипатова К.А., Балашова А.Н.	46

FEATURES OF EMOTIONAL SCHEMAS AND CONSCIOUS SELF-REGULATION IN SUBSTANCE USERS AT THE INITIAL STAGES OF REHABILITATION	49
Ipatova K.A., Balashova A.N.	49
ОСОБЕННОСТИ МОТИВАЦИИ К ИЗМЕНЕНИЮ ПОВЕДЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЮ У ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ В ПРОЦЕССЕ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ.....	49
Ипатов К.А.	49
FEATURES OF MOTIVATION TO CHANGE BEHAVIOR AND TREATMENT IN CONSUMERS OF SURFACTANTS IN THE PROCESS OF MEDICAL REHABILITATION	52
Ipatova K.A.	52
ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО СТРЕССА И ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У РАБОТНИКОВ ОТДЕЛЕНИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ И РЕАНИМАЦИИ	52
Климович Е.А. ¹ , Климович В.Е. ²	52
PROFESSIONAL STRESS AND EMOTIONAL BURNOUT IN ANESTHESIOLOGY AND RESUSCITATION DEPARTMENT STAFF	55
Klimovich E.A. ¹ , Klimovich V.E. ²	55
КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И ТИПЫ ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ У ЛЮДЕЙ В ПОСТКОВИДНОМ ПЕРИОДЕ	56
Книжникова А.А. ^{1,2} , Исаева Е.Р. ² , Загальская Е.В. ² , Рассохин В.В. ² , Беляков Н.А. ²	56
QUALITY OF LIFE AND ATTITUDE TOWARDS ILLNESS IN POST-COVID	59
Knizhnikova A.A. ^{1,2} , Isaeva E.R. ² , Zagalskaya E.V. ² , Rassokhin V.V. ² , Belyakov N.A. ²	59
ШКАЛА ДЕПРЕССИИ ФОН ЗЕРССЕНА И ПОКАЗАТЕЛЬ ДУШЕВНОЙ БОЛИ КАК ОСНОВА ЭКСПРЕСС-БАТАРЕИ ДЛЯ ОЦЕНКИ УРОВНЯ ДЕПРЕССИИ И СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ.....	59
Комарова А.Н.	59
THE VON ZERSSEN DEPRESSION SCALE AND THE MENTAL PAIN INDEX AS THE BASIS OF AN EXPRESS BATTERY FOR ASSESSING DEPRESSION AND SUICIDAL RISK IN CLINICAL PRACTICE.....	62
Komarova A.N.	62
АНАЛИЗ ПУБЛИКАЦИОННОЙ АКТИВНОСТИ ПО ПРОБЛЕМЕ ВЛИЯНИЯ АЛКОГОЛИЗМА РОДИТЕЛЕЙ НА ПСИХИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ	62
Королёва Е.Г., Бялая Е.М.	62
ANALYSIS OF PUBLICATION ACTIVITIES ON THE IMPACT OF PARENTAL ALCOHOLISM ON THE MENTAL DEVELOPMENT OF CHILDREN	65
Koroleva E.G., Vyalyaya E.M.	65
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ В КЛИНИКЕ МЕТОДИК ПО ОПРЕДЕЛЕНИЮ	

ПРИВЕРЖЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЮ.....	65
Котляренко Д.О.....	65
CLINICAL USE OF METHODS FOR DETERMINING TREATMENT ADHERENCE.....	67
Kotlyarenko D.O.....	67
ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ РЕАКЦИЙ У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН ПРИ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ	68
Лапанов П.С.....	68
CHARACTERISTICS OF EMOTIONAL REACTIONS IN MEN AND WOMEN WITH ESSENTIAL ARTERIAL HYPERTENSION.....	70
Lapanov P.S.	70
ИНДИВИДУАЛЬНО-ТИПОЛОГИЧЕСКИЕ КОРРЕЛЯТЫ СОЦИАЛЬНО АГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ.....	70
Лысенко Н.Е., Кабанова Т.Н.....	70
INDIVIDUAL-TYPOLOGICAL CORRELATES OF SOCIALLY AGGRESSIVE BEHAVIOR	72
Lysenko N.E., Kabanova T.N.....	72
ВКЛАД ЧЕРТ ТЕМНОЙ ТРИАДЫ В ПРОЯВЛЕНИЕ ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ ...	73
Мерзляков Д.Е.....	73
DARK TRIAD TRAITS AS PREDICTORS OF ANXIETY AND DEPRESSION.....	76
Merzlyakov D.E.....	76
АМЕЖНАЯ АСОБА: ПРАСТОРАВА-ЧАСАВЫ АСПЕКТ	76
Мікулович Т.І. ¹ , Корсак В.У. ²	76
BORDERLINE PERSON: SPATIAL-TEMPORARY ASPECT.....	79
Mikulovich T.I. ¹ , Korsak V.U. ²	79
ТИПОЛОГИЯ ЛИЧНОСТНЫХ СМЫСЛОВ МАТЕРИНСТВА У ЖЕНЩИН С РЕПРОДУКТИВНЫМИ ТРУДНОСТЯМИ	80
Николаев Е.Л., Степанова В.В.....	80
A TYPOLOGY OF PERSONAL MEANINGS OF MOTHERHOOD IN WOMEN WITH REPRODUCTIVE DIFFICULTIES	83
Nikolaev E.L., Stepanova V.V.	83
КОНЦЕПЦИЯ НАРУШЕНИЙ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ: КОНТЕКСТ ПРОФИЛАКТИКИ, НАПРАВЛЕННОЙ НА ИНОСТРАННЫХ СТУДЕНТОВ- МЕДИКОВ	83
Николаев Е.Е., Орлов Ф.В.....	83
THE CONCEPT OF MENTAL HEALTH DISORDERS: THE CONTEXT OF PREVENTION AIMED AT FOREIGN MEDICAL STUDENTS	86
Nikolaev E.E., Orlov F.V.....	86

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ МИШЕНИ ПРИ НЕСУИЦИДАЛЬНОМ САМОПОВРЕЖДАЮЩЕМ ПОВЕДЕНИИ У ПОДРОСТКОВ С ЛИЧНОСТНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ.....	87
Потапова Е.А. ¹ , Паша В.Н. ²	87
PSYCHOTHERAPEUTIC TARGETS FOR NON-SUICIDAL SELF-HARMING BEHAVIOR IN ADOLESCENTS WITH PERSONALITY DISORDERS	90
Potapova E.A. ¹ , Pasha V.N. ²	90
ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ АГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ШИЗОФРЕНИЕЙ В УСЛОВИЯХ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА: СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ	90
Пузиновская С.Н., Скугаревская М.М.....	90
PSYCHOTHERAPEUTIC INTERVENTIONS FOR AGGRESSIVE BEHAVIOR IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA IN INPATIENT PSYCHIATRIC SETTINGS: CURRENT EVIDENCE AND FUTURE PERSPECTIVES.....	93
Puzinovskaya S., Skuhareuskaya M.	93
ОБЪЕКТИВНАЯ ОЦЕНКА ВЫРАЖЕННОСТИ И РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ДЕПРЕССИВНОЙ СИМПТОМАТИКИ У ПАЦИЕНТОВ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ С ХРОНИЧЕСКОЙ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ	93
Савицкий И.С., Якубчик И.Н.....	93
OBJECTIVE ASSESSMENT OF THE SEVERITY AND PREVALENCE OF DEPRESSIVE SYMPTOMS IN CARDIOLOGICAL PATIENTS WITH CHRONIC CEREBROVASCULAR PATHOLOGY	95
Savitsky I.S., Yakubchik I.N.	95
ВЗАИМОСВЯЗЬ КОГНИТИВНЫХ СПОСОБНОСТЕЙ И КОМПОНЕНТОВ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ У СТАРШИХ ДОШКОЛЬНИКОВ: РЕЗУЛЬТАТЫ КЛАСТЕРНОГО АНАЛИЗА.....	96
Сентемова Е.Ю.....	96
THE RELATIONSHIP BETWEEN COGNITIVE ABILITIES AND EMOTIONAL COMPONENTS IN OLDER PRESCHOOLERS: RESULTS OF A CLUSTER ANALYSIS	98
Sentemova E.Yu.	98
РЕАКЦИЯ РОДСТВЕННИКОВ НА ВОЗНИКНОВЕНИЕ ШИЗОФРЕНИИ	99
Стрелков О.Г.	99
REACTIONS OF RELATIVES TO THE DEVELOPMENT OF SCHIZOPHRENIA.....	100
Strelkov O.G.	100
СЕМЬЯ ПАЦИЕНТА С ШИЗОФРЕНИЕЙ КАК ФАКТОР ДЕБЮТА ЗАБОЛЕВАНИЯ.....	100
Стрелков О.Г.	100
THE FAMILY OF A PATIENT WITH SCHIZOPHRENIA AS A FACTOR	

IN DISEASE ONSET	103
Strelkov O.G.	103
ВОЗМОЖНОСТИ УПРАВЛЕНИЯ СУИЦИДАЛЬНЫМ ПОТЕНЦИАЛОМ У СОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ПАЦИЕНТОВ.....	103
Харит А.В.	103
MANAGING SUICIDAL POTENTIAL IN ADULT PATIENTS	107
Kharit A.V.....	107
КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ РЕКУРРЕНТНЫХ ДЕПРЕССИВНЫХ ЭПИЗОДОВ У ПАЦИЕНТОВ С РАССТРОЙСТВОМ ЛИЧНОСТИ. МИШЕНИ ВОЗДЕЙСТВИЯ КОГНИТИВНОЙ РЕСТРУКТУРИЗАЦИИ	107
Харит А.В.	107
COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY IN THE TREATMENT OF RECURRENT DEPRESSIVE EPISODES IN PATIENTS WITH PERSONALITY DISORDER. TARGETS OF COGNITIVE RESTRUCTURING.....	110
Kharit A.V.....	110
ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ШКАЛЫ СОМАТИЗАЦИИ МОДИФИЦИРОВАННОГО ОПРОСНИКА НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ..	110
Цидик Л.И.....	110
DIAGNOSTIC CAPABILITIES OF THE SOMATIZATION SCALE OF THE MODIFIED NEUROTIC DISORDERS QUESTIONNAIRE.....	113
Tsidik L.I.....	113
КОМБИНИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ОБСЕССИВНО-КОМПУЛЬСИВНОМ РАССТРОЙСТВЕ В РАМКАХ КО-ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО АЛЬЯНСА ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИИ И КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ (ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ)	113
Шельгин К.В., Ложкина Л.И.....	113
COMBINATION THERAPY FOR OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER WITHIN THE FRAMEWORK OF A CO-THERAPEUTIC ALLIANCE OF PSYCHOPHARMACOTHERAPY AND COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY (CASE REPORT).....	116
Shelygin K.V., Lozhkina L.I.....	116
К ВОПРОСУ ОБ АВТОМАТИЗИРОВАННОЙ ДИАГНОСТИКЕ ДЕПРЕССИИ НА ОСНОВЕ АНАЛИЗА ЛИЦЕВОЙ ЭКСПРЕССИИ	117
Яковлева Н.В., Варламов А.В., Яковлев Н.В., Яковлев В.В.	117
ON AUTOMATED DIAGNOSTICS OF DEPRESSION BASED ON FACIAL EXPRESSION ANALYSIS	119
Yakovleva N.V., Varlamov A.V., Yakovlev N.V., Yakovlev V.V.....	119

СТРУКТУРА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СИМПТОМАТИКИ У КОМБАТАНТОВ С БОЕВОЙ ТРАВМОЙ: ВЫДЕЛЕНИЕ СИМПТОМАТИЧЕСКИХ КЛАСТЕРОВ

Азаренко А.М.¹, Азаренко С.В.²

¹Институт мозга человека им. Н.П.Бехтеревой Российской академии наук,

²Сертоловская городская больница

Санкт-Петербург, Россия

e-mail: alla-spring@mail.ru

Введение. Проблема психического здоровья военнослужащих, вернувшихся из зон боевых действий, остается одной из наиболее значимых. Последствия боевой психической травмы не могут быть сведены исключительно к интенсивности стресса; ключевую роль играют индивидуальные ресурсы личности [1, 2, 5]. Исследования показывают, что ПТСР редко протекает изолированно: коморбидная депрессивная и тревожная симптоматика существенно отягощает клиническую картину и затрудняет реабилитацию [3]. Своевременное выявление структуры эмоциональных нарушений у лиц, вернувшихся из зоны боевых действий, приобретает критическое значение для предотвращения стойкой социально-психологической дезадаптации [2, 4]. Выделение специфических симптоматических кластеров имеет принципиальное значение для планирования терапевтических интервенций.

Цель. Комплексное изучение профиля психоэмоциональной симптоматики и выявление структуры дистресса у комбатантов на начальном этапе медицинской реабилитации

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось на базе отделения реабилитации. Выборку составили 60 комбатантов-мужчин (средний возраст 43 ± 6 лет), участников боевых действий (с ампутациями конечностей и без). Критерии включения: возраст 20–60 лет, добровольное согласие. Критерии исключения: тяжелые ранения, препятствующие тестированию, острое психотическое состояние. Использованы методы: Миссисипская шкала (военный вариант ПТСР), Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS), шкала депрессии Бека, опросник выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90). Статистическая обработка выполнена с использованием критерия Манна–Уитни, корреляционного и факторного анализа.

Результаты исследования. В ходе исследования все респонденты были разделены на 2 группы в зависимости от тяжести ранения: с ампутациями конечностей ($n=24$, 40%) и без ампутаций ($n=36$, 60%). Установлено, что 43% всей выборки демонстрируют уровень посттравматического стресса выше диагностического порога (≥ 111 баллов по Миссисипской шкале).

Сравнительный анализ выявил статистически значимые различия между группами. Комбатанты с ампутациями имеют достоверно более высокий

уровень депрессии и тревоги. По опроснику SCL-90 в группе с ампутациями значимо выше показатели по всем шкалам, особенно по шкалам враждебности и психотизма. Уровень ПТСР также значимо выше в группе с ампутациями.

Корреляционный анализ выявил умеренные и высокие положительные связи ПТСР с большинством изученных шкал. Наиболее тесные связи обнаружены с тревожностью, фобией и общим индексом GSI (General Symptomical Index) по SCL-90, а также с тревогой по HADS.

Ключевым результатом стало выявление факторной структуры психоэмоциональных нарушений (объясняет 77,8% дисперсии), представленной тремя кластерами (таблица 1):

- «Генерализованный дистресс» (69,5% дисперсии): объединяет соматизацию, тревожность, фобии, навязчивости, чувствительность, психотизм, паранойяльность, а также когнитивно-аффективный компонент депрессии;

- «Депрессивно-соматический» (4,6% дисперсии): включает депрессию по HADS, соматические проявления депрессии (тест Бека) и умеренную нагрузку ПТСР;

- «Специфический посттравматический» (3,7% дисперсии): содержит преимущественно ПТСР, что указывает на уникальный компонент посттравматического стресса, не сводимый к тревоге или депрессии.

Таблица 1. – Характеристика симптоматических кластеров по результатам факторного анализа

Название фактора	Основные переменные	Доля дисперсии, %
Генерализованный дистресс (тревожно-соматический + когнитивный)	Объединяет практически все шкалы SCL-90 (соматизация, тревога, фобия, навязчивости, чувствительность, психотизм, паранойяльность), а также когнитивно-аффективный компонент депрессии и тревогу по HADS	69,5
Депрессивно-соматический	Включает депрессию (HADS), соматические проявления депрессии, GSI и умеренную нагрузку ПТСР	4,6
Специфический посттравматический	Содержит ПТСР (0.46) и слабую нагрузку депрессии SCL (0.45). Указывает на уникальную часть посттравматического стресса	3,7

Выводы. Тяжесть ранения (наличие ампутации) является ключевым фактором, ассоциированным с максимальной выраженностью всех компонентов психоэмоционального дистресса у комбатантов.

Психоэмоциональные нарушения у комбатантов с боевой травмой имеют трехфакторную структуру, включающую кластеры генерализованного дистресса, депрессивно-соматический и специфический посттравматический.

ПТСР у комбатантов не является частью общего дистресса, а

представляет собой самостоятельный симптомокомплекс, тесно связанный с депрессивной симптоматикой, но сохраняющий специфичность, что требует комбинированных (травма-фокусированных и депрессивно-соматических) стратегий реабилитации.

Литература

1. Снедков, Е. В. Отдалённые последствия боевой психической травмы / Е. В. Снедков // Психическое здоровье военнослужащих и специалистов экстремальных видов профессиональной деятельности : материалы Всерос. науч.-практ. конф., Санкт-Петербург, 28 окт. 2022 г. / ред. В. К. Шамрей. – СПб., 2022. – С. 15-18.
2. Шамрей, В. К. Показатели психических расстройств у военнослужащих Минобороны России, проходящих службу по контракту (2009–2021 гг.) / В. К. Шамрей, В. И. Евдокимов, М. С. Плужник // Вестник психотерапии. – 2024. – № 90. – С. 28-36.
3. Mental health among military personnel and veterans / T. Pickett, D. Rothman, E. F. Crawford [et al.] // North Carolina medical journal. – 2015. – Vol. 76, № 5. – P. 299-306.
4. Combat Duty in Iraq and Afghanistan, Mental Health Problems, and Barriers to Care / C. W. Hoge, C. A. Castro, S. C. Messer [et al.] // N Engl J Med. – 2004. – Vol. 351, № 1. – P. 13-22.
5. Posttraumatic stress disorder and depression in battle-injured soldiers / T. A. Grieger, S. J. Cozza, R. J. Ursano [et al.] // American journal of psychiatry. – 2006. – Vol. 163, № 10. – P. 1777-1783.

THE STRUCTURE OF PSYCHOEMOTIONAL SYMPTOMS IN COMBATANTS WITH COMBAT TRAUMA: IDENTIFICATION OF SYMPTOMATIC CLUSTERS

Azarenko A.M.¹, Azarenko S.V.²

¹*N.P.Behtereva Institute of the Human Brain of the Russian Academy of Sciences,*

²*Sertolovo City Hospital
St. Petersburg, Russia*

The study involved 60 combatants with combat trauma. The aim was to analyze the structure of psychoemotional disorders. The study revealed that patients with amputations demonstrate significantly higher levels of distress. A three-factor structure of disorders was identified: "Generalized distress", "Depressive-somatic", and "Specific post-traumatic". It was established that PTSD in combatants is a relatively independent symptom complex. The results are important for developing differentiated rehabilitation programs.

КОРПОРАТИВНАЯ ПРОГРАММА УКРЕПЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ СОТРУДНИКОВ, РАБОТАЮЩИХ С УЧАСТНИКАМИ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ: ОПЫТ СЕРТОЛОВСКОЙ ГОРОДСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

Азаренко А.М.¹, Азаренко С.В.²

¹*Институт мозга человека им. Н.П.Бехтеревой Российской академии наук,*

²*Сертоловская городская больница,*

Санкт-Петербург, Россия

e-mail: alla-spring@mail.ru

Введение. Проблема профессионального выгорания медицинских работников приобретает особую значимость в условиях возрастающих психоэмоциональных нагрузок. Синдром эмоционального выгорания (СЭВ) не только снижает качество жизни специалистов, но и ведет к росту профессиональных ошибок, снижению эмпатии и формализации общения с пациентами [3]. Согласно анализу зарубежных исследований, проведенному Е.Я.Матюшкиной и коллегами, в современной системе здравоохранения назрела острая необходимость разработки и внедрения методов профилактики профессионального выгорания, особенно в группах с экстремально высоким риском — таких как работники неотложной помощи и специалисты, контактирующие с тяжелыми пациентами [2]. В современных условиях эмоциональное выгорание выявляется не только у врачей, работавших в зоне боевых действий, но и у специалистов, оказывающих помощь участникам СВО и их семьям в условиях обычной практики. Среди ключевых организационных факторов, способствующих развитию выгорания, исследователи выделяют высокую нагрузку и дефицит времени на прием пациента [1]. Особую уязвимость демонстрируют сотрудники, совмещающие профессиональные обязанности с проживанием в малом городе, где социальные и трудовые связи тесно переплетены. ГБУЗ ЛО «Сертоловская городская больница» (далее – Учреждение) обслуживает население более 72 тыс. человек. Большая часть медицинского персонала включена в работу с участниками СВО, что создает предпосылки для наиболее серьезного влияния на психологическое благополучие сотрудников.

Цель. Разработка, научное обоснование и внедрение корпоративной программы укрепления здоровья сотрудников, работающих с участниками боевых действий, на базе ГБУЗ ЛО «Сертоловская городская больница».

Материалы и методы исследования. На первом этапе (ноябрь-декабрь 2024 г.) проведено комплексное психодиагностическое обследование 48 сотрудников Учреждения (60% женщины, 40% мужчины; наибольшая возрастная группа – 31-45 лет (48%); средний медицинский персонал – 37%, специалисты – 40%, врачи – 4%). Использована батарея методик: авторская анкета оценки риска выгорания на основе шкал МВІ (Maslach, 1986), СВІ

(Kristensen et al., 2005), COPSOQ (организационный стресс), HSE Management Standards (поддержка руководства), SMBM (оценка когнитивного истощения). Статистическая обработка включала описательную статистику, корреляционный анализ, выявление групп риска. На втором этапе (2025 г.) с учетом психодиагностики улучшена и расширена комплексная Программа «Здоровая рабочая среда», включающая организационные, психопрофилактические и социальные мероприятия.

Результаты исследования. Исходное обследование выявило следующие ключевые показатели выгорания: физическая усталость после работы – 43,8%; ощущение, что достижения не ценятся – 27,1%; частые головные боли и физические недомогания – 27,1%; мысли о смене профессии – 22,9%; ощущение, что рабочие нагрузки превышают возможности – 16,6%.

Наименее выражены: эмоциональное истощение (2,1%) и изоляция в коллективе (2,1%).

Анализ по шкалам МВІ/СВІ показал: эмоциональное истощение (средний балл 2,8, 32% респондентов с высокими показателями); деперсонализация (2,4 балла, 22%); редукция достижений (2,2 балла, 18%).

Выявлены группы риска: по возрасту - наибольший уровень выгорания в группе 31–45 лет (44%); по полу - женщины демонстрируют более высокие показатели физической усталости (48,3% vs 36,8% у мужчин); по должности и стажу: средний медицинский персонал с графиком 2/2 чаще испытывает перегрузку (45%); сотрудники со стажем менее 5 лет имеют более высокий уровень эмоционального истощения (адаптационный период).

Корреляционный анализ выявил сильную связь между отсутствием поддержки администрации и эмоциональным истощением, а также между плавающим графиком и трудностями концентрации.

Дополнительные факторы риска: 40% сотрудников не имеют доступа к ресурсам по психопросвещению; 70% отметили отсутствие или недостаточность возможностей для профессионального развития; только 31% оценили баланс работа/личная жизнь как высокий.

На основе полученных данных была улучшена существующая программа «Здоровая рабочая среда», включающая аудиты рисков профессионального выгорания, условий труда, организацию кабинета психологической разгрузки, регулярную психодиагностику и оценку заболеваемости сотрудников (в том числе работающих с участниками СВО).

Методическая основа Программы базируется на положениях Конституции РФ, ФЗ № 323-ФЗ, Указах Президента РФ (№ 400, № 309, № 809) и национальных проектах «Демография» и «Здравоохранение». Миссия Учреждения определена как «центр планирования, реализации и контроля здоровьесберегающих программ для сотрудников и жителей Сертолово с учетом специфики малого города».

Выводы. Исходный уровень профессионального выгорания у 35-40% сотрудников ГБУЗ ЛО «Сертоловская городская больница» соответствует высокому риску, что подтверждает актуальность внедрения корпоративных

программ укрепления здоровья.

Ключевыми факторами риска выступают: физическое истощение (43,8%), дефицит признания (27,1%), отсутствие психологической поддержки (40%) и дисбаланс работа/личная жизнь.

Разработанная программа «Здоровая рабочая среда» носит комплексный междисциплинарный характер, охватывает не только сотрудников, но и членов их семей, интегрирована в Коллективный договор и учитывает специфику малого города, а также специфику работы с участниками СВО.

Полученные результаты и опыт внедрения могут быть тиражированы в другие медицинские учреждения, работающие с участниками боевых действий и их семьями.

Литература

1. Безымянный, А. С. Профессиональное выгорание медицинских работников и факторы, его определяющие / А. С. Безымянный, Э. Н. Мингазова // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2024. – Т. 32, № 2. – С. 180-186.

2. Профессиональный стресс и профессиональное выгорание у медицинских работников / Е. Я. Матюшкина, А. П. Рой, А. А. Рахманина, А. Б. Холмогорова // Современная зарубежная психология. – 2020. – Т. 9, № 1. – С. 39-49.

3. Суханова, Е. И. Профессиональное выгорание медицинских сотрудников и его диагностика / Е. И. Суханова // Неонатология: новости, мнения, обучение. – 2022. – Т. 10, № 2 (36). – С. 55-60.

CORPORATE HEALTH PROMOTION PROGRAM FOR STAFF WORKING WITH COMBAT VETERANS: EXPERIENCE OF SERTOLOVO CITY HOSPITAL

Azarenko A.M.¹, Azarenko S.V.²

¹*N.P.Bechtereva Institute of the Human Brain of the Russian Academy of Sciences,*

²*Sertolovo City Hospital
St. Petersburg, Russia*

The article presents the results of the initial assessment of professional burnout among 48 medical staff of Sertolovo City Hospital working with combat veterans and their families. Key risk factors were identified: physical fatigue (43.8%), lack of recognition (27.1%), thoughts of changing profession (22.9%). High-risk groups (women aged 31-45, nurses with shift work, employees with less than 5 years of experience) were determined. A comprehensive corporate program "Healthy Working Environment" has been developed and implemented, including organizational, psychoprophylactic, and social measures integrated into the Collective Agreement. The program covers not only employees but also their family members, considering the specifics of a small town. The experience can be replicated in other medical institutions.

СЕМАНТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА САМОУБИЙСТВА

Букин С.И.

Гродненский областной клинический центр «Психиатрия-наркология»

Гродно, Беларусь

e-mail: s.bukin.grodno@gmail.com

Введение. Исследования суицидального поведения (СП) в настоящее время все больше обретают черты завершеного эпидемиологического исследования с понятными темпоральными и динамическими характеристиками и территориальной идентичностью распространенности [1].

Наличие типовых этапов развития наделяет СП свойствами автономного саморегулирующегося процесса, имеющего возможность реализоваться при жизни человека, в определенном смысле существующего независимо [2]. В таком понимании фактическое отсутствие препятствий к совершению СУ органично дополняет представление о СП, как о свойстве человека, которое может или не может быть реализовано и определяет его сущность, коморбидную смыслам существования, как возможность прекращения жизни на любом из ее сознательных этапов.

Цель. Исследовать на основе синергетического метода семантическое содержание факторов риска самоубийства

Материалы и методы исследования. Проведен анализ зарубежной и отечественной литературы, опубликованных собственных работ, результаты которого использованы в экспериментальном исследовании, в том числе, в формальных математических моделях.

Распространенность частоты самоубийств (ЧСУ) свидетельствует об эпидемиологическом характере суицидальной активности населения (САН), в котором присутствуют системоорганизующие правила и территориальная идентичность с ключевой ролью социального компонента [1, 3]. Социальная парадигма суицидогенеза позволяет выделить медико-социальные характеристики (МСХ) среднестатистического суицидента, которые свидетельствуют об относительной идентичности начальных условий развития СП в частных случаях. Это наделяет МСХ свойствами не агрессивных феноменов, предопределивших самоубийство (СУ), а латентных социальных доминант, приобретших значимость при появлении триггеров, изменивших качество социального функционирования.

В исследовании, проведенном с апреля по июль 2025 года по случаям госпитализаций в стационарные организации здравоохранения пациентов в связи с совершёнными летальными суицидальными действиями (ЛСД, n=86) установлены модальные МСХ, из которых 82% парасуицидентов проживали в городе; имели средне-специальное образование – 80%; находилось вне брака – 77%; совместно проживали – 62%; не имели детей 59%; 57% – женщины; в

возрасте 11-20 и 31-40 лет – 56%; способ ЛСД (X78) – 51%. При очевидных на первый взгляд среднестатистических МСХ потенциального парасуицидента только в 1% случаев присутствовали все из них.

В представлениях о диагностической значимости суммарного значения ФРС фактически используется понятие о «наследовании» в теории множеств или о «чистых множествах», когда генеральная совокупность множеств личности суицидента имеет конечное значение, определенное исходными данными. Однако, динамичность обстоятельств в пресуициде свидетельствует, что личность суицидента – транзитивное множество n уровней исходных подмножеств, на основе которых создаются вторичные ассоциативно-аналитические подмножества (ААП) [4]. В практической плоскости это означает, что в каждой единице времени риск СУ, основанный на инструментальном исследовании личности потенциального суицидента, недооценен и может считаться объективным только условно по причине невовлечения в его анализ ААП, относящихся к более высокому уровню обобщения.

Такая принадлежность ФРС множеству производных транзитивной личности суицидента подтверждает их латентный характер, приобретающий значение облигатного в условиях экспансии внешних триггеров СП, и свидетельствует, что доступные определению ФРС являются маркерами актуальности СП, но никак не его индукторами: это – *locus minoris resistentiae* или характеристики, наиболее чувствительные к изменению витальных установок человека.

СП, как совокупность действий и решений человека, направленных на прекращение болезненного взаимодействия с окружающей средой, представляется ничем иным как стремлением создания нового субъективного порядка отношения вещей (системы координат), в том числе, «нулевого», в связи с неуправляемостью отношений в настоящем или субъективным хаосом, как результатом длительного взаимодействия личности и ОМ в условиях поглощения социальными императивами индивидуальных запросов [5]. Это определяет прогрессивность энтропии информационной системы человека (ИСЧ) [4].

В упомянутом выше исследовании для оценки субъективного отношения ко времени, связанному с ЛСД, проведен опрос пациентов по методике «Семантический дифференциал времени» (СДВ). Среднее значение отношения парасуицидентов к прошлому времени, сопряженному с совершением ЛСД, в 6,7 раз ниже среднего значения по СДВ в целом (2,8). При этом эмоциональная окраска времени (ЭВ) и структура времени (СВ) прошлого, имея отрицательные значения, меньше соответствующих средних показателей в 4,2 раза (ЭВ - в 5 раз, СВ – в 3,4 раза), а среднего значения будущего и настоящего – в 6,9 и 4,6 раз соответственно. Результат свидетельствует о низкой структурированности прошлого, замедлении психических процессов, утрате личностной идентичности и фрустрированности, что определяет ИСЧ при совершении ЛСД, как закрытую информационную систему с субъективным

отсутствием времени на этапе непосредственно ЛСД.

Одним из последствий перехода человека к закрытой модели информационного обмена является субъективное искажение восприятия времени, связанное со снижением объемов и качества регистрации изменений внешнего мира. Низкая интенсивность сторонних стимулов и неизменность внутренних негативных нарративов предопределяют выбор между находящимися в равной доступности положительным и отрицательным решениями о СУ в пользу наименее ресурсозатратного, чем и объясняются сложности прекращения суицидальных практик и интенций по совершению ЛСД в структуре СП [4].

Результаты исследования. СП, как совокупность действий и решений человека, направленных на прекращение болезненного взаимодействия с окружающей средой, представляется стремлением создания нового субъективного порядка отношения вещей (системы координат), в том числе, «нулевого», в связи с неуправляемостью отношений в настоящем или субъективным хаосом. В этом контексте основой для развития СП выступает избыточность десинхронизированного содержания кейса «самоубийство», свидетельствующего о выраженности психической энтропии (хаоса) [2]. Ее присутствие объясняется как результат длительного взаимодействия личности и общественного мнения в условиях поглощения социальными императивами индивидуальных запросов, обуславливающий формирование хаотической динамической аксиомальной системы. Триггерами же ЛСД, согласно теории хаоса, как раз и выступают незначительные по содержанию и неактуальные вне СП эмоциональные эпизоды.

Выводы. Результаты исследования характеризуют СП, как альтернативную модель жизнедеятельности, присутствующую у человека на протяжении всей его жизни. Медико-социальные ФРС являются вторичными по отношению к истинным его причинам, латентными в структуре пресуицида. СП с позиций математического анализа является формой жизнедеятельности в ответ на состояние субъективного хаоса, целью которой является создание нового порядка взаимодействия вещей, обеспечивающего синхронизацию индивидуальных запросов и возможностей. ЛСД в структуре собственной модели СП представлены императивными действиями по формированию новых правил (в том числе, «нулевых») на повторный хаос в системе отношений, выстроенной внутри неизменной ситуации кризиса. Изначальная допустимость СУ и ее присутствие на любом уровне сознания способствуют безальтернативному включению чрезмерных необратимых действий по прекращению жизни – как исключительного варианта в последовательности собственных действий – в один из исходных способов решения кризисной ситуации.

Литература

1. Букин, С. И. Личность и общественное мнение в этиопатогенезе самоубийств / С. И. Букин, Е. М. Тищенко // Суицидология. – 2016. – Т. 7, № 3 (24). – С. 32-39.

2. Букин, С. И. Самоубийство и суицидальная активность: решения в системе управления кейсами / С. И. Букин // Медицинская и психосоциальная реабилитация. – 2025. – Т. 1, № 1 (1). – С. 35-39.

3. Букин, С. И. Суицидальная активность в статистической ретроспекции / С. И. Букин // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. – 2024. – Т. 22, № 3. – С. 229-238.

4. Букин, С. И. Информационные паттерны самоубийства / С. И. Букин // Девиантология. – 2025. – Т. 9, № 1 (16). – С. 43-54.

5. Иванова, Е. А. Теория хаоса и когнитивные процессы / Е. А. Иванова // Психологический журнал. – 2015. – Т. 36 (2). – С. 12-27.

SEMANTIC ANALYSIS OF SUICIDE RISK FACTORS

Bukin S.I.

*Grodno Regional Clinical Center «Psychiatry and Narcology»
Grodno, Belarus*

The suicide risk factors that form the basis for determining its severity are secondary. Simply summing them up significantly reduces the reliability of the risk assessment results. The decision to commit lethal suicidal acts is made under conditions of consciousness control by a chaotic dynamic system of relationships and a subjective lack of time. Suicidal actions, from the standpoint of mathematical analysis, are an imperative desire to create new (including «zero») rules for repeated chaos in a system of relations built within an unchanging situation of crisis.

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ ПРИ СОЦИОФОБИЯХ

Бялая Е.М., Королёва Е.Г.

*Гродненский государственный медицинский университет
Гродно, Беларусь
byalaya_elena@mail.ru*

Введение. Социофобия, в настоящее время, рассматривается как неодолимая, иррациональная боязнь исполнения каких-либо общественных действий (например, публичных выступлений), либо действий, которые предполагают вниманием со стороны посторонних лиц: боязнь взглядов прохожих на улице, боязнь находиться в общественном месте, невозможность заниматься чем-либо при наблюдении со стороны, боязнь показаться глупым в глазах окружающих. Также социофобия сопровождается физическими симптомами, такими как потливость, тахикардия, головокружение, тошнота. Социофобии делятся на специфическую и генерализованную. Специфические

фобии встречаются чаще, чем генерализованные, пациенты составляют по разным данным 6 – 15% населения [1]. С каждым годом процент населения страдающего социофобией увеличивается. Это связано с ритмом жизни современного человека, глобализацией, техническим прогрессом, изменением ценностей. Однако проблема заключается еще и том, что люди боятся обращаться к специалисту с данной проблемой, так как боятся осуждения со стороны общества и стигматизации.

Цель. Оценить актуальные пути и стратегии коррекции социофобии, а также проанализировать факторы, влияющие на эффективность используемых коррекционных мероприятий.

Методы исследования. Анализ современных научных публикаций, доступных в поисковых системах Google и PubMed, по запросу: «социофобия» и «диагностика и лечение социофобии».

Результаты. Социофобия многогранна в своих проявлениях — кто-то боится публичных выступлений, посещать театры и кинотеатры, принимать пищу в общественных местах. Также имеются специфические страхи, такие как подписание документов, избегание зрительного контакта, страх телефонного разговора. Некоторые люди, страдающие социофобией, опасаются широкого круга социальных ситуаций, в то время как другие — только специфичных, например таких, в которых необходимо проявить свои способности наилучшим образом [2].

Исследователями было показано, что у людей с повышенной чувствительностью отрицательный опыт социализации в прошлом может провоцировать развитие социофобии. Также имеет значение отрицательный опыт других в процессе социализации в особенности тогда, когда человек был свидетелем этого отрицательного опыта. Социофобия наиболее часто начинает проявляться в детском и подростковом возрасте.

Человек, страдающий социофобией, пытается произвести на других людей хорошее впечатление, но при этом он считает, что никогда не справится с этой задачей. Он постоянно прокручивает в голове ситуации, в которых он растеряется, покраснеет, и все его осудят. По этой причине человек постоянно находится в напряжении. Из-за этого возрастает риск возникновения депрессии, суицидальных попыток. Также увеличивается риск злоупотребления психоактивными веществами.

Согласно классификации Международной классификации болезней 10 пересмотра, социальные фобии входят в рубрику F40.1 «Социальные фобии» входящей в класс «Фобические тревожные расстройства».

Основные симптомы делятся на следующие группы: когнитивные, физиологические и поведенческие. *Когнитивные* – люди, страдающие социофобией, испытывают настоящий ужас от того, как они будут оценены сторонними наблюдателями и *физиологические*. Физиологические эффекты, с которыми сталкиваются пациенты, схожи с наблюдаемыми при других расстройствах тревожного спектра. У взрослых это могут быть слёзы, избыточная потливость, тошнота, трудности с дыханием, дрожь в конечностях,

изменения сердечного ритма. *Поведенческие*, как уже говорилось выше, социофобия, или социально-тревожное расстройство есть устойчивый страх широкого круга ситуаций, в которых человек оценивается окружающими, при этом он опасается создать у них плохое мнение о себе.

Ученые еще не выяснили точную причину возникновения социофобии. Наиболее вероятная причина изложена в биопсихосоциальном подходе. Суть этого подхода заключается в том, что в возникновении болезни играет роль наследственный фактор, а также психологический (мышление, эмоции) и социальный (семья, окружающая среда).

Наиболее эффективными методами психотерапии, применяемыми при лечении социофобии являются: поведенческая психотерапия, когнитивная психотерапия и экспозиционная психотерапия [4].

Целью поведенческой терапии является убрать симптомы заболевания. В зависимости от симптомов, психотерапевт подбирает методики, которые убирают эти симптомы. Далее пациенту дают домашнее задание, которое постепенно усложняется. Работа ведется в трех направлениях: работа с мыслями, которые вызывают тревогу, социализация, преодоление изолированности.

При проведении когнитивной психотерапии, нужно понять какие негативные мысли имеются у пациента. Далее работа ведется над тем, соответствуют ли они действительности. Затем они в процессе работы преобразуются либо в реалистические, либо в позитивные

Экспозиционная психотерапия заключается в том, что человек намеренно проходит через ситуации, которые вызывают страх. Психотерапевт предлагает методики, которые помогают справиться со страхом (рациональное мышление, медленное дыхание и навыки релаксации). Экспозиционная психотерапия должна быть: постепенной, повторяемой и регулярной длительной.

Вместе с психотерапией нужно использовать фармакотерапию. Препараты подбираются индивидуально в зависимости от степени выраженности симптомов и имеющейся сопутствующей патологии. На первом этапе это могут быть транквилизаторы для временного уменьшения интенсивности чувства страха и внутреннего беспокойства перед пугающей ситуацией. Для долгосрочного лечения применяют антидепрессанты различных групп, преимущественно СИОЗС.

Выводы. Социофобии поддаются коррекции и лечению при своевременном обращении за квалифицированной помощью и проведении длительной регулярной психотерапии.

Литература

1. Social Phobia and High-Risk Behaviors in Young Medical Students. *Ethiop Health* / N. Afshari, J. Farokhzadian, K. Abdi, H. Sheikhbardsiri // *Ethiop J Health Sci.* – 2021. – Vol. 31(2). – P. 359-370. – doi: 10.4314/ejhs.v31i2.19.

2. Яргин, С. В. Психотерапия генерализованного тревожного расстройства / С. В. Яргин // *Сибирский научный медицинский журнал.* – 2024. – Т. 44, № 4. – С. 8-11.

3. Мякотин, И. С. Взаимосвязь копинг-стратегий и особенности личности при социальной фобии / И. С. Мякотин // Ярославский педагогический вестник. – 2018. – Т. 10, № 28. – С. 3-10.

4. Грошев, И. В. Специфические фобии в корригировании поведенческих паттернов личности: гендернополовозрастные особенности проявления / И. В. Грошев. – Российский психиатрический журнал. – 2013. – № 5. – С. 34-35.

PSYCHOTHERAPEUTIC APPROACHES TO SOCIAL PHOBIA

Bialaya E.M., Koroleva E.G.

*Grodno State Medical University
Grodno, Belarus*

The article defines social phobia as a disease and shows the main ways to treat this disease. The research methods were based on literary sources and own clinical observation. The available data confirm the effectiveness of various methods of psychotherapy in patients with social phobia if they seek qualified help in a timely manner.

ВОССТАНОВЛЕНИЕ ПОЗНАВАТЕЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ В РАМКАХ КОМПЛЕКСНОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ПЕРВЫМ ОБОСТРЕНИЕМ ПСИХОЗА

Глебка О.П.^{1,2}, Шапаревич А.С.², Мельниченко О.Я.²

¹*Белорусский государственный университет¹,*

²*Республиканский научно-практический центр психического здоровья²*

Минск, Беларусь

[*olga.glebko90@gmail.com*](mailto:olga.glebko90@gmail.com)

Введение. Нарушения когнитивных функций при психотических расстройствах могут лежать в основе других нарушений, определять социальное функционирование, а исследование первого эпизода позволит лучшим образом определить структуру этих нарушений, вывить их наиболее характерные особенности и определить мишени воздействия в процессе социального восстановления.

Целью данного исследования являлось оценка эффективности воздействия когнитивного тренинга на познавательную сферу пациентов с первым психотическим эпизодом, прошедших стационарное лечение.

Материалы и методы исследования:

1. Методы клинико-психопатологического исследования: структурированное интервью PANSS [1].

2. Клинико-социальные – шкала глобального функционирования GAF, копинг-тест Лазаруса для оценки адаптации в стрессовых ситуациях.

3. Методы пато- и нейропсихологической диагностики: «10 слов А. Р. Лурия» – для оценки слухоречевой памяти; таблицы Шульце – для оценки внимания и работоспособности; субшкалы методики КНОКС «Зрительный гнозис и «Конструктивный праксис» – для оценки соответствующих функций; субшкала «Динамический праксис» батареи лобной дисфункции (Frontal Assessment Battery (FAB)) – для оценки моторного контроля; тест Струпа – для оценки когнитивной гибкости-ригидности;

4. Статистический анализ производился при помощи критерия Т Вилкоксона. Для построения модели опосредования применялся метод наименьших квадратов (линейная регрессия). Пакет прикладных программ JASP Team (2025). JASP (Version 0.95.4), STATISTIKA.

В исследование были включены пациенты с психотическими расстройствами впервые выявленными, соответствующие рубрикам МКБ-10 F20 – шизофрения – (F20.09, F23.0, F23.1, F25.0), F30 – аффективное расстройство с психотическими симптомами (F30.0, F31.0, F32.3) в возрасте от 18 до 40 лет (средний возраст $30,4 \pm 6,4$). Общий объем выборки на момент подготовки материалов публикации составлял 69 человек, проходивших стационарное лечение в 22 первичном женском отделении РНПЦ психического здоровья. Было исследовано на предмет нарушения познавательных процессов, социального функционирования и адаптации 90 пациентов первичного отделения (для женщин) РНПЦ психического здоровья, из них группа 1 – воздействия ($n=34$), них группа 1 – воздействия ($n=34$), освоивших как минимум стандартную программу занятий.

Длительность не леченного психотического состояния – от появления первых симптомов до госпитализации – составляла от 2 дней до 6 лет (2190 дней). Все включенные в группу пациенты перенесли первую госпитализацию в стационарное отделение. На момент включения в исследование медиана по шкале продуктивных и негативных симптомов шизофрении (PANSS) составила 28 баллов. На момент обследования пациенты получали психофармакотерапию.

Программа тренинга реализовывалась на протяжении стационарного лечения (в среднем $6 \pm 1,44$ занятия) предполагала 2 групповых занятия в неделю по 60 минут либо равные по продолжительности индивидуальные занятия (в случае отсутствия количества участников, необходимых для формирования группы либо при определенных индивидуальных факторов участника). В общей сложности, в основную группу включено 34 человека, выполнивших весь объем групповой, индивидуальной и самостоятельной работы посредством графических тренинговых материалов, объединенных в дневники реабилитации, содержащие 21 блок заданий. Каждый блок дневника включал материал, необходимый для тренировки познавательных процессов в течение одного дня. В случае большей продолжительности терапии дополнительно предлагались альтернативные варианты заданий, так что самостоятельные занятия не прекращались.

Программа групповых занятий в общем виде включала комплексное воздействие на:

1) познавательные (внимание, память, мыслительные процессы), контролирующие (вербальная гибкость, беглость и моторный контроль) процессы;

2) мотивационную сферу (заинтересованность в результате и процессе);

3) информированность пациентов о болезненном состоянии (т.н. психообразование) и влиянии лечения и болезненного состояния на когнитивную сферу и социальное функционирование;

4) навыки адаптации в социуме (решения проблемных ситуаций) посредством проблемно ориентированной психологической терапии.

Акцент делался на когнитивных функциях, которые опосредуют и социальное функционирование, хоть и посредством промежуточных звеньев.

В формате группы с пациентами осуществлялось мотивирование, заключающееся в подкреплении результатом, постепенным и плавным переходом от простых задач, перенос опыта на конкретные примеры и обсуждение возможности реального применения, создания мотивирующей среды, где пациент сам – источник изменений [2].

В формате индивидуальных сессий и групповой работы осуществлялась поддерживающая проблемно ориентированная психологическая терапия в русле когнитивно-бихевиорального подхода.

Результаты исследования. Эффективность вмешательства у пациентов, полностью прошедших программу, оценивалась статистически с использованием Т-критерия Вилкоксона. Для динамической оценки когнитивных функций и социальной адаптации измерения проводились дважды: 1) в период острого проявления симптоматики на 5 – 10 день от начала госпитализации ($7 \pm 1,36$) с момента возможности поддержания пациентом контакта; 2) накануне выписки на 13–64 день ($29 \pm 10,74$ дней). Изучение динамики показателей познавательных функций в группах указывает на более высокие показатели произвольного внимания (таблицы Шульте, эффективность работы – ЭР), снижение истощаемости, объема кратковременной памяти (методика «10 слов» А.Р.Лурия), функций вербального (показатель вербальности теста Струпа) и моторного (динамический праксис FAB) контроля после прохождения программы тренинга (в группе воздействия).

Когнитивное функционирование оказывает опосредованное влияние на жизненное функционирование и адаптацию к окружающей, в первую очередь социальной, среде.

Копинг-стратегии как показатель адаптации к среде и болезни после прохождения программы тренинга показывают сдвиг в сторону уменьшения напряженности неадаптивных стратегий: конфронтационного копинга ($W=491,5$ $p=0,035$), самоконтроля ($W=491,5$ $p=0,038$), планирования ($W=488,5$ $p=0,015$).

Вывод. Нейрокогнитивные методики зарегистрировали улучшение познавательных и контролирующих функций в доменах внимания, слухоречевой памяти, что отражает повышение устойчивости и концентрации внимания после лечения в целом. Однако когнитивное улучшение посредством тренинга укрепляет достигнутые результаты.

Когнитивное функционирование - опосредованно влияет на социальное функционирование (у) на момент формирования медикаментозной ремиссии. Такими факторами будем считать показатели произвольного внимания («эффективность работы» – ЭР) и слухоречевой памяти (информационная нагружаемость – ИН). Уравнение регрессии для этих переменных: $y = 78,6 - 0,6 * \text{ЭР}$; $y = 75,38 + 0,016 * \text{ИН}$.

Отмечено также изменение уровня социального функционирования (шкала GAF) в группе воздействия ($p=,0092$).

Литература

1. Kay, S. R. The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for schizophrenia / S. R. Kay, A. Fiszbein, L. A. Opler // Schizophr. Bull. – 1987. – Vol. 13. – P. 261-275.

2. Семенова, Н. Д. Модуль формирования мотивации к реабилитации больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра / Н. Д. Семенова, И. Я. Гурович // Социальная и клиническая психиатрия. – 2014. – Т. 24, № 4. – С. 31-36.

RESTORATION OF COGNITIVE FUNCTIONS WITHIN THE FRAMEWORK OF COMPREHENSIVE CARE FOR PATIENTS WITH THE FIRST ACCIDENT OF PSYCHOSIS

Glebko O.P.^{1,2}, Shaparevich A.S.², Melnichenok O.Ya.²

¹*Belarusian State University,*

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

An evaluation of the effectiveness of training on the cognitive function of patients with a first psychotic episode treated in an inpatient setting was conducted. Significant improvements in cognitive functioning were achieved at the end of the program.

АНАЛИЗ ГОТОВНОСТИ К ИЗМЕНЕНИЯМ ЛИЦ, ПОСТУПИВШИХ НА ЛЕЧЕНИЕ В СТАЦИОНАРНОЕ НАРКОЛОГИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ НА 25 КОЕК

Голубицкий Е.А., Жарков А.В.

Минский областной клинический центр «Психиатрия-наркология»

Минск, Беларусь

lyosha.zharkov.98@mail.ru

Введение. Мотивация к лечению является краеугольным камнем эффективной комплексной реабилитации лиц с синдромом зависимости от алкоголя. Согласно транстеоретической модели изменений, предложенной J.O.Prochaska и C.C.DiClemente, готовность пациента к изменениям определяет стратегию терапевтического вмешательства и существенно влияет на его исход [3]. Многочисленные исследования свидетельствуют, что низкий уровень мотивации ассоциирован с повышенной частотой рецидивов, преждевременным прекращением терапии и неудовлетворительными результатами реабилитации [2, 4]. Применение мотивационных техник позволяет повысить комплаентность и сформировать внутреннюю готовность к выздоровлению [1].

В связи с преимущественно вынужденным характером госпитализации, оценка исходного уровня готовности пациентов к изменениям представляется особенно актуальной, поскольку позволяет определить мишени психотерапевтического воздействия и дифференцировать подходы к мотивационной работе [2, 5].

Цель исследования. Проанализировать уровень готовности к изменениям лиц, поступивших на лечение в отделение, в зависимости от диагноза, причины госпитализации, пола и уровня образования.

Материалы и методы. В исследование включены 57 пациентов отделения (34 мужчины и 23 женщины) в возрасте от 20 до 61 года (средний возраст – $40,8 \pm 8,4$ года). Все пациенты имели диагноз рубрик F10.1 (пагубное употребление алкоголя) – 26 человек (45,6%) или F10.2 (синдром зависимости от алкоголя) – 31 человек (54,4%) по Международной классификации болезней 10-го пересмотра (далее – МКБ-10). По уровню образования: базовое – 3 человека (5,3%), среднее – 17 (29,8%), среднее специальное – 35 (61,4%), высшее – 2 (3,5%).

По причинам госпитализации пациенты распределились следующим образом: нуждающиеся в государственной защите (далее – НГЗ) – родители, ограниченные в родительских правах сроком на шесть месяцев в рамках Декрета № 18 – 15 человек (26,3%); лица, дети которых находятся в социально опасном положении (далее – СОП) – 15 (26,3%); направленные в рамках профилактики направления в ЛТП – 15 (26,3%); обязанные лица (далее – ОЛ) в

рамках Декрета № 18 – 5 (8,8%); самостоятельное обращение (далее – САМ) – 7 (12,3%). Таким образом, 87,7% пациентов (n = 50) поступили на лечение в условиях внешнего побуждения.

Для оценки готовности к изменениям использовался опросник «Готовность к изменениям в употреблении алкоголя/наркотиков» в адаптации С.Г. Климановой и соавт. [5]. Результаты интерпретировались по пятиуровневой шкале: низкий (≤ 47 баллов), ниже среднего (48–55), средний (56–77), выше среднего (78–86), высокий (≥ 87). Статистическая обработка данных проводилась с использованием методов описательной статистики: среднее арифметическое (M), стандартное отклонение (SD).

Результаты исследования. Средний балл готовности к изменениям в общей выборке составил $73,3 \pm 14,0$, что соответствует среднему уровню готовности.

Наиболее высокий средний балл готовности к изменениям выявлен в группе НГЗ ($79,5 \pm 7,2$), что соответствует уровню «выше среднего». Примечательно, что данный показатель превышает средний балл группы САМ ($77,3 \pm 4,4$), пациенты которой обратились за лечением добровольно. В группе НГЗ 60,0% пациентов продемонстрировали уровень готовности «выше среднего» и «высокий» при полном отсутствии показателей «низкого» и «ниже среднего» уровней. Данный факт может быть обусловлен тем, что угроза окончательного лишения родительских прав выступает мощным мотивирующим фактором, трансформирующим внешнее побуждение во внутреннюю готовность к изменениям.

Наиболее низкий средний балл ($65,2 \pm 20,2$) и наибольшая вариативность результатов выявлены в группе СОП. Именно в данной группе сосредоточены все случаи низкого (13,3%) и ниже среднего (13,3%) уровней готовности к изменениям. Высокий разброс показателей (SD=20,2) свидетельствует о выраженной неоднородности данной категории пациентов по уровню мотивации, что требует индивидуализированного подхода с применением техник мотивационного интервью [1].

В группе ЛТП преобладал средний уровень готовности (73,3% пациентов), что указывает на относительно однородный умеренный уровень мотивации. Группа САМ характеризовалась наименьшей вариативностью показателей (SD=4,4), что отражает стабильно высокую мотивацию добровольно обратившихся пациентов.

Сравнительный анализ по полу не выявил существенных различий: средний балл у мужчин составил $73,6 \pm 12,0$, у женщин – $72,9 \pm 16,7$. Уровень образования также не продемонстрировал выраженной связи с готовностью к изменениям: средний балл составил 63,3 при базовом (n=3), 74,9 при среднем (n=17), 73,4 при среднем специальном (n=35) и 77,5 при высшем образовании (n=2).

Выводы. Таким образом, несмотря на преимущественно вынужденный характер госпитализации, 92,9% пациентов (n=53) продемонстрировали средний и более высокий уровень готовности к изменениям, что создаёт

благоприятную основу для проведения мотивационных и психотерапевтических интервенций. Полученные данные обосновывают необходимость дифференцированного подхода к мотивационной работе с учётом причин госпитализации уже на начальном этапе лечебно-реабилитационной программы.

Литература

1. Miller, W. R. Motivational Interviewing: Preparing People to Change / W. R. Miller, S. Rollnick. – New York : Guilford Press, 2002. – 428 p.
2. Эпов, Л. Ю. Применение мотивационной психотерапии при лечении больных алкогольной зависимостью : автореф. дис... канд. мед. наук : 14.00.45 / Эпов Лев Юрьевич. – Москва, 2004. – 24 с.
3. Прохазка, Д. Психология позитивных изменений. Как навсегда избавиться от вредных привычек / Д. Прохазка, Д. Норкросс, К. ди Клименте. – Москва : Манн, Иванов и Фербер, 2013. – 320 с.
4. Ялтонский, В. М. Мотивационная терапия / В. М. Ялтонский, Н. А. Сирота // Наркология. – 2003. – № 4. – С. 41-44.
5. Адаптация русскоязычной версии опросника для оценки готовности к изменениям (SOCRATES) / С. Г. Климанова, А. В. Трусова, А. С. Киселев [и др.] // Консультативная психология и психотерапия. – 2018. – Т. 26, № 3 (101). – С. 80-104.

ANALYSIS OF THE READINESS FOR CHANGE IN INDIVIDUALS ADMITTED FOR TREATMENT IN A 25-BED INPATIENT DRUG TREATMENT UNIT

Golubitsky E.A., Zharkov A.V.

*Minsk Regional Clinical Center for Psychiatry and Narcology,
Minsk, Belarus*

The study assessed baseline readiness to change in 57 patients (34 males, 23 females; mean age 40.8 ± 8.4 years) admitted to a 25-bed inpatient narcological unit in Pleshchenitsy, Belarus. The majority of patients (87.7%) were admitted involuntarily under Decree No. 18 or as part of preventive measures against referral to a compulsory labor rehabilitation facility. The Readiness to Change Questionnaire (SOCRATES) was used. The overall mean readiness score was 73.3 ± 14.0 (medium level). Patients recognized as "in need of state protection" demonstrated the highest readiness (79.5 ± 7.2), exceeding that of voluntary patients (77.3 ± 4.4), while patients in a "socially dangerous situation" showed the lowest readiness and highest variability (65.2 ± 20.2). No significant differences were found by gender or education. Despite the predominantly involuntary hospitalization, 92.9% of patients showed medium to high readiness to change, supporting the need for differentiated motivational approaches depending on the admission category.

ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И ПСИХОПРОФИЛАКТИКИ ЦИФРОВЫХ ЗАВИСИМОСТЕЙ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

Гребень Н.Ф.

*Республиканский научно-практический центр психического здоровья
Минск, Беларусь
strekosa@tut.by*

Введение. Современный подросток растёт в эпоху постоянного доступа к мобильным устройствам и интернету и является наиболее активным участником цифрового мира. Такой интенсивный контакт с цифровыми технологиями создаёт условия для формирования зависимостей, которые могут проявляться как игнорирование домашних и учебных обязанностей, ухудшение социальных навыков, риск развития нарушений как физического, так и психического здоровья. Это вызывает определенную обеспокоенность со стороны родителей, педагогов и врачей.

Цифровые зависимости включают в себя интернет-аддикцию, социальную медиа-аддикцию, игровую зависимость и постоянную потребность в онлайн-обновлениях. У подростков эти зависимости проявляются быстрее и более агрессивно, чем у взрослых, из-за их нейропластичности, стремления к социальному признанию и отсутствия сформированного самоконтроля [2]. На наш взгляд, наиболее значимыми и небезопасными для подростков являются зависимости от видеоигр и от социальных сетей. Несмотря на актуальность данной проблемы, на практике она решается недостаточно эффективно. Во многом это связано с дефицитом качественного психодиагностического инструментария, что не позволяет объективно выявлять группы риска, на которые, прежде всего, должна быть направлена психопрофилактическая работа. К ключевым недостаткам существующих психодиагностических методик можно отнести следующие:

1) быстрое устаревание инструментария. Большинство широко используемых инструментов (например, «Тест на интернет-зависимость, IAT, разработанный К. Янг, 1998) были созданы в 1990-х и не учитывают современные особенности взаимодействия с цифровыми устройствами и платформами;

2) направленность методик на выявление интернет-зависимости, а не на контент, который ее обуславливает;

3) разработанные в западных странах тесты часто не учитывают особенности языков, ценностей и цифрового поведения в других странах, т.е. не имеют социокультурной адаптации;

4) неадаптированность тестов к возрастным особенностям респондентов и прозрачность инструментария и незащищенность к фактору социальной желательности.

Цель исследования. Изучить выраженность склонностей к

формированию цифровых зависимостей у подростков на основании существующего психодиагностического инструментария.

Материалы и методы. Всего в исследовании приняли участие 71 подросток, обучающиеся на первых курсах колледжей. Среди них: 38 (53,5%) девушек и 33 (46,5%) юношей, с разной степенью учебной успеваемости – от 3,9 до 9,3 баллов, средний возраст которых составил 15,5 лет.

Для диагностики цифровых зависимостей у подростков были отобраны методики, разработанные в последние годы и часто цитируемы в соответствующей научной литературе: «Опросник злоупотребления видеоиграми» (PVP) (Интернет), который основан на критериях DSM-5 и направлен на выявление признаков патологического увлечения играми, таких как потеря контроля, приоритет игры над реальной жизнью, раздражительность и синдром отмены; и тест «Шкала проблемного использования соцсетей» (PFUS, 2017, адаптация 2018) [1], выявляющий различные аспекты проблемного использования социальных сетей, к которым относят предпочтение онлайн-общения реальному, использование социальных сетей в качестве способа регуляции эмоций, компульсивное посещение социальных сетей и негативные последствия частого обращения к социальным сетям.

Результаты исследования. На основании методики «Опросник злоупотребления видеоиграми» (PVP) были получены следующие описательные статистики: среднее значение и стандартное отклонение составили $M \pm \sigma = 1,03 \pm 1,44$ баллов, при этом наблюдался достаточно большой разброс данных от 0 до 6 баллов, при максимальном значении в 9 баллов. Частотный анализ показал (рисунок 1), что у 52,1% респондентов нет зависимости от видеоигр, либо они вообще в них не играют, у 33,8% наблюдается легкая зависимость, у 9,8% – средняя и у 4,2% – тяжелая. Поскольку в данном тесте, даже один положительный ответ считается симптомом зависимости, то скорее всего имеет место гипердиагностика. Собственно, к группе риска формирования игрового расстройства поведения следует отнести подростков со средней и тяжелой степенями зависимости, что в совокупности составит 14%.



Рисунок 1 – Частотное распределение ответов подростков по уровням выраженности злоупотребления видеоиграми

Описательные статистики по методике «Шкала проблемного использования соцсетей» (PFUS) получились следующие: $M \pm \sigma = 44,9 \pm 15,12$, при разбросе данных от 17 до 83 баллов. По данной методике в литературных источниках нам не удалось найти распределения по степени выраженности

изучаемой переменной, поэтому проведем предварительный частотный анализ относительно полученных средних значений, где 15-30 баллов будут соответствовать легкой степени, 31-60 – средней, 61-70 – тяжелой. Как показано на гистограмме (рисунок 2), у 16,9% опрошенных зафиксирован минимальный риск проблемного использования социальных сетей, у 67,6% – склонность к проблемному использованию социальных сетей и у 15,5% устойчивый паттерн проблемного использования социальных сетей. Однако и в данном случае показатели будут скорее всего завышенными, т. к. при разработке теста не учитывались особенности подросткового возраста, где общение со сверстниками имеет важное значение и все чаще протекает онлайн.



Рисунок 2 – Частотное распределение ответов подростков по уровням выраженности злоупотребления социальными сетями

Выводы. Цифровые зависимости у подростков становятся всё более актуальной проблемой, требующей современного подхода к диагностике и профилактике. Полученные в исследовании результаты позволяют нам сориентироваться в проблеме, но не являются основанием для постановки как медицинских и психолого-педагогических диагнозов. Устаревшие тесты и отсутствие учёта социокультурных и возрастных особенностей затрудняют раннее выявление и эффективное вмешательство. Кроме того, диагностика зависимого поведения должна носить комплексный характер и учитывать социально-психологические предикторы зависимого поведения. Также необходимо разрабатывать качественный, научно-обоснованный психодиагностический инструментарий и интегрировать его в разрабатываемые психопрофилактические программы.

Литература

1. Сирота, Н. А. Разработка русскоязычной версии опросника проблемного использования социальных сетей / Н. А. Сирота, Д. В. Московченко, В. М. Ялтонский // Консультативная психология и психотерапия. – 2018. – Т. 26, № 3(101). – С. 33-55. – doi: 10.17759/cpp.2018260303.
2. Kuss, D. J. Internet addictions outside of Europe: A systematic literature review / D. J. Kuss, A. M. Kristensen, O. Lopez-Fernandez // Computers in Human Behavior. – 2021. – Vol. 115. – Art. 106621.

PROBLEMS OF DIAGNOSIS AND PSYCHOPROPHYLAXIS OF DIGITAL ADDICTIONS IN ADOLESCENCE

Greben N.F.

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

Digital addictions among adolescents are becoming an increasingly pressing issue, requiring a modern approach to diagnosis and prevention. The results of this study provide insight into the problem, but do not constitute the basis for making medical or psychological diagnoses. Outdated tests and a lack of consideration of sociocultural and age-specific factors hinder early detection and effective intervention.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ КРАТКОСРОЧНЫХ И ДОЛГОСРОЧНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА СУИЦИДА

Давидовский С.В.¹, Игумнов С.А.²

*¹Белорусский государственный медицинский университет
Минск, Беларусь*

*²Российский национальный медицинский исследовательский университет
имени Н.И.Пирогова,
Москва, Россия*

Введение. В настоящее время долгосрочные факторы риска суицида (психические расстройства, негативные психосоциальные факторы, самоповреждающее поведение в анамнезе и др.) достаточно хорошо изучены [1]. Вместе с тем, они недостаточны в качестве краткосрочных предикторов суицида.

Цель исследования: выявить краткосрочные и долгосрочные факторы риска суицида на основе анализа результатов социально-психологических, гормонально-биохимических и молекулярно-генетических исследований.

Методы исследования. На основании мониторинга суицидальных попыток и завершённых суицидов в г. Минске за 10-летний период были сформированы две группы респондентов: группа лиц, совершивших нелетальные самоповреждения различными способами, в количестве 100 человек и группа лиц, использовавших высоколетальные способы самоповреждения, в количестве 72 человек. В группу сравнения (далее – ГС) вошли лица (80 человек), у которых было диагностировано расстройство адаптации (F43.2), но суицидальные попытки в момент проведения

исследования и в анамнезе отсутствовали. Проанализированы социально-психологические (семейный статус, уровень образования, уровень доходов, особенности проживания, индивидуально-психологические характеристики) и гормонально-биохимические (холестерин, липопротеины высокой и низкой плотности, кортизол, адренкортикотропный гормон, кортикотропный гормон, нейротрофический белок БDNФ, белок SAT1, серотонин и норадреналин) данные, а также частота встречаемости генотипов и аллелей 9 генов (*SKA2*rs7208505 (C/T); *HTR1A*rs6295 (G/C); *BDNF*rs6265 (G/A); *COMT*rs4680 (G/A); *5HTT(SLC6A4)*rs25531 (T/C); *5HTR2A*rs6313 (G/A); *TPH2*rs4570625 (G/T); *TPH1*rs1800532 (G/T); *5HTT(SLC6A4)*rs4795541 (A/G).

Полученные данные были проанализированы с использованием классических методов статистического анализа (критерий χ^2 , непараметрический критерий Манна–Уитни и Краскела–Уоллиса с поправкой Бонферрони на уровень значимости) и методов машинного обучения (метод опорных векторов (SVC), метод «случайного леса» (RandomForest), метод «ближайших соседей» (KNeighborsClassifier), регрессионный анализ (LogisticRegression ROC).

Результаты исследования. Для лиц с выявленными краткосрочными факторами риска характерны: наличие депрессии, воспитание в неполной семье, наличие черт характера: «гипертимность» и «демонстративность», а также низких показателей серотонина и норадреналина в периферической крови.

Для лиц с долгосрочными факторами риска – наличие частых наказаний в детстве, более низкий образовательный уровень, флегматический тип темперамента, акцентуации по черте характера «демонстративность», а также полиморфизм гена *5HTT* и гена *HTR1A*.

Выводы. Проведенное исследование позволило дифференцировать краткосрочные и долгосрочные факторы суицидального риска у лиц, находящихся в состоянии расстройства адаптации. Оно является пионерным для Республики Беларусь, задающим вектор для дальнейших изысканий в области клинической и социальной психиатрии. Для практического внедрения – отобран релевантный инструментарий для раннего выявления пациентов группы риска, что напрямую способствует улучшению качества жизни, комплаенса и, как следствие, суицидологического прогноза.

Литература

1. Основные модели суицидального поведения / Д. Ф. Хритинин, А. В. Есин, М. А. Сумарокова, Е. П. Щукина // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2017. – № 3 (96). – С. 71-77.

DETERMINING SHORT-TERM AND LONG-TERM SUICIDE RISK FACTORS

Davidovsky S.V. 1, Igumnov S.A. 2

¹*Belarusian State Medical University
Minsk, Belarus*

²*Pirogov Russian National Medical Research University
Moscow, Russia*

The study differentiated short-term and long-term suicide risk factors in individuals with adjustment disorder. It is a pioneering study in the Republic of Belarus, setting a direction for further research in clinical and social psychiatry.

НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПАНИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА

Дюрдь О.В.

Гродненский государственный медицинский университет

Гродно, Беларусь

oksana.dziurdz@gmail.com

Введение. Паническая атака (ПА) – это внезапный и интенсивный приступ сильной тревоги. Во время такого эпизода человек испытывает целый комплекс неприятных ощущений: эмоциональных (чувство нереальности происходящего, ощущение отстраненности от себя, чувство нехватки воздуха), мыслительных (страх потерять контроль, страх сойти с ума, страх смерти) и телесных (учащенное сердцебиение, боль в груди, покалывание, озноб или приливы жара, головокружение, тошнота, потливость, дрожь). Важно, что эти симптомы возникают без какой-либо реальной угрозы. Обычно паническая атака достигает пика своей силы очень быстро, в течение 5-10 минут, а затем постепенно утихают, как правило, за 15-30 минут. Люди, переживающие паническую атаку, часто описывают ощущение, что что-то не так или вот-вот случится что-то ужасное, но не могут точно определить, что именно. Они могут бояться потерять контроль над собой, сойти с ума, упасть в обморок, заболеть серьезной болезнью или даже умереть. Сами по себе эти симптомы могут усиливать тревожность, создавая замкнутый круг, который способствует учащению, усилению и продлению панических атак [1,2].

Спонтанные ПА возникают внезапно, без видимой причины, как бы «из ниоткуда». Ситуационно обусловленные ПА почти всегда возникают непосредственно в ответ на определенное событие или при столкновении с конкретным триггером (например, при виде объекта, вызывающего фобию, или

при разлуке с близким человеком). Ситуационно предрасположенные ПА, хотя и могут быть спровоцированы определенными ситуациями (например, угрожающей или смущающей обстановкой), не всегда возникают сразу после воздействия триггера. Паническая атака, которая изначально была неожиданной, со временем может начать ассоциироваться с определенными стимулами (например, лифтом, торговым центром, людной обстановкой). В таких случаях она может перейти в категорию ситуационно обусловленных или ситуационно предрасположенных атак [3]. Часто, независимо от типа ПА, у людей развивается избегающее поведение.

Цель исследования. Изучить механизм возникновения панического расстройства на основе литературных источников.

Материалы и методы. Анализ литературных источников.

Результаты исследования. В результате проведенного анализа литературных источников были выявлены следующие причины, влияющие на возникновение данной патологии.

1. Генетические аспекты чувствительности к углекислому газу (CO₂) при панических атаках. Последние исследования, посвященные генетическим факторам, влияющим на чувствительность к углекислому газу (CO₂) при панических атаках, выявили связь с определенными генетическими маркерами. В частности, была обнаружена ассоциация с несколькими однонуклеотидными полиморфизмами (SNP) в гене, кодирующем чувствительный к катионам канал 2(ACCN2). Этот ген является человеческим аналогом гена кислотно-чувствительных ионных каналов (ASIC1a), который активно экспрессируется в миндалевидном теле мозга. Эта связь оказалась более выраженной, когда учитывались случаи панических атак с ранним началом заболевания и те, которые сопровождались ярко выраженными нарушениями дыхания. Один из исследованных SNP (rs10875995) был связан с увеличением объема миндалевидного тела.

Ген кодирующий фермент, расщепляющий моноамины, катехол-О-метилтрансфераза (КОМТ). КОМТ вовлеченный в нейротрансмиссию лобного дофамина (DA) и работу функция памяти, также повышает восприимчивость к паническому расстройству (ПР).

Другой новый ген риска развития ПР был идентифицирован в системе орексина (G1246A), нейропептид система, которая, участвует в возбуждении и регуляции сна.

2. Влияние нейромедиаторов. Серотонин усиливает сдерживающее избегание (связанное с тревожностью) в переднем мозге, но подавляет одностороннее бегство (панику) в среднем мозге, ядрах шва, голубого пятно, а также в соматосенсорных висцеросенсорных ядрах.

Хроническое ограничение и непредсказуемый стресс оказывают негативное воздействие на работу миндалевидного тела, ключевой структуры мозга, отвечающей за обработку эмоций, в том числе страха. В частности, эти факторы нарушают нормальное тормозящее действие гамма-аминомасляной кислоты (ГАМК) на нейроны в боковых отделах миндалевидного тела. ГАМК

является основным тормозным нейромедиатором в центральной нервной системе. Когда ее действие нарушается, это приводит к растормаживанию активности нейронов в центральном ядре миндалевидного тела. Это, в свою очередь, может способствовать усилению тревожности и развитию панических реакций. Таким образом, хронический стресс, нарушая баланс возбуждающих и тормозных процессов в миндалевидном теле, играет значительную роль в патогенезе панических атак.

Функциональная нейровизуализация пациентов с паническими расстройствами показала активацию островка и верхних отделов головного мозга, включая переднюю часть поясной извилины, увеличение объема серого вещества в островке и верхних отделах ствола головного мозга. деактивацию передней поясной коры (ППК), а также уменьшение объема ППК у пациентов с паническим расстройством в состоянии покоя.

Выводы. Генетический фактор, изменение нейромедиаторного обмена, является важным элементом в развитии панического расстройства. Понимание изменений происходящих на уровне структур мозга позволяет подобрать результативную терапию, лучше понять природу этого состояния, снизить стигматизацию и сосредоточиться на комплексных стратегиях профилактики и лечения, учитывающих биологические аспекты.

Литература

1. Clark, D. M. Respiratory control as a treatment for panic attacks / D. M. Clark, P. M. Salkovskis, A. J. Chalkley // Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry. – 1985. – Vol. 16, № 1. – P. 23-30.
2. Clark, D. M. From Theory to Therapy / D. M. Clark // Frontiers of cognitive therapy / ed.: P. M. Salkovskis. – London, 1997. – P. 318.
3. Whitmore, M. J. Generalized anxiety disorder and social anxiety disorder in youth: are they distinguishable? / M. J. Whitmore, J. Kim-Spoon, T. H. Ollendick // Child Psychiatry & Human Development. – 2014. – Vol. 45, № 4. – P. 456-463.

NEUROPHYSIOLOGICAL ASPECTS OF PANIC DISORDER

Dzyurd O.V.

*Grodno State Medical University
Grodno, Belarus*

Chronic restraint and unpredictable stress negatively impact the amygdala, a key brain structure responsible for processing emotions, including fear. Specifically, these factors disrupt the normal inhibitory action of gamma-aminobutyric acid (GABA) on neurons in the lateral amygdala. GABA is the primary inhibitory neurotransmitter in the central nervous system.

КАКОВО МЕСТО ПСИХОТЕРАПИИ ПРИ РЕАЛИЗАЦИИ ПРИНУДИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОТ ПЕДОФИЛИИ В ПЕНИТЕНЦИАРНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ?

Евтухович Е.Д.¹, Григорьева И.В.², Кондаурова А.Г.³

¹Минский областной клинический центр «Психиатрия-наркология»,

²Республиканский научно-практический центр психического здоровья,

³Республиканский институт высшей школы,

Минск, Беларусь

otko@tokc.by

Введение. С середины 2024 года с изменениями в законодательстве Республики Беларусь (РБ) введено применение принудительного лечения (ПЛ) от педофилии, которое применяется к достигшим восемнадцатилетнего возраста лицам, страдающим педофилией, совершившим преступления, предусмотренные отдельными статьями Уголовного кодекса РБ (УК), в отношении малолетнего (малолетней).

К таким преступлениям относятся: изнасилование, насильственные действия сексуального характера, половое сношение и иные действия сексуального характера с лицом, не достигшим шестнадцатилетнего возраста, развратные действия, понуждение к действиям сексуального характера, изготовление и распространение порнографических материалов или предметов порнографического характера с изображением несовершеннолетнего [1].

Реализация ПЛ от педофилии осуществляется посредством применения принудительных мер безопасности и лечения в соответствии со ст.107 УК. Назначается такое лечение судом наряду с назначением наказания за совершенное преступление, при этом к лицам, совершившим общественно опасное деяния в состоянии невменяемости, применение принудительного лечения от педофилии законодательством не предусмотрено. В зависимости от места нахождения осужденного, ПЛ от педофилии может быть реализовано либо по месту отбывания наказания, либо по месту жительства.

К настоящему времени практически все лица, к которым применено ПЛ от педофилии, находятся в пенитенциарных учреждениях (ПУ) страны, при этом методические подходы к терапии педофилии в специфических условиях ПУ фактически отсутствуют.

Цель исследования. Установить подходы к практической реализации ПЛ от педофилии в ПУ РБ, определить необходимость, возможность и целесообразность применения медикаментозного лечения и психотерапии.

Материалы и методы исследования. Исследование проведено посредством методов, используемых на теоретическом уровне исследований, на основе актуальных нормативных правовых и иных правовых актов РБ, определяющих лечение педофилии, а также современных подходов к психотерапии парафилических расстройств.

Результаты исследования. Основной целью ПЛ от педофилии является предупреждение риска совершения сексуальных преступлений в отношении детей. В качестве терапевтических мишеней для реализации данной цели можно определить следующее:

- дезактуализация (снижение) педофильного сексуального интереса и его реализации в соответствующей сексуальной активности;
- формирование (повышение) нормативного сексуального интереса и соответствующих форм сексуальной активности;
- повышение контроля над парафилическими сексуальными фантазиями;
- повышение стрессоустойчивости, развитие функциональных навыков совладания со стрессом;
- восстановление (сохранение) способности к адаптивному социальному функционированию, включая социальное взаимодействие, поддержание способности к успешной жизни в обществе.

Согласно действующего в РБ клинического протокола «Оказание медицинской помощи пациентам с расстройствами зрелой личности и поведения у взрослых» (КП), утвержденного постановлением Министерства здравоохранения РБ от 08.11.2022 № 108, лечение педофилии предусматривает обязательное применение когнитивно-поведенческой психотерапии, при необходимости – антидепрессантов флуоксетина либо сертралина.

Также КП предусматривает при наличии умеренного риска сексуального насилия назначение медроксипрогестерон ацетата (МА), при высоком риске – аналога гонадотропин-рилизинг гормона длительного действия (трипторелин или лейпрорелин) в сочетании с антиандрогеном (ципротерон ацетатом (ЦА)) или гормональным контрацептивом для системного применения (МА). Следует отметить, что в инструкциях к использованию данных препаратов среди показаний к применению отсутствуют парафилические расстройства (за исключением ЦА).

Реализация направленной на детей сексуальной активности в ПУ исключена в связи с отсутствием педофильного объекта, что определяет отсутствие риска совершения лицом, к которому применено ПЛ от педофилии, конгруэнтного педофилии сексуального насилия. Соответственно назначение таким лицам во время нахождения в ПУ лекарственных препаратов, применение которых предусмотрено в случаях наличия риска сексуального насилия, является офф-лейбл.

Также отметим, что купирующее воздействие данных препаратов на парафилические фантазии и широкий спектр негативного побочного действия могут снизить эффективность проводимой в ПУ психотерапии, а также негативно сказаться на комплаентности, что в свою очередь затруднит реализацию ПЛ от педофилии после отбытия наказания и возвращения в социум субъекта преступления, а также скажется на повышении риска рецидива педофилического сексуального насилия [2, 3].

Терапевтический эффект когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) при парафилических расстройствах реализуется преимущественно посредством

изучения и осознания собственных мыслей, изменения поведения, работы с эмоциями, развития навыков совладения со стрессом, постепенного усиления самоконтроля, работы с системой ценностей.

В рамках ПЛ от педофилии КПТ, включая методы и подходы так называемой КПТ «третьей волны» с учетом наличия научной доказанной эффективности (в определенных клинических ситуациях) применения в терапии парафилических расстройств таких методов, как диалектико-бихевиоральная терапия, схема-терапия, десенсибилизация и переработка движениями глаз и др., будет направлена в первую очередь на устранение когнитивных искажений (искаженных моделей мышления), повышение эмпатии к жертве, улучшение эмоционального управления и контроля над аномальными сексуальными импульсами [4, 5].

КПТ может применяться и при эгодистоническом, и при эгосинтоническом отношении пациента к имеющемуся парафилическому расстройству, при этом эффективность терапии при эгосинтонности ниже за счет сращения личности с аномальным влечением и отсутствия критического отношения к нему.

Большая длительность проведения КПТ парафилических расстройств положительно сказывается на терапевтическом эффекте. При реализации ПЛ от педофилии в ПУ имеется возможность проводить длительную терапию, поскольку УК предусмотрены преимущественно длительные сроки лишения свободы в качестве наказания за преступления, при совершении которых наряду с наказанием применяется ПЛ от педофилии.

Выводы. Таким образом основой ПЛ от педофилии в ПУ можно определить когнитивно-поведенческую терапию.

Успешное применение КПТ в рамках реализации ПЛ от педофилии в ПУ обеспечит снижению парафильного влечения без проявления негативных побочных эффектов, будет способствовать устранению когнитивных искажений у пациента, повысит эмпатию к жертве, позволит объекту терапии лучше справляться с управлением эмоциями, контролем импульсов, а также улучшит приверженности терапии, в том числе при ее реализации после освобождения из ПУ.

Литература

1. Педофилия: социально-правовые и медицинские аспекты / С. В. Шпорт, М. Ю. Каменсков, Г. Е. Введенский [и др.] // Общественное здоровье. – 2022. – Т. 2, № 4. – С. 45-57. – doi: 10.21045/2782-1676-2022-2-4-45-57.
2. Marshall, W. L. Cognitive Behavioral Treatment of Sexual Offenders / W. L. Marshall, D. Anderson, Y. Fernandez. – Chichester : Wiley, 1999. – 203 p.
3. The WFSBP Task Force on Paraphilias. The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) 2020 guidelines for the pharmacological treatment of paraphilic disorders / F. Thibaut, P. Cosyns, J. P. Fedoroff [et al.] // The World Journal of Biological Psychiatry. – 2020. – Vol. 21, № 6. – P. 412-490.
4. Wright, L. EMDR treatment of childhood sexual abuse for a child molester: Self-reported changes in sexual arousal / L. Wright, A. Warner // Journal of EMDR

Practice and Research. – 2020. – Vol. 14, № 2. – P. 1-14.

5. Kolb, A. Dialectical Behavior Therapy for Sex Offenders: A Treatment Guide / A. Kolb. – Routledge, 2024. – 292 p.

WHAT IS THE PLACE OF PSYCHOTHERAPY IN THE IMPLEMENTATION OF COMPULSORY TREATMENT FOR PEDOPHILISM IN PENITENTIARY INSTITUTIONS OF THE REPUBLIC OF BELARUS?

Yevtukhovich E.D. 1, Grigorieva I.V. 2, Kondaurova A.G. 3

¹Minsk Regional Clinical Center for Psychiatry and Narcology,

²Republican Scientific and Practical Center for Mental Health

³Republican Institute of Higher Education
Minsk, Belarus

This article lays out the foundations of current legal acts and modern approaches to psychotherapy for paraphilic disorders, as well as the practical implementation of pedophilia treatment results in penitentiary institutions of the Republic of Belarus, including the use of medication and psychotherapy. Results are presented for the recommendation of cognitive behavioral therapy.

НЕЙРОБИОЛОГИЯ РАССТРОЙСТВА ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ: ЧТО ИЗВЕСТНО НА СЕГОДНЯШНИЙ ДЕНЬ?

Жирмонт М.Г., Максимова О.Г.

Гродненский государственный медицинский университет

Гродно, Беларусь

marina-zhirmont@mail.ru

Введение. Нейробиология расстройств пищевого поведения (РПП) – это одна из самых активно развивающихся областей исследований в современной психиатрии и нейробиологии. За последние десятилетия было сделано множество открытий сложных механизмов, лежащих в основе этих тяжелых заболеваний [1].

Цель. Провести анализ данных литературы с описанием нейробиологических механизмов, лежащих в основе расстройства пищевого поведения.

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

Результаты. В процессе исследования было проанализировано несколько источников зарубежных публикаций с исследованиями об изменении структур

головного мозга при РПП.

Синьян Ю и Сильван Дезривьер провели исследование с участием 996 подростков, изучая их генетические особенности, пищевые предпочтения и результаты МРТ. Анализ данных проводился дважды: в подростковом возрасте и к 23 годам. К двадцати трем годам у 42% испытуемых сформировалось здоровое отношение к питанию, у 33% наблюдались проявления пищевых ограничений, а 25% сталкивались с неумеренным потреблением пищи.

Данные показали, что у молодых людей, проявивших расстройства пищевого поведения к 23 годам, в подростковом возрасте наблюдалось больше психологических трудностей. У них чаще диагностировались как внутренние проблемы, такие как депрессия и тревожность, так и внешние – СДВГ и поведенческие расстройства. Хотя внешние симптомы имели тенденцию к снижению со временем у всех групп, они оставались более выраженными у тех, кто страдал от неконтролируемого пищевого поведения.

МРТ-сканирование продемонстрировало замедление темпов созревания мозга у участников с расстройствами пищевого поведения, что подтверждает взаимосвязь между нарушениями питания и структурными изменениями мозга.

Особое внимание исследователи обратили на мозжечок, который, помимо регуляции равновесия, отвечает за контроль аппетита. Именно замедленное развитие этой области мозга объяснило связь между генетической предрасположенностью к лишнему весу и тенденцией к ограничительным пищевым привычкам.

Камрин Т. Эдди и соавторы исследовали работу систем вознаграждения и контроля у пациенток с расстройствами пищевого поведения, а именно с нервной анорексией (НА) и ее атипичной формой. В анализ включены 59 девушек в возрасте от 10 до 22 лет, у 34 из которых была диагностирована НА, а у 25 – атипичная нервная анорексия. В качестве контрольной группы было привлечено 34 девушки. Результаты исследования показали, что при расстройствах пищевого поведения, особенно при атипичной НА, наблюдается более выраженная активность систем контроля и поощрения, что может объяснять ограничительное пищевое поведение [2].

Хотя и имеются данные о изменениях в зонах мозга, отвечающих за вознаграждение и когнитивный контроль при НА, единого мнения по этому вопросу пока нет. Отмечается, что при НА активность в дорсолатеральной префронтальной коре (ДЛПФК) и дорсальной части передней поясной извилины повышается. Механизмы развития атипичной формы НА остаётся по не изучен. В представленной работе авторы использовали метод магнитно-резонансной томографии (МРТ) с регистрируемыми сигналами BOLD (blood-oxygen-level dependent), чтобы оценить работу мозговых центров, регулирующих пищевое поведение, у девушек-подростков и молодых женщин с НА и атипичной НА. После 10-часового голодания всем участницам предложили завтрак объемом 400 ккал, сбалансированный по нутриентам (20% белки, 20% жиры, 60% углеводы). ФМРТ-запись проводилась до и после приема пищи. В процессе сканирования участницам показывали изображения

высоко- и низкокалорийных продуктов. Как правило, в условиях голода здоровые люди воспринимают калорийную пищу как более аппетитную.

Анализ показал заметное усиление BOLD-сигналов преимущественно в дорсальной области передней поясной извилины, правой дорсолатеральной префронтальной коры (ДЛПФК), правом гиппокампе, правом хвостом ядра и скорлупе. В состоянии голода BOLD-активность наблюдалась в правом гипоталамусе, правом миндалевидном теле, прилежащих ядрах обоих полушарий и правом хвостом ядра. Прием пищи приводил к снижению активности. В сравнении между группами, у лиц с РПП BOLD-сигналы были более выражены. Существенных различий в активности сигналов между группами в состоянии голода и после еды не выявлено. Дорсальная часть передней поясной извилины и ДЛПФК, будучи связанными с когнитивным контролем, активировались из-за необходимости его применения для адаптации поведения. У пациентов с нервной анорексией (НА) и атипичной НА такой контроль проявлялся даже без явной необходимости, в отличие от здоровой группы. Взаимодействие дорсальной части передней поясной извилины с вентральной тегментальной зоной имеет значение для обработки вознаграждения и формирования ответной реакции. Сочетанная активация этих зон с ДЛПФК при предъявлении пищи указывает на чрезмерную активацию контроля у данной категории пациентов [3].

Таким образом, данные исследования позволяют предположить, что нарушения регуляции аппетита и механизмы обработки пищевых стимулов играют ключевую роль при РПП. Повышенная активация областей, отвечающих за когнитивный контроль, связанных с когнитивным контролем, происходит для того, чтобы лучше противостоять пищевому стимулу. При атипичной НА, помимо системы контроля, активировалась и система вознаграждения, что может объяснять более легкое поддержание ограничительного поведения при нормальном весе.

Выводы: Таким образом, можно сделать вывод, что расстройства пищевого поведения не являются исключительно результатом психологических или социальных факторов, а имеют биологические предпосылки. Полученные данные свидетельствуют о комплексном взаимодействии генетической предрасположенности, нейробиологических и психологических механизмов, обуславливающих развитие и поддержание этих тяжелых заболеваний.

Понимание генетической и нейробиологической уязвимости может способствовать разработке ранних профилактических программ для групп высокого риска, сфокусированных на формировании здорового пищевого поведения и навыков регуляции эмоций.

Литература

1. Херрин, М. Консультирование по вопросам питания при лечении расстройств пищевого поведения / М. Херрин, М. Ларкин ; пер. с англ. В. А. Белоковской. – Киев : Диалектика, 2022. – 464 с.

2. Когнитивно-поведенческая терапия расстройств пищевого поведения : руководство по комплексному лечению / Г. Уоллер, Х. Кордери, Э. Корсторфин

[и др.] ; пер. с англ. Е. М. Савиновой. – Киев : Диалектика, 2023. – 608 с.

3. Christie, D. Assessment / D. Christie, B. Watkins, B. Lask // *Anorexia Nervosa and Related Eating Disorders in Childhood and Adolescence* / ed.: B. Lask, R. Bryant-Waugh. – 2nd edn. – New York, 2000. – P. 105-126.

NEUROBIOLOGY OF EATING DISORDERS: WHAT IS KNOWN TODAY?

Zhyrmant M.G., Maksimova O.G.

*Grodno State Medical University,
Grodno, Belarus*

Eating disorders are not solely the result of psychological or social factors, but have biological underpinnings. The findings demonstrate a complex interaction between genetic predisposition, neurobiological, and psychological mechanisms that determine the development and maintenance of these serious illnesses. Understanding genetic and neurobiological vulnerabilities can facilitate the development of early prevention programs for high-risk groups, focused on developing healthy eating behaviors and emotion regulation skills.

РЕТРОСПЕКТИВНАЯ ОЦЕНКА ПСИХИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ЖЕРТВ ТЕЛЕФОННОГО МОШЕННИЧЕСТВА В УСЛОВИЯХ ВВЕДЕНИЯ В ЗАБЛУЖДЕНИЕ: СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ СУДЕБНОЙ ПСИХОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

Игнатова Е.С.

*Пермский государственный национальный исследовательский университет
Пермь, Россия
131013@mail.ru*

Введение. В современных социально-экономических условиях актуальность проблемы психологической безопасности личности в цифровой среде возрастает в связи с распространением случаев телефонного мошенничества [1, 2]. В основе мошеннических схем лежат технологии социальной инженерии, направленные на манипуляцию эмоциональной безопасностью личности и индуцирование состояния беспомощности на фоне снижения критического мышления [2]. Иррациональное поведение жертвы приводит к серьезным финансовым потерям, долгосрочным юридическим последствиям (от подачи иска о признании сделок недействительными до уголовной ответственности) и риску формирования посттравматического

стрессового синдрома [3]. Судебное расследование таких дел осложняется анонимностью преступников, несовершенством законодательства и малым масштабом судебной практики [1, 3]. В ходе процесса, как правило, подается ходатайство о проведении судебной психолого-психиатрической экспертизы для установления факта заблуждения. Однако фактически такое процессуальное действие осложняется рядом объективных препятствий, затрудняющих доказывание: временной лаг между событием и обследованием (в среднем – 12 месяцев), отсутствие единых критериев «заблуждения», вариативность экспертных подходов, затягивание судебного процесса, а также возражения финансовых институтов против назначения экспертизы и признания ее результатов [3].

В контексте проблемы вариативности экспертных подходов следует отметить, что в отечественной судебно-психологической практике сформировалась устоявшаяся методология диагностики когнитивных функций, критичности и внушаемости личности [3]. Она ориентирована на формирование ответов на традиционные вопросы суда: 1) имел ли подэкспертный на момент заключения сделок психическое заболевание или временное расстройство личности; 2) мог ли подэкспертный в момент заключения сделок понимать значение своих действий и руководить ими. Такая постановка задач может привести к смещению акцентов: несмотря на то, что задача экспертизы предполагает комплексную оценку психического состояния и его отсроченных последствий в ходе процедуры фокус делается на составление общего личностного профиля жертвы и оценку ее познавательной сферы без учета ситуативных факторов манипуляции. Для ретроспективной оценки состояния «заблуждения» в момент сделки указанных диагностируемых критериев может быть недостаточно. В связи с этим дополнительным инструментом структурирования данных может выступать функциональная модель дееспособности (оценка способности принимать решения и осознавать последствия своих действий) на основе инструмента MacCAT [4]. Совокупность указанных факторов обуславливает необходимость сравнительного анализа подходов для совершенствования диагностики психического состояния.

Цель исследования. На примере двух случаев сравнить подходы к реконструкции психического состояния жертв телефонного мошенничества для оценки состояния беспомощности как психологического основания факта «заблуждения».

Материалы и методы. Выполнен ретроспективный сравнительный анализ двух случаев комплексной судебно-психолого-психиатрической экспертизы (N=2; женщины, 37 и 22 года), проведенных в 2024–2025 гг. в рамках гражданского и уголовного дел соответственно. Экспертиза выполнялась комиссией специалистов (врачи-психиатры, медицинские психологи). Продолжительность очного обследования составила 1,5–2 часа.

Использованы методы: клинико-патопсихологическое исследование (анализ анамнеза, клиническая беседа), оценка соматического,

неврологического и психического состояния, психодиагностическое обследование (когнитивные функции, личностные особенности, эмоциональные состояния, внушаемость). Интерпретация данных проводилась на основе отечественных диагностических стандартов [3] с использованием компонентов функциональной модели дееспособности (понимание, оценка значимости ситуации, аргументация, коммуникация) [4].

Этические нормы соблюдены: данные обезличены.

Результаты исследования. Сравнительный анализ выявил различия в подходах к реконструкции психического состояния на фоне сопоставимого набора методов и диагностических инструментов (см. Таблица 1).

Таблица 1. – Примеры случаев судебной психолого-психиатрической экспертизы

Критерий	Случай 1	Случай 2
Демография подэкспертного	Женщина, 37 лет	Женщина, 22 года
Статус в деле	Потерпевшая (гражданское дело)	Обвиняемая (уголовное дело)
Задачи экспертизы (вопросы)	2 вопроса (фокус на психическом состоянии)	13 вопросов (фокус на общем психическом статусе)
Эмоциональное состояние	Паника, страх, сужение сознания в момент сделки	Жалобы на эмоциональную лабильность
Оценка личностных особенностей	Комплексная (ММИЛ, тест Мерзляковой)	Фрагментарная (тест Розенцвейга, тест Клаучека)
Когнитивные функции	Сохранны в базовом состоянии, нарушены ситуативно из-за стресса	Сохранны (интерпретировано как способность понимать действия)
Использование модели дееспособности [4]	Да (нарушение компонентов «оценка значимости ситуации», «коммуникация»)	Не применялась
Психиатрическое заключение	Состояние тяжелого стресса (F43.9)	Признаков психического расстройства, в т. ч. временного, не выявлено
Ключевой вывод	Состояние беспомощности подтверждено	Состояние беспомощности не подтверждено

В Случае 1 (женщина, 37 лет, гражданское дело, статус потерпевшей) был реализован функционально-динамический подход. Эксперты, отвечая на два фокусных вопроса суда о состоянии в момент сделки, зафиксировали признаки состояния тяжелого стресса (F43.9 по МКБ-10), вызвавшего сужение сознания и снижение критичности. Выводы экспертизы опирались на оценку уязвимости личности и ретроспективный анализ эмоционального состояния. Интерпретация данных проводилась в сопоставлении с компонентами функциональной модели дееспособности [4]. В результаты экспертизы сделан вывод: на момент сделки подэкспертная находилась в состоянии беспомощности (нарушение компонентов «оценка значимости ситуации» и «коммуникация» из-за стресса).

В Случае 2 (женщина, 22 года, уголовное дело, статус обвиняемой) применялся клинико-нозологический подход. Несмотря на наличие 13 вопросов экспертам и использование сходного набора методов, заключение носило преимущественно описательный характер. Основное внимание уделялось исключению психического расстройства без анализа влияния ситуативных факторов на принятие решений. Оценка личностных особенностей проводилась фрагментарно. Когнитивные функции оценены как сохраненные, что было интерпретировано как доказательство способности подэкспертной понимать значение собственных действий. Уязвимость личности и типичность ее поведения не анализировались. В результаты экспертизы сделан вывод: состояние беспомощности не подтверждено.

Как мы видим, в Случае 1 эксперты опирались на ретроспективную оценку уязвимости и стрессовой реакции в контексте ситуации мошенничества. В Случае 2 – на формальную констатацию отсутствия психического расстройства. Оба заключения не содержали детальной реконструкции поведения в момент взаимодействия с мошенниками, однако в первом случае это было компенсировано анализом личностной уязвимости, а во втором – нет. Таким образом, интерпретация данных варьируется в зависимости от фокуса экспертных задач и концептуальной рамки анализа.

Выводы.

1. При сопоставимом наборе методов интерпретация данных экспертизы существенно различается в зависимости от концептуальной рамки.

2. Выявление устойчивых характеристик личностной уязвимости, выступающих индикаторами повышенной внушаемости в критических ситуациях, позволяет ретроспективно оценить вероятность подверженности манипулятивному воздействию даже при ограниченной реконструкции события со слов подэкспертного.

3. Стандартизация критериев оценки состояния беспомощности необходима для повышения согласованности экспертных заключений.

Литература

1. Волохова, О. В. Телефонное мошенничество: некоторые проблемы практики раскрытия и предупреждения / О. В. Волохова // Правовой альманах. – 2025. – № 1 (41). – С. 13-18.

2. Игнатова, Е. С. Манипуляция эмоциональной безопасностью кибермошенниками с применением технологий социальной инженерии: case-study / Е. С. Игнатова // Вестник Пермского университета. Философия. Психология. Социология. – 2024. – № 3. – С. 374-390.

3. Сафуанов, Ф. С. Комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза жертв телефонного мошенничества: экспертные оценки / Ф. С. Сафуанов, В. В. Широкова // Психология и право. – 2025. – Т. 15, № 2. – С. 3-18.

4. Grisso, T. The MacCAT-T: a clinical tool to assess patients' capacities to make treatment decisions / T. Grisso, P. S. Appelbaum, C. Hill-Fotouhi // Psychiatric Services (Washington, DC). – 1997. – Vol. 48, № 11. – P. 1415-1419.

A RETROSPECTIVE ASSESSMENT OF THE MENTAL STATE OF VICTIMS OF TELEPHONE FRAUD UNDER CONDITIONS OF MISLEADING: A COMPARATIVE ANALYSIS OF CASES OF FORENSIC PSYCHOLOGICAL-PSYCHIATRIC EXAMINATION

Ignatova E.S.

*Perm State National Research University
Perm, Russia*

This study compares two approaches to reconstructing the mental state of telephone fraud victims in forensic psychological-psychiatric examination (N=2). Case 1 (37 y.o., civil case) implemented a functional-dynamic approach with assessment of personality vulnerability and stress reaction (F43.9), confirming helplessness at the time of the transaction. Case 2 (22 y.o., criminal case) applied a clinical-nosological approach, focusing on exclusion of mental disorder without analysis of situational factors; helplessness was not confirmed. Both examinations lacked detailed reconstruction of behavior during interaction with fraudsters, but in Case 1 this was compensated by personality vulnerability analysis. Findings demonstrate that interpretation of expert data varies depending on the conceptual framework and focus of expert tasks, underscoring the need for standardized criteria for assessing helplessness to improve consistency of forensic conclusions.

ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ СХЕМ И ОСОЗНАННОЙ САМОРЕГУЛЯЦИИ У ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ НА ПЕРВЫХ ЭТАПАХ РЕАБИЛИТАЦИИ

Ипатова К.А., Балашова А.Н.

*Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет
имени академика И.П.Павлова
Санкт-Петербург, Россия
ipatova_k@mail.ru*

Введение. Теория эмоциональных схем Р.Лихи предлагает рассматривать убеждения об эмоциях в качестве ключевого регуляторного механизма, влияющего как на характер отношения к собственным переживаниям, так и на предпочитаемые способы совладания со сложными ситуациями. В контексте проблемы зависимости от психоактивных веществ (ПАВ) данный теоретический подход обретает особую актуальность [1, 2]. Дисфункциональные эмоциональные схемы существенно ограничивают возможности применения конструктивных копинг-стратегий и способны

снижать эффективность осознанной саморегуляции, которая выступает одним из важнейших условий формирования и сохранения устойчивой ремиссии [3]. На начальных этапах реабилитационного процесса взаимодействие указанных феноменов приобретает критическое значение в силу высокой эмоциональной напряжённости и повышенного риска срыва. Искажённые представления об эмоциях могут приводить к ослаблению произвольного контроля поведения, усилению ригидности и возврату к привычным аддиктивным паттернам. Исследование взаимосвязи эмоциональных схем и осознанной саморегуляции открывает перспективы для выделения новых мишеней психокоррекционного воздействия и повышения результативности реабилитационных мероприятий.

Цель исследования. Изучение особенностей эмоциональных схем и осознанной саморегуляции у потребителей ПАВ на первых этапах реабилитации.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 63 потребителя психоактивных веществ (ПАВ), которые проходили стационарную реабилитационную программу и находились на адаптационном этапе. Повторное исследование проводилось через 6 месяцев. Исследование включало несколько блоков методик. Для сбора первичных данных применялась специально разработанная клиничко-психологическая анкета. С целью дифференциации выборки по прогностическому признаку использовалась стандартизированная «Шкала оценки уровня реабилитационного потенциала» (Дудко Т. Н.). Изучение эмоциональных схем проводилось с помощью «Краткой версии шкалы эмоциональных схем Р. Лихи». Особенности регуляторных процессов исследовались с помощью опросника «Стиль саморегуляции поведения» (Моросанова В. И., ССПМ-98). Для оценки психоэмоционального состояния применялась «Госпитальная шкала тревоги и депрессии» (HADS), а для исследования социально-психологических характеристик - «Тест социально-психологической адаптации» (Роджерс К., Даймонд Р.) в адаптации Осницкого А.К. Методика «Способы совладающего поведения» (WCQ).

Результаты исследования. Анализ полученных данных позволил выявить ряд закономерностей. Прежде всего, обращает на себя внимание тот факт, что для всей выборки в целом характерны высокие показатели по всем шкалам, отражающим дисфункциональные убеждения относительно эмоций. При сравнительном анализе двух групп, выделенных на основании уровня реабилитационного потенциала (УРП), обнаружены статистически значимые различия. У респондентов с низким УРП достоверно чаще встречается убежденность в невозможности контролировать собственные эмоции и их опасности ($p=0,035$), что сочетается с тенденцией к большей автономии ($p=0,031$). Кроме того, в данной группе фиксируются более высокие показатели тревоги ($p=0,004$) и предпочтение таких стратегий совладания со стрессом, как бегство-избегание ($p=0,015$). Напротив, респонденты группы со средним УРП демонстрируют более зрелые регуляторные процессы: они склонны к формированию более реалистичных планов ($p=0,033$), способны гибко

перестраивать поведение при изменении обстоятельств ($p=0,022$), а также субъективно оценивают свое пребывание в центре как более комфортное и адаптивное ($p<0,05$).

Корреляционный анализ позволил выявить специфику взаимосвязей изучаемых феноменов в каждой из групп. В подвыборке с низким УРП обнаружены отрицательные корреляционные связи между показателями саморегуляции и такими эмоциональными схемами, как «Непонятность» ($r=-0,421$, $p=0,015$) и «Обесценивание эмоций» ($r=-0,387$, $p=0,026$). Иными словами, чем в большей степени респондент убежден в бессмысленности своих чувств и отсутствии их связи с ценностями, тем менее сформированы у него навыки произвольной регуляции деятельности. Примечательно, что в этой же группе схема «Чрезмерная рациональность», напротив, демонстрирует положительную связь с регуляторными процессами ($r=0,458$, $p=0,007$), что позволяет рассматривать ее как своеобразный компенсаторный механизм, позволяющий временно стабилизировать поведение за счет подавления эмоций. В группе со средним реабилитационным потенциалом картина иная: здесь фиксируется прямая отрицательная корреляция между интегральным показателем дисфункциональных эмоциональных схем и общим уровнем осознанной саморегуляции ($r=-0,456$, $p=0,011$), что свидетельствует о системном характере взаимосвязи.

Лонгитюдный этап исследования, охватывающий шестимесячный период реабилитации, показал, что базовые паттерны эмоциональных убеждений и регуляторные стили респондентов не претерпевают статистически значимых изменений в условиях стандартной программы ($p>0,05$), что подтверждает их устойчивость и необходимость целенаправленного психокоррекционного воздействия. Вместе с тем, анализ взаимосвязей на данном этапе позволил установить, что даже исходно более низкий уровень дисфункциональных эмоциональных схем связан с лучшим развитием таких компонентов саморегуляции, как моделирование значимых условий и программирование действий ($p<0,05$). Кроме того, эти же респонденты, согласно данным экспертной оценки, демонстрируют более адаптивное и вовлеченное поведение в процессе прохождения реабилитационной программы ($p<0,05$).

Выводы. Исследование подтвердило наличие специфических взаимосвязей между дисфункциональными эмоциональными схемами и осознанной саморегуляцией у потребителей ПАВ на первых этапах реабилитации. Характер этих связей определяется уровнем реабилитационного потенциала (УРП). У респондентов со средним УРП выявлена системная отрицательная связь между дисфункциональными эмоциональными схемами и уровнем саморегуляции. Для них эффективны групповые программы, направленные на когнитивную реструктуризацию убеждений об эмоциях. У респондентов с низким УРП взаимосвязи носят изолированный характер, выявлена компенсаторная роль чрезмерной рациональности. На фоне высокой тревоги и избегания им требуется индивидуальный поэтапный подход с акцентом на формирование доверия, принятие эмоций и обнаружение их связи с личностными ценностями.

Результаты обосновывают необходимость дифференцированного подхода к психологическому сопровождению на ранних этапах реабилитации.

Литература

1. Психодиагностика эмоциональных схем: результаты апробации русскоязычной краткой версии шкалы эмоциональных схем Р. Лихи / Н. А. Сирота, Д. В. Московченко, В. М. Ялтонский [и др.] // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. – 2016. – № 1. – С. 76-83.

2. Лихи, Р. Л. терапия эмоциональных схем / Р. Л. Лихи // Консультативная психология и психотерапия. – 2021. – Т. 29, № 3(113). – С. 45-57. – doi: 10.17759/cpp.2021290304.

3. Emotion regulation in substance use disorders: a systematic review and meta-analysis / J. Stellern, Ke. B. Xiao, E. Grennell [et al.] // Addiction. – 2023. – Vol. 118, No. 1. – P. 30-47. – doi: 10.1111/add.16001.

FEATURES OF EMOTIONAL SCHEMAS AND CONSCIOUS SELF-REGULATION IN SUBSTANCE USERS AT THE INITIAL STAGES OF REHABILITATION

Ipatova K.A., Balashova A.N.

*Pavlov First Saint Petersburg State Medical University
Saint-Petersburg, Russia*

The article examines emotional schemas and conscious self-regulation features in 63 substance users at initial rehabilitation stage. Patients with low and medium rehabilitation potential significantly differ in fear of losing control over emotions, anxiety, coping strategies, and self-regulation components. Different correlation patterns between emotional schemas and self-regulation were identified, substantiating the need for differentiated psychological support.

ОСОБЕННОСТИ МОТИВАЦИИ К ИЗМЕНЕНИЮ ПОВЕДЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЮ У ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ В ПРОЦЕССЕ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Ипатова К.А.

*Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет
имени академика И.П.Павлова
Санкт-Петербург, Россия
ipatova_k@mail.ru*

Введение. Эмоциональные нарушения затрудняют формирование мотивации к прекращению употребления психоактивных веществ (ПАВ) и

усложняют процессы реабилитации [2]. Устойчивая мотивация является важнейшим фактором успешной реабилитации и закрепления ремиссии у зависимых пациентов [1]. Вопрос назначения судом наркологического лечения и его эффективность остаётся актуальным, поскольку у пациентов часто наблюдается низкий уровень готовности к изменению поведения, и выбор чаще определяется принудительной внешней мотивацией, чем собственным желанием [3].

Цель исследования. Изучение динамики мотивации к изменению поведения и лечению у потребителей ПАВ в процессе прохождения медицинской реабилитации.

Материалы и методы исследования. В исследовании приняли участие 120 пациентов медицинской реабилитации, направленных в СПб ГБУЗ «Городская наркологическая больница». Группу 1 (n=50) составили пациенты, проходившие медицинскую реабилитацию на добровольной основе. Группа 2 (n=70) включала пациентов, которые проходили реабилитацию по решению суда. Средний возраст участников составил $33,67 \pm 7,64$ года. Используемые методики: клинико-психологическая анкета; шкала «Уровень реабилитационного потенциала» (УРП) Т.Н.Дудко; «Интегративный тест тревожности» (Бизюк А.П., Вассерман Л.И., Иовлев Б.В.); шкала готовности к изменению поведения и стремления к лечению (SOCRATES) по Miller и Tonigan. Через год проводилось повторное обследование с применением тех же психодиагностических методик для оценки изменений. Статистическая обработка данных выполнялась с использованием t-критерия Стьюдента, однофакторного дисперсионного анализа и коэффициента корреляции r-Пирсона. В анализе применялись программы SPSS Statistics версии 27.0 и Microsoft Office Excel 2010.

Результаты. У 53,3% потребителей ПАВ обеих групп чаще встречается средний уровень реабилитационного потенциала, который характеризуется наличием наследственной отягощенности наркотическими и психическими заболеваниями по прямой (отец, мать) или восходящей линии родителей, воспитанием в неполной семье, проявлениями девиантности поведения в подростковом возрасте, продолжительностью заболевания более 1 года, параллельным употреблением нескольких психоактивных веществ. В группе добровольно проходящих реабилитацию наиболее распространённый наркологический диагноз «Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя» (F.10) – 42%. В группе пациентов проходящих реабилитацию по решению суда встречались диагнозы «Психические и поведенческие расстройства, вызванные одновременным употреблением нескольких наркотических средств и использованием психоактивных веществ» (F.19) – 34,3%, а также «Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением стимуляторов» (F.15) – 31,4%.

Статистически значимых различий по общему уровню ситуативной тревоги в группах потребителей ПАВ не выявлено, показатели всех шкал укладываются в диапазон умеренно выраженной тревоги ($M_{Гр1} = 28,58 \pm 6,16$ М

$M_{Гp2}=26,41\pm9,24$; $p=0,152$). Обнаружены различия в группах по шкале «Астенический компонент тревожности» личностной тревожности, средние показатели которой выше в группе пациентов, которые проходили реабилитацию добровольно ($M_{Гp1}=6,62\pm2,12$ и $M_{Гp2}=5,47\pm2,47$; $p=0,009$). Наблюдается разница в общих показателях личностной тревожности: у пациентов, которые проходят реабилитацию добровольно, этот показатель выше, что подтверждается статистической значимостью ($M_{Гp1}=32,88\pm7,34$ $M_{Гp2}=29,38\pm8,10$; $p=0,017$).

При исследовании выраженности тревоги и тревожности через 1 год выяснилось, что несмотря на некоторое снижение данных характеристик, в целом, наблюдается умеренно высокие показатели. У пациентов сохраняются астенические проявления как в актуальном состоянии ($M_{Гp1}=5,71\pm1,91$, $M_{Гp2}=4,32\pm2,61$, $p=0,012$), так и как свойство личности ($M_{Гp1}=6,53\pm1,60$; $M_{Гp2}=4,90\pm2,64$, $p=0,002$). Общая выраженность тревожности личности также более характерна для пациентов, которые проходили реабилитацию добровольно ($M_{Гp1}=30,94\pm7,02$; $M_{Гp2}=27,0\pm9,62$, $p=0,051$).

Мотивация к изменению поведения в отношении ПАВ и принятию помощи в группах различается. Так, в начале реабилитации для группы пациентов, которые проходили реабилитацию добровольно характерна более высокая степень осознания необходимости менять поведение в отношении ПАВ и лечения ($M_{Гp1}=35,2\pm20,02$; $M_{Гp2}=25,43\pm17,08$, $p=0,005$), более выражена амбивалентность ($M_{Гp1}=53,20\pm19,42$, $M_{Гp2}=41,0\pm18,19$, $p\leq0,001$), при этом выше готовность к действиям ($M_{Гp1}=56,6\pm22,37$, $M_{Гp2}=43,29\pm22,88$ $p=0,002$) чем в группе пациентов, которые проходили реабилитацию по решению суда.

При исследовании характера мотивации через 1 год было выявлено что, у пациентов, которые проходили реабилитацию добровольно показатели мотивации несколько снижаются, и в целом, не отличаются от показателей пациентов, которые проходили реабилитацию по решению суда. Так, снижается компонент осознания ($M_{Гp1}=33,45\pm21,4$; $M_{Гp2}=24,41\pm16,17$, $p=0,062$), остаётся выраженной амбивалентность ($M_{Гp1}=42,76\pm16,66$, $M_{Гp2}=32,05\pm10,94$, $p=0,003$), готовность к действию в целом в зоне средних показателей в обеих группах ($M_{Гp1}=51,03\pm23,35$; $M_{Гp2}=41,18\pm23,96$, $p=0,104$)

Выводы. Проведённое исследование позволило определить, что для пациентов, которые проходят медицинскую реабилитацию добровольно характерна большая выраженность мотивации к изменению поведения и лечению в первый период с последующим её снижением. У пациентов, которые проходили реабилитацию в связи с возложенными судом обязательствами наблюдается низкий уровень мотивации в первый период, при повышении её в процессе прохождения реабилитации. Результаты обосновывают необходимость учёта особенностей мотивации на различных этапах медицинской реабилитации и в постреабилитационный период.

Литература

1. Белоколов, В. В. Мотивация к лечению и реабилитации у наркозависимых на различных этапах стационарного лечения

/ В. В. Белоколов, Е. Э. Декало // Клиническая и медицинская психология: исследования, обучение, практика. – 2017. – № 2 (16). – С. 6.

2. Громыко, Д. И. Социально-психологические и клинические факторы мотивации к лечению и отказу от потребления психоактивных веществ у наркологических больных / Д. И. Громыко, Р. Д. Илюк // Диагностика и лечение психических и наркологических расстройств: современные подходы : сб. метод. рек. / под ред. Н. Г. Незнанова. – СПб., 2018. – С. 183-224.

3. Грановская, Е. А. Фактор эмоционального неприятия заболевания у пациентов с зависимостью от синтетических катинонов / Е. А. Грановская // Вестник Санкт-Петербургского университета. Психология. – 2024. – Т. 14, № 2. – С. 320-330.

FEATURES OF MOTIVATION TO CHANGE BEHAVIOR AND TREATMENT IN CONSUMERS OF SURFACTANTS IN THE PROCESS OF MEDICAL REHABILITATION

Ipatova K.A.

*Pavlov First Saint Petersburg State Medical University
Saint-Petersburg, Russia*

The article presents the results of a study of 120 surfactant users who underwent medical rehabilitation voluntarily and by court order. The dynamics of motivation in groups in the first year was studied. It was revealed that high motivation in patients who voluntarily underwent a rehabilitation program decreases faster. In turn, in patients who were motivated by the decision of the court, on the contrary, motivation increases. This indicates the need to adapt therapeutic approaches to the changing needs of patients at different stages of rehabilitation.

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО СТРЕССА И ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У РАБОТНИКОВ ОТДЕЛЕНИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ И РЕАНИМАЦИИ

Климович Е.А.¹, Климович В.Е.²

¹Гродненский государственный медицинский университет

²Городская клиническая больница скорой медицинской помощи города Гродно,

Гродно, Беларусь

e.klimovich90@mail.ru

Введение. Профессиональная деятельность врачей-анестезиологов-реаниматологов погружена в атмосферу высокого психоэмоционального напряжения и несет в себе непомерную морально-этическую ответственность,

что приводит к хроническому стрессу и эмоциональному выгоранию.

Сам термин «выгорание», введенный Гербертом Фрейденбергером в 1974 году, описывает истощение у людей, чья работа требует постоянного эмоционального контакта и включенности. В.В. Бойко описывал синдром эмоционального выгорания, как защитный механизм психики, оберегающий от чрезмерных психотравмирующих воздействий посредством подавления эмоций. Главными катализаторами его развития признаются стресс и хроническое нервное напряжение. [1 с. 151, 3]

Понятие «стресс» ввел Г.Селье (1936). Он подразделил его на эустресс (мобилизующий и созидательный) и дистресс (разрушающий и истощающий). Человек способен успешно противостоять стрессовым натискам, обладая нервно-психической устойчивостью (НПУ), которая, согласно А.Г. Маклакову, напрямую зависит от уровня психической регуляции и играет ключевую роль в адаптации к стрессовым условиям.

Продолжительное воздействие стресса на анестезиологов-реаниматологов неизбежно ведет к снижению эффективности диагностического процесса, увеличению числа врачебных ошибок, ухудшению состояния пациентов, а также негативно влияет на здоровье самих специалистов. В этих условиях высокая стрессоустойчивость становится не просто желательной, а необходимой

Постоянный стресс повышает общую неудовлетворенность, снижая НПУ, истощая физическую активность, накапливая нервное напряжение и вызывая эмоциональную опустошенность, что является предвестником выгорания.

Эмоциональное выгорание манифестирует себя ощущением тщетности труда, глубокой неудовлетворенностью достигнутыми результатами, обострением межличностных конфликтов [4].

Цель исследования. Оценить психоэмоциональное состояние и степень выраженности синдрома эмоционального выгорания у врачей-анестезиологов-реаниматологов медицинских учреждений города Гродно.

Материалы и методы. В исследовании приняло участие 50 специалистов отделений анестезиологии и реанимации в возрасте от 26 до 50 лет. Использованные методики: методика диагностики уровня сформированности синдрома эмоционального выгорания В.В.Бойко и психодиагностическая методика «Прогноз» Ю.А.Баранова, направленная на определение уровня нервно-психической устойчивости и риска дезадаптации в стрессовых условиях. [1, 2]

Результаты исследования. Синдром эмоционального выгорания, по сути, является защитным механизмом психики, который помогает противостоять профессиональному стрессу. Синдром проявляется в полном либо частичном приглушении эмоций в ответ на чрезмерное психотравмирующее воздействие. Развитие этого синдрома происходит поэтапно, в рамках трех последовательных стадий: «Напряжение» (характеризуется нарастанием нервно-психического дискомфорта и зарождением первых симптомов), «Резистенция» (этап сопротивления стрессу,

стремления к восстановлению комфорта и снижению внешнего давления) и «Истощение» (ведущее к снижению работоспособности, угасанию жизненных сил, проявлению депрессии, тревоги, а также к ослаблению профессиональной ответственности и эмоциональной связи с работой).

Анализ результатов диагностики синдрома эмоционального выгорания по методике В.В.Бойко продемонстрировал, что фаза «Напряжение» проявилась на среднем уровне (39,5 баллов), что свидетельствует лишь о начальной стадии формирования защитных механизмов. Фаза «Резистенция», выступающая как переходный этап, достигла среднего показателя (42,5 баллов), указывая на активизацию процессов сопротивления стрессу и психоэмоциональной самозащиты у реаниматологов. Наименьший уровень был отмечен в фазе «Истощение» (37 баллов), что говорит о ее несформированности у подавляющего большинства опрошенных.

Каждая стадия синдрома характеризуется четырьмя доминирующими симптомами. В фазе «Напряжение» ярко выражен симптом «Тревога и депрессия» (10,3 балла), манифестирующийся личностной тревожностью и неудовлетворенностью текущим положением дел. Далее следует «Переживание психотравмирующих обстоятельств» (9,4 балла), где осознание неразрешимых стрессоров способствует росту чувства отчаяния. Ощущение «Загнанность в клетку» (8,1 балла) и «Неудовлетворенность собой» (7,7 балла) завершают фазу, отражая снижение самооценки и гнетущее чувство бессилия.

В фазе «Резистенция» лидирует симптом «Редукция профессиональных обязанностей» (11,7 балла), выражающийся в стремлении минимизировать или упростить эмоционально затратные рабочие задачи. «Неадекватное эмоциональное избирательное реагирование» (11,5 балла) проявляется в нарушении тонкого баланса между экономией эмоций и их неуместным выбросом. «Эмоционально-нравственная дезориентация» (9,8 балла) возникает как закономерное следствие некорректного эмоционального реагирования, приводя к опасной легализации безразличия. «Расширение сферы экономии эмоций» (9,5 балла) означает, что негативные последствия выгорания начинают проникать в личную жизнь.

Фаза «Истощение» инициируется симптомом «Эмоциональный дефицит» (10,3 балла), когда человек ощущает полную невозможность сопереживать. «Эмоциональная отстраненность» (9,9 балла) трансформирует работу в режим «автопилота», лишённого живых человеческих реакций. «Личностная отстраненность (деперсонализация)» (9,5 балла) затрагивает основы системы ценностей, подрывая остатки удовлетворения от взаимодействия с людьми. Завершающий симптом – «Психосоматические и психовегетативные нарушения» (7,3 балла), проявляющийся в физическом недомогании, у основной части исследуемых отсутствовали.

Используя методику «Прогноз» Ю.А.Баранова, было установлено, что средний показатель НПУ составил 15 баллов (3 стена), что свидетельствует о достаточно высоком уровне, коррелирующим с эффективным противостоянием стрессовым факторам. Корреляционный анализ выявил значимые

отрицательные взаимосвязи между НПУ и синдромом выгорания: чем выше уровень НПУ, тем ниже риск редукции профессиональных обязанностей (-0,438), поведенческих паттернов стресса (-0,382) и общий уровень эмоционального выгорания (-0,449). Полученные данные убедительно подтверждают выдвинутую гипотезу о тесной взаимосвязи психоэмоционального состояния и уровня выгорания у врачей-анестезиологов-реаниматологов.

Результаты исследования свидетельствуют, что у большинства сотрудников реанимации диагностированы острые стрессовые расстройства, порожденные спецификой их профессиональной деятельности. У подавляющего большинства из них синдром эмоционального выгорания находится на стадии активного формирования, что указывает на прогрессирующее ухудшение психоэмоционального состояния на фоне профессионального стресса. В то же время анализ фаз и симптомов эмоционального выгорания выявляет высокий уровень нервно-психической устойчивости у врачей-анестезиологов-реаниматологов, позволяющий им эффективно противостоять проявлениям профессионального стресса.

Литература

1. Бойко, В. В. Энергия эмоций в общении: взгляд на себя и на других / В. В. Бойко. – М. : Филинь, 2016. – 472 с.
2. Водопьянова, Н. Е. Синдром выгорания / Н. Е. Водопьянова, Е. С. Старченкова. – СПб. : Питер, 2010. – 336 с.
3. Четвергова, С. А. Причины профессионального выгорания работников / С. А. Четвергова // Теория и практика современной науки. – 2019. – № 6(48). – С. 512-514.
4. Трухан, Е. А. Концепция выгорания К. Маслак: синдром и процесс / Е. А. Трухан // Вестник Московского информационно-технологического университета - Московского архитектурно-строительного института. – 2024. – № 1. – С. 85-97.

PROFESSIONAL STRESS AND EMOTIONAL BURNOUT IN ANESTHESIOLOGY AND RESUSCITATION DEPARTMENT STAFF

Klimovich E.A.¹, Klimovich V.E.²

¹Grodno State Medical University

²City Clinical Hospital of Emergency Medical Care
Grodno, Republic of Belarus

The article presents the results of a study of the features of the formation of professional stress in employees of the Department of Anesthesiology and Intensive Care. The psychological structure of the symptoms of the syndrome of emotional burnout and its relationship with the level of neuropsychic stability of anesthesiologists-resuscitators was revealed. The diagnostic tool of the study was

made according to the methodology of V.V. Boyko and Yu.A. Baranova. Based on the results of the study, which demonstrate the relationship between acute stress disorders and the specifics of professional activity, it was concluded that doctors have an emerging burnout syndrome and a relatively high level of mental and emotional stability, which allows them to work successfully in the intensive care unit.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И ТИПЫ ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ У ЛЮДЕЙ В ПОСТКОВИДНОМ ПЕРИОДЕ

**Книжникова А.А.^{1,2}, Исаева Е.Р.², Загальская Е.В.²,
Рассохин В.В.², Беляков Н.А.²**

*¹Научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии
имени Пастера,*

*²Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет
имени академика И.П.Павлова
Санкт-Петербург, Россия
nasya.sur@yandex.ru*

Введение. На сегодняшний день установлено, что от последствий COVID-19, получивших название «постковидный синдром», страдают около 65 млн. человек по всему миру, которые отмечают большой спектр соматических, неврологических и психических нарушений, ассоциированных с перенесённой новой коронавирусной инфекцией (НКИ) [1, 5]. Вместе с тем, по данным исследований, психические и психологические последствия COVID-19 являются теми причинами, которые наиболее существенно ухудшают качество жизни, приводят к значимым трудностям в реадaptации к повседневным и профессиональным нагрузкам [3], к проблемам в выстраивании семейных и сексуальных отношений [2]. В Российской Федерации (РФ) на сегодняшний день отсутствуют клинические рекомендации по сопровождению лиц с нарушениями здоровья в постковидном периоде, а мишени психологической работы с данной группой пациентов, по результатам исследований, все ещё не до конца определены [4].

Цель исследования. Определить показатели удовлетворенности качеством жизни и типом отношения к болезни у людей в постковидном периоде болезни для выявления психокоррекционных мишеней в работе с данной группой пациентов.

Материалы и методы. Обследование людей в постковидном периоде болезни проводилось на клинических базах ФБУН НИИ им. Пастера и ПСПбГМУ им. И.П. Павлова. Критериями включения выступали: 1) постановка диагноза «Состояние после COVID-19. Постковидный синдром» (U09); 2) временная взаимосвязь возникших нарушений здоровья с заболеванием COVID-19; 3) невозможность объяснения возникших нарушений после заболевания COVID-19 альтернативным диагнозом.

В рамках комплексного мультидисциплинарного обследования у пациентов оценивались социально-демографические, клинические, лабораторные и нейропсихологические показатели (n=300), в том числе, показатели удовлетворенностью качеством жизни и типы отношения к имеющимся соматическим и психическим последствиям COVID-19. Их оценка производилась с использованием опросника «Тип отношения к болезни» (ТОБОЛ) и «Опросника качества жизни» (ВОЗКЖ-26), результаты обследования по которым и будут представлены в настоящей работе. Исследование основано на материалах гранта Российского научного фонда № 23-45-10017 в рамках российско-белорусского сотрудничества.

Результаты исследования. В группу вошло 300 пациентов, средний возраст - $38,7 \pm 11,5$ лет. Женщины составляли более двух третей от общего числа респондентов (78,3% против 21,7%). Подавляющее большинство пациентов (>93%) перенесли острую фазу COVID-19 в легкой или среднетяжелой форме. Среди обследованных участников 54,2% прошли вакцинопрофилактику от COVID-19.

Результаты опросника ВОЗКЖ-26 свидетельствуют о значительном и многоаспектном ухудшении качества жизни (рис.1). Наиболее критичным является крайне низкий показатель «Оценки состояния здоровья» (34,49 балла). Это глобальный индикатор, отражающий, что подавляющее большинство чувствуют себя хронически нездоровыми.

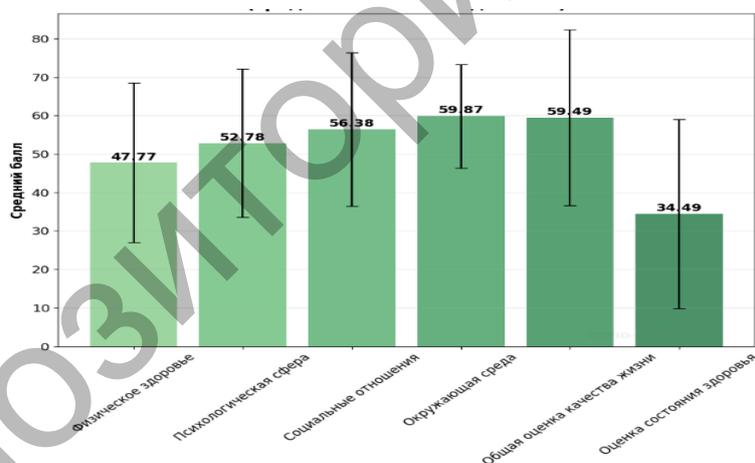


Рисунок 1 – Результаты оценки качества жизни по шкале ВОЗКЖ-26 (n=300)

Второй по значимости проблемной областью является «Физическое здоровье» (47,77 балла), указывающей на существенные нарушения: усталость, боль, низкий энергетический уровень, плохой сон. Этот результат полностью согласуется с доминирующими физическими симптомами постковидного синдрома. Показатели по «Психологической сфере» (52,78 балла) также достаточно низки, подтверждая наличие тревоги, депрессии, снижения настроения и когнитивных затруднений в контексте ухудшения качества жизни.

Результаты оценки типов отношения к болезни по методике «ТОБОЛ» у пациентов с постковидным синдромом свидетельствуют о наличии диффузного

типа реагирования на болезнь со следующими ведущими чертами: сенситивность, ипохондричность, тревожность и эргопатичность.

Преобладающий сенситивный тип ($15,71 \pm 10,64$) указывает на озабоченность восприятием болезни и связанными с ней ограничениями со стороны окружающих. Они могут испытывать сильный страх быть обузой, чувствовать себя неполноценными, стыдиться своих симптомов (особенно невидимых, таких как усталость или «мозговой туман») и избегать социальных контактов из-за опасений по поводу оценки или из-за невозможности соответствовать прежним социальным ролям. Это может приводить к усилению социальной изоляции и снижению качества жизни, даже если прямые физические ограничения не так выражены.

Высокая выраженность ипохондрического ($14,15 \pm 39,50$) и тревожного ($10,53 \pm 11,84$) типов свидетельствуют о том, что значительная часть пациентов демонстрирует чрезмерное внимание к своим телесным ощущениям, склонность катастрофизировать симптомы, искать у себя признаки новых или более тяжелых заболеваний. Это особенно актуально для постковидного синдрома с его полиморфной, часто флуктуирующей и труднообъяснимой симптоматикой.

Наличие эргопатического компонента ($13,10 \pm 12,62$) указывает на то, что для многих пациентов работа или профессиональная деятельность являются центральной ценностью, а болезнь воспринимается как угроза для их трудоспособности и социальной значимости.

Выводы. Полученные результаты подчеркивают, что психологический аспект постковидного синдрома глубоко укоренен в дезадаптивных моделях отношения к болезни. Это может приводить к многоаспектному ухудшению качества жизни, что требует коррекции внутренней картины болезни со стороны специалистов психологического профиля в рамках реабилитации данной категории пациентов.

Литература

1. Отсроченные психические, неврологические и соматические расстройства, ассоциированные с COVID-19 / Н. А. Беляков, В. В. Рассохин, Н. А. Тотолян [и др.] // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. – 2023. – Т. 15, № 4. – С. 53-62.

2. Голубева, Н. В. Панические расстройства во внутрисемейных отношениях, как последствия воздействия коронавирусной инфекции (обзор литературы) / Н. В. Голубева, Д. В. Иванов, М. С. Троицкий // Вестник новых медицинских технологий. – 2020. – № 2. – С. 32-38.

3. Пережить локдаун: изменения в занятости и психологическое благополучие населения в эпоху пандемии / К. Ю. Ерицян, М. М. Русакова, А. А. Александрова, Н. М. Усачева // Мониторинг общественного мнения: экономические и социальные перемены. – 2021. – № 3 (163). – С. 250-270. – doi: 10.14515/monitoring.2021.3.1893.

4. Ярмухамедова, Н. А. Оптимизация терапии постковидного синдрома при новой коронавирусной инфекции / Н. А. Ярмухамедова, Г. З. Узакова

// Science and Education. – 2023. – Т. 4, № 3. – С. 159-167.

5. Recent developments in the immunopathology of COVID-19 / H. P. Zhang, Yu. Li. Sun, Ya. F. Wang [et al.] // Allergy. – 2023. – Vol. 78, No. 2. – P. 369-388. – doi: 10.1111/all.15593.

QUALITY OF LIFE AND ATTITUDE TOWARDS ILLNESS IN POST-COVID

**Knizhnikova A.A.^{1,2}, Isaeva E.R.², Zagalskaya E.V.²,
Rassokhin V.V.², Belyakov N.A.²**

¹Pasteur Research Institute of Epidemiology and Microbiology,

*²First St. Petersburg State Medical University named after Academician I.P.Pavlov
Saint-Petersburg, Russia*

The obtained results highlight that the psychological aspect of post-COVID syndrome is deeply rooted in maladaptive patterns of attitude toward the disease. This can lead to a multifaceted deterioration in quality of life, requiring psychological specialists to address the internal picture of the disease as part of the rehabilitation of this category of patients.

ШКАЛА ДЕПРЕССИИ ФОН ЗЕРССЕНА И ПОКАЗАТЕЛЬ ДУШЕВНОЙ БОЛИ КАК ОСНОВА ЭКСПРЕСС-БАТАРЕИ ДЛЯ ОЦЕНКИ УРОВНЯ ДЕПРЕССИИ И СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Комарова А.Н.

*Первый Санкт-Петербургский медицинский университет
имени академика И.П.Павлова
Санкт-Петербург, Россия
asya.pas@yandex.ru*

Введение. Расстройства депрессивного спектра остаются одной из ведущих причин утраты трудоспособности и преждевременной смертности. Суицидальный риск при депрессии сохраняется не только в тяжёлых, но и в умеренных и субклинических вариантах течения, а также в структуре биполярных аффективных расстройств в депрессивной фазе [1]. Традиционные шкалы депрессии (например, HADS, BDI) широко используются, однако они преимущественно фиксируют когнитивно-аффективные и соматовегетативные проявления, не всегда позволяя выделить феномен душевной (психической) боли как самостоятельный клинико-психологический конструкт, тесно связанный с суицидальными тенденциями. В то же время данные современной суицидологии указывают, что именно субъективно переживаемая

невыносимость внутренней боли (psychache) является одним из ключевых факторов формирования суицидального риска, нередко опережающим формальные показатели тяжести депрессии [2]. Шкала депрессии фон Зерссена [3] представляет собой компактный инструмент количественной оценки депрессивной симптоматики, обладающий высокой чувствительностью к изменениям аффективного состояния и пригодный для применения в клинических условиях, включая амбулаторный приём. Показатель душевной боли (например, по шкале PAS-13) позволяет дополнить традиционную оценку депрессии измерением субъективной интенсивности психической боли [4]. Комбинированное использование шкалы фон Зерссена и показателя душевной боли потенциально формирует экспресс-батарею, способную: оперативно оценивать уровень депрессивной симптоматики; выявлять пациентов с повышенным суицидальным риском; усиливать клиническую прогностическую точность первичной диагностики; оптимизировать маршрутизацию пациентов в условиях ограниченного времени приёма.

Цель исследования: оценить диагностические возможности шкалы депрессии фон Зерссена и показателя душевной боли при расстройствах депрессивного спектра и обосновать их совместное использование в качестве экспресс-батареи для количественной оценки уровня депрессии и суицидального риска в клинической практике.

Материалы и методы. В исследование включено 158 пациентов с расстройствами депрессивного спектра. Диагнозы пациентов были клинически верифицированы в соответствии с диагностическими критериями аффективных и стресс-ассоциированных расстройств (F31–F34, F41, F43 по МКБ-10). Выборка включала взрослых респондентов в возрасте от 18 до 70 лет. Все участники исследования подписали информированное согласие на участие в исследовании. В качестве диагностического инструментария использовались следующие методики: шкала депрессии фон Зерссена (авторский перевод и апробация); шкала депрессии Бека (BDI); госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS); шкала Душевной боли PAS-13 (адаптация Чистопольской и Ениколопова); Колумбийская шкала оценки тяжести суицидального риска (C-SSRS).

Результаты исследования. Статистический анализ данных показал, что показатели шкалы депрессии фон Зерссена и шкалы депрессии Бека демонстрируют статистически значимую согласованность в исследованной клинической выборке пациентов с расстройствами депрессивного спектра. Полученные результаты свидетельствуют о высокой корреляционной связи между указанными шкалами, что указывает на сопоставимость измеряемых ими характеристик депрессивной симптоматики. Показатель психической (душевной) боли, оцененный с использованием шкалы PAS-13, демонстрировал значимую положительную взаимосвязь с выраженностью депрессивных переживаний. У пациентов с более высоким уровнем субъективного психоэмоционального страдания отмечались более высокие показатели как депрессивной симптоматики, так и суицидального риска. Дополнительный

анализ показал, что шкала депрессии фон Зерссена обладает достаточной чувствительностью к выявлению клинически значимых депрессивных состояний. Использование показателя душевной боли в структуре диагностической оценки повышало информативность скрининга суицидального риска, включая случаи, в которых пациенты не сообщали о наличии выраженных суицидальных намерений. Комбинированное использование шкалы фон Зерссена и показателя психической боли может рассматриваться как основа экспресс-батареи для первичной оценки депрессивных переживаний и суицидального риска.

Выводы. В рамках исследования было установлено, что шкала депрессии фон Зерссена демонстрирует высокую согласованность с традиционными инструментами оценки депрессивной симптоматики, включая шкалы BDI и HADS. Полученные данные свидетельствуют о возможности применения данного инструмента для оперативной количественной оценки выраженности депрессивных переживаний в клинической практике. Показатель душевной боли рассматривается как значимый клинико-психологический индикатор субъективного психоэмоционального дистресса и суицидального риска. Включение оценки душевной боли в структуру диагностического обследования позволяет повысить чувствительность первичного скрининга пациентов с высоким риском суицидального поведения. Комбинированное использование шкалы депрессии фон Зерссена и показателя душевной боли может способствовать оптимизации клинико-психологической диагностики, сокращению времени обследования и повышению точности первичной оценки состояния пациентов. Полученные результаты подтверждают целесообразность дальнейшего изучения диагностического потенциала разработанной экспресс-батареи в различных клинических выборках.

Литература

1. Рычкова, О. В. Депрессивные расстройства и риск суицида: современные представления и подходы к диагностике / О. В. Рычкова, С. В. Кикта, Т. С. Павлова // Суицидология. – 2020. – Т. 11, № 2. – С. 3-12.
2. Shneidman, E. S. The Suicidal Mind / E. S. Shneidman. – New York : Oxford University Press, 1996. – 276 p.
3. von Zerssen, D. Clinical self-rating scales (CSRS) of the Munich Psychiatric Information System (PSYCHIS München) / D. von Zerssen // Assessment of Depression / ed.: N. Sartorius, T. A. Ban. – Berlin, 1986. – P. 270-303.
4. Адаптация методик исследования суицидальных аспектов личности / К. А. Чистопольская, Т. В. Журавлева, С. Н. Ениколопов, Е. Л. Николаев // Психология. Журнал Высшей школы экономики. – 2017. – Т. 14, № 1. – С. 61-87. – doi: 10.17323/1813-8918.2017.1.61.87.

THE VON ZERSSEN DEPRESSION SCALE AND THE MENTAL PAIN INDEX AS THE BASIS OF AN EXPRESS BATTERY FOR ASSESSING DEPRESSION AND SUICIDAL RISK IN CLINICAL PRACTICE

Komarova A.N.

*First St. Petersburg Medical University named after Academician I.P.Pavlov
Saint-Petersburg, Russia*

The study focuses on the clinical and psychometric justification of using the Zerssen Depression Scale and the psychological pain indicator as components of a rapid screening battery for assessing depressive severity and suicide risk in patients with depressive spectrum disorders. The sample included 158 adult patients aged 18–70 years with clinically verified depressive spectrum disorders. The following psychometric instruments were used: the Zerssen Depression Scale (author's translation and preliminary validation), Beck Depression Inventory, Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), Psychological Pain Scale (PAS-13), and the Columbia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS). The results demonstrated significant concordance between the Zerssen Depression Scale and traditional measures of depressive symptoms. Psychological pain showed a positive association with depression severity and suicide risk indicators. The combined use of depression severity assessment and psychological pain measurement increases the diagnostic informativeness of primary screening. The findings suggest that the proposed rapid assessment battery may be useful in clinical practice for early detection of patients with elevated depressive distress and suicide risk.

АНАЛИЗ ПУБЛИКАЦИОННОЙ АКТИВНОСТИ ПО ПРОБЛЕМЕ ВЛИЯНИЯ АЛКОГОЛИЗМА РОДИТЕЛЕЙ НА ПСИХИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ

Королёва Е.Г., Бялая Е.М.

Гродненский государственный медицинский университет

Гродно, Беларусь

byalaya_elena@mail.ru

Введение. Актуальность проблемы влияния алкоголизма родителей на психическое развитие детей подтверждается тем, что алкоголизм людей трудоспособного возраста является одной из наиболее актуальных проблем в современном мире. Алкоголизм родителей наносит детям глубокие психологические травмы, вызывая хронический стресс, низкую самооценку, замкнутость, страхи и трудности с социальной адаптацией. Дети часто испытывают дефицит общения, эмоциональное отчуждение, подвергаются

насилию и рискуют перенять зависимое поведение. Возможны также серьезные нарушения развития и инвалидность. Полученный в детстве негативный опыт оказывает влияние на эмоциональное, когнитивное, социальное развитие ребенка и на формирование личности [1].

Цель: анализ публикационной активности по проблеме влияния алкоголизма родителей на психическое развитие детей.

Материал и методы исследования. Систематический поиск информации по теме исследования был проведен 17 февраля 2026 года в электронной базе данных PubMed. PubMed – это крупнейшая бесплатная англоязычная поисковая система и база данных, содержащая более 39 миллионов цитат, аннотаций и ссылок на полнотекстовые статьи по медицине, биологии, стоматологии и смежным дисциплинам. Разработана Национальным центром биотехнологической информации США на основе базы данных MEDLINE. Поиск включал период времени с 1991 года по 17.02.2026.

Ключевые слова: parental alcoholism, impact on children's mental development (алкоголизм родителей, влияние на психическое развитие детей).

Результаты исследования. По указанным выше ключевым словам было выявлено сравнительно небольшое количество публикаций – 31. Подавляющее количество статей (29) опубликованы на английском языке.

Ниже приводится краткий обзор публикаций, четко соответствующих теме исследования.

Влияние злоупотребления алкоголем родителями широко освещалось в различных исследованиях, однако очень мало известно о жизни и опыте детей, затронутых этой проблемой, с их собственной точки зрения. Отрицание и скрытность являются характерными чертами этой проблемы, и голоса детей слишком часто остаются неслышанными. В данном исследовании был проведен систематический обзор литературы для получения представления о качественных исследованиях с участием детей, родителей и молодых людей. Доказано, что злоупотребление алкоголем родителями вызывает семейную дисгармонию. Последствия для детей были негативными, возникал целый ряд рисков для психического здоровья детей, в том числе отмечалось глубокое эмоциональное воздействие алкоголизма родителей [2].

Нечувствительность матери к эмоциональному стрессу детей (например, к проявлениям грусти или страха) является одним из механизмов, посредством которого материнская алкогольная зависимость может повышать риск развития психопатологии у детей. Хотя нарушение эмоциональной регуляции неизменно ассоциируется с психопатологией, остается неясным, как и почему влияние алкогольной зависимости на реакцию родителей на стресс детей может влиять на эмоциональную регуляцию детей с течением времени, особенно таким образом, что это может создавать риски развития психопатологии. Результаты показали, что матерям с симптомами алкогольной зависимости может быть трудно чутко реагировать на эмоциональный стресс детей, что может побудить детей подавлять или скрывать свои эмоции в качестве адаптивной, защитной стратегии. Потенциальные преимущества и последствия ранних защитных

стратегий подавления экспрессии эмоций для развития обсуждаются в рамках психопатологии развития [3].

Проблемы родителей с алкоголем могут причинить непосредственный и долгосрочный вред детям. Выявлена взаимосвязь между проблемами с алкоголем у родителей и отсутствием социальной связи во взрослом возрасте. Негативное влияние усиливалось при отсутствии поддержки со стороны взрослых в детстве, особенно в отношении субъективных показателей социальной связи. Эти результаты подчеркивают долгосрочные последствия проблем с алкоголем у родителей и указывают на потенциальную защитную роль поддержки со стороны взрослых [4].

В публикации 2025 года [5] отмечается, что в США употребление алкоголя широко распространено и связано со злоупотреблением и зависимостью, или расстройством, вызванным употреблением алкоголя. Когда один из родителей борется с алкоголизмом, ребенок в этой семье может испытывать широкий спектр психологических, эмоциональных, межличностных и поведенческих последствий. Эти последствия могут длиться всю жизнь. Однако некоторые дети проявляют устойчивость, которая связана с определенными защитными факторами. Литература проливает свет на эту проблему в контексте расстройств психического здоровья у детей. Хотя у алкоголизма много негативных последствий, существуют исследования, показывающие наличие защитных элементов. Эти элементы могут быть изучены более подробно и, возможно, использованы для разработки и внедрения программ поддержки, образовательных мероприятий и профилактических мер, чтобы помочь детям из семей, где есть алкоголики.

Выводы. Результаты проведенного анализа публикационной активности по проблеме влияния алкоголизма родителей на психическое развитие детей показали, что существует четкая взаимосвязь между алкоголизмом родителей и физическим и психическим здоровьем их детей. Статистический анализ клинического материала показывает, что дети с нервно-психическими расстройствами достоверно чаще встречаются в семьях, отягощенных родительским алкоголизмом, по сравнению со здоровыми семьями (90-98% и 14-20% соответственно).

Кроме того, выявлена сравнительно невысокая публикационная активность авторов по теме исследования за последние 25 лет, что открывает большие возможности в области дальнейших исследований в важной проблеме влияния алкоголизма родителей на психическое развитие детей.

Литература

1. Бородин В. Н. Влияние алкоголизма родителя на психическое развитие ребенка / В. Н. Бородин, А. В. Латынина // Стратегии устойчивого развития: социальные, экономические и юридические аспекты : материалы II Всерос. науч.-практ. конф., Чебоксары, 10 авг. 2023 г. / Чебоксары, 2023. / Чувашский гос. ин-т культуры и искусств ; редкол.: Э. В. Фомин [и др.]. – С. 152-155.

2. Nkobi M. The Impact of Parental Alcohol Misuse on Children:

A Systematic Review / M. Nkobi, M. Kingan M // Substance Use & Misuse. – 2025. – Vol. 60, iss. 11. – P. 1690-1698. – doi: 10.1080/10826084.2025.2512232.

3. Maternal alcohol dependence symptoms, maternal insensitivity to children's distress, and young children's blunted emotional reactivity / D. T. Jacques, M. L. Sturge-Apple, P. T. Davies, D. Cicchetti // Development and Psychopathology. – 2025. – Vol. 37, iss. 2. – P. 555-577. – doi: 10.1017/S0954579424000324.

4. Parental Alcohol Problems and Lack of Adult Support During Childhood–Consequences for Subjective and Objective Social Connection in Adulthood / S. H. Haugland, L. Gallefoss, A. Hals-Lydersen, J. K. Vederhus // Drug and Alcohol Review. – 2025. – Vol. 44, N 5. – P. 1459-1467. – doi: 10.1111/dar.14070.

5. Candace, B.-C. The Effects of Parental Alcoholism on Children. / B.-C. Candace // Acta Scientific Medical Sciences. – 2025. – Vol. 9, iss. 5. – P. 166-170. – doi: 10.31080/ASMS.2025.09.2081.

ANALYSIS OF PUBLICATION ACTIVITIES ON THE IMPACT OF PARENTAL ALCOHOLISM ON THE MENTAL DEVELOPMENT OF CHILDREN

Koroleva E.G., Byalaya E.M.

*Grodno State Medical University
Grodno, Belarus*

The results of an analysis of publications on the impact of parental alcoholism on children's mental development revealed a clear correlation between parental alcoholism and the physical and mental health of their children. A statistical analysis of clinical data shows that children with neuropsychiatric disorders are significantly more common in families burdened by parental alcoholism than in healthy families (90-98% and 14-20%, respectively).

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ В КЛИНИКЕ МЕТОДИК ПО ОПРЕДЕЛЕНИЮ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЮ

Котляренко Д.О.

*Гродненский государственный медицинский университет
Гродно, Беларусь*

Kotlyarenko1119@mail.ru

Введение. Приверженность лечению или комплаенс является неотъемлемой частью любого терапевтического процесса. На комплаенс влияет множество факторов: уровень социального функционирования личности, особенности протекания психических процессов и свойств личностных черт,

установленная коммуникация и доверительные отношения с лечащим врачом. В настоящее время используются множество методик и опросников для определения уровня приверженности, обладающие определённой специфичностью.

Цель. Рассмотреть основные методики на определение приверженности лечению в практике клинициста.

Материалы и методы исследования. Анализ информации по заданной тематике в используемых электронных ресурсах: «КиберЛелинка», «eLIBRARY», «PubMed».

Результаты исследования. Под приверженностью лечению понимают степень соответствия поведения человека в отношении приема лекарственных препаратов, соблюдения диеты и/или других изменений образа жизни рекомендациям врача или другого медицинского работника. В специальном докладе ВОЗ неудовлетворительная приверженность лечению рассматривается как «глобальная проблема современной медицины» [1].

В настоящее время в Республике Беларусь и за рубежом представлено множество методик по определению приверженности лечению, рассмотрим наиболее используемые в практике.

Следует отметить, что все методики и опросники соответствуют всем психометрическим характеристикам: валидность, надёжность, стандартизация.

В нашей стране клиницистами различного профиля активно используется шкалы Мориски-Грина (MMAS-8). Достоинствами данной шкалы является ее простота, лаконичность и универсальность, широта использования. Шкала включает 8 вопросов о пропуске приема препаратов по причине забывчивости, улучшения или ухудшения самочувствия, небрежном отношении ко времени приема лекарств. Несмотря на то, что шкала разрабатывалась для англоязычных пациентов с артериальной гипертензией (АГ), она была переведена на многие языки мира и валидизирована для диагностики приверженности пациентов и с другими хроническими заболеваниями: сахарным диабетом 2 типа, депрессией, дислипидемией и другие [2].

Ещё одним наиболее часто используемым опросником является опросник для количественной оценки приверженности лечению (КОП-25), разработанный и Н.А.Николаевым, и Ю.П.Скирденко. Опросник продемонстрировал высокие показатели надежности (94%), чувствительности (93%) и специфичности (78%) и оценивает 4 типа приверженности: к лекарствам, изменению образа жизни, медицинскому сопровождению и лечению в целом [3]. Данный опросник можно применять у пациентов как и терапевтического, так и хирургического профиля.

В мировой практике активно используется опросник DAI 30 (опросник отношения к болезням), представляющий собой анкету из 30 вопросов, которую пациенту необходимо самостоятельно пройти. Данный опросник может использоваться в клинической практике у пациентов, страдающих психическими расстройствами (шизофрения), так как его разработка изначально велась на основе выборке пациентов с данным заболеванием [4].

У детей и подростков на практике используется шкала отношения к лекарствам у детей (PAMS), которая состоит из 18 вопросов. Данная шкала показала высокие значения по валидности и надёжности. Её разработка велась на основании данных результатов тестирования у 288 подростков.

Выводы. Изучив самые популярные опросники и шкалы по определению приверженности лечению в клинике, можно с уверенностью сказать, что их использование может повлиять на качество оказываемой медицинской помощи пациентам.

Литература

1. Лукина, Ю. В. Приверженность к лекарственной терапии у больных хроническими неинфекционными заболеваниями. Решение проблемы в ряде клинических ситуаций : метод. рек. / Ю. В. Лукина, Н. П. Кутишенко. – Москва : Профилактическая медицина, 2020. – 60 с.

2. Приверженность к терапии в амбулаторных условиях: возможность выявления и оценка эффективности терапии / Т. В. Фофанова, Ф. Т. Агеев, М. Д. Смирнова, А. Д. Деев // Кардиология. – 2017. – Т. 57, № 7. – С. 35-42. – doi: 10.18087/cardio.2017.7.10004.

3. Опросники и шкалы для оценки приверженности к лечению – преимущества и недостатки диагностического метода в научных исследованиях и реальной клинической практике / Ю. В. Лукина, Н. П. Кутишенко, С. Ю. Марцевич, О. М. Драпкина // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2020. – Т. 19, № 3. – С. 232-239. – doi: 10.15829/1728-8800-2020-2562.

4. Первый российский консенсус по количественной оценке приверженности к лечению: основные положения, алгоритмы и рекомендации / О. М. Драпкина, М. А. Ливзан, А. И. Мартынов [и др.] // Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2018. – Т. 13, № 1-2. – С. 259-271. – doi: 10.14300/mnnc.2018.13039.

CLINICAL USE OF METHODS FOR DETERMINING TREATMENT ADHERENCE

Kotlyarenko D.O.

*Grodno State Medical University
Grodno, Belarus*

Having studied the most popular questionnaires and scales for assessing treatment adherence in clinical settings, it is safe to say that their use can impact the quality of medical care provided to patients. Personality traits and treatment attitudes are crucial for maintaining compliance.

ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ РЕАКЦИЙ У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН ПРИ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Лапанов П.С.

Гомельский государственный медицинский университет

Гомель, Беларусь

pavellapanov@gmail.com

Введение. Эссенциальная артериальная гипертензия (АГ) – психосоматическое заболевание, на течение которого значительную роль оказывает эмоциональность человека. Принято считать, что женщины отличаются большей эмоциональностью, поэтому эмоциональный фактор должен у них играть большую роль, чем у мужчин [1, с. 113]. Изучение особенностей эмоциональных реакций в ответ на стрессовое событие позволит обосновать применение психотерапевтических методов при лабильном течении АГ у женщин.

Цель. Изучить особенности эмоциональных реакций у мужчин и женщин для обоснования применения дополнительных психотерапевтических методов при лабильном течении АГ.

Задачи: 1) сравнить выраженность психологических факторов у мужчин и женщин, способных влиять на силу эмоциональных реакций; 2) сравнить различия в силе эмоциональных реакций модальностей «Гнев», «Страх», «Печаль» и «Радость», полученных в ходе клинической ролевой игры; 3) предложить методы психокоррекции повышенной эмоциональной реактивности при лабильном течении АГ у женщин.

Дизайн: обсервационное исследование в специально сформированных группах.

Материалы и методы исследования. Тест Индекс жизненного стиля (ИЖС), тест ЭмИн Д.В. Люсина (ЭмИн), Торонтская шкала алекситимии (TAS 21 R). Эмоциональный ответ вызывали в процессе клинической ролевой игры, которая протекала в форме диалога между исследователем в роли антагониста (врач-психиатр-нарколог) и испытуемым в роли антагониста (пациентом кардиологического отделения). Последовательно воспроизводили психогенные ситуации с вызовом эмоций гнева, страха, печали и радости. Между состояниями эмоционального возбуждения делали релаксационные перерывы 5-10 минут. Модальность и интенсивность эмоционального ответа оценивали экспертным методом по изменению мимики и тональности голоса, жестикуляции, смене позы и вегетативных реакций [2, с. 4]. Предварительные статистические расчеты проводили в программе Microsoft Excel. Окончательные расчеты проводили в лицензионном статистическом пакете STATISTICA 10 (TIBCO Software). Статистический анализ данных проведен в соответствии с требованиями доказательной медицины при уровне статистической значимости $\alpha < 0,05$.

Всего исследовали 105 пациентов кардиологического отделения Речицкой центральной районной больницы. Женщин было 42 (40,0%), мужчин 63 (60,0%). Городских жителей было 83 (79,1%), сельских – 22 (20,9%). Среднее и среднеспециальное образование имели 74 (70,5%), высшее – 31 (29,5%). Семейных было 85 (80,9%), одиноких – 20 (19,1%). АГ 1 степени выявлено у 19 (18,1%), АГ 2 степени – у 47 (44,8%), АГ 3 степени – у 20 (19,1%). Не выявлено АГ у 19 (18,1%). Группы мужчин и женщин статистически не отличались между собой по социальным и клиническим признакам (таблицы сопряженности, U-тест). Средний возраст женщин составил $55,1 \pm 12,4$ лет, мужчин – $45,3 \pm 16,0$ лет, различие статистически значимо, t-тест, двусторонний $p=0,002$.

Результаты исследования. По тесту ИЖС, оценка необработанных баллов, у женщин напряженность психологической защиты «Реактивное образование» (5,92) была выше, чем у мужчин (3,78), различие статистически значимо, U-тест, $p=0,012$. По тестам ЭМИн, TAS 21 R статистических различий между группами не было. Эмоциональный ответ модальности «Радость» у женщин (6,95) был статистически значимо выше, чем у мужчин (5,97), U-тест, $p=0,022$. По эмоциям модальностей «Гнев», «Страх» и «Печаль» статистических различий в интенсивности не было. Психологическая защита «Реактивное образование» способствует устранению неприятных переживаний путем усиления противоположных эмоций. Практически это проявляется склонностью к приятным воспоминаниям, благодушием и игнорированием неприятностей.

Выводы. Обнаружено различие психоэмоциональных реакций между мужчинами и женщинами, которое проявляется усилением психологической защиты «Реактивное образование» и более сильным эмоциональным ответом модальности «Радость» у женщин. Данная реакция является защитной и направлена на компенсирование негативных переживаний негативно влияющих на течение АГ. Обнаружение в ходе беседы у пациенток с АГ признаков благодушия, беспечности требует оценки клинического течения АГ и чувствительности к эмоциональным стрессам.

Литература

1. Карабущенко, Н. Б. Возрастные особенности эмоционального интеллекта у женщин разного возраста / Н. Б. Карабущенко, Н. Н. Зорина // Вестник Оренбургского государственного университета. – 2018. – № 4(216). – С. 108-117. – doi: 10.25198/1814-6457-216-108.

2. Нагрузочная психоэмоциональная электрокардиографическая проба : медицинская технология / П. С. Лапанов, С. А. Игумнов, Е. В. Гуткевич [и др.]. – Гомель, Минск, Томск : Типография «Иван Федоров», 2015. – 24 с.

CHARACTERISTICS OF EMOTIONAL REACTIONS IN MEN AND WOMEN WITH ESSENTIAL ARTERIAL HYPERTENSION

Lapanov P.S.

*Gomel State Medical University
Gomel, Belarus*

A difference in psychoemotional reactions between men and women has been identified, manifested by a stronger "Reactive Formation" psychological defense mechanism and a stronger emotional response of the "Joy" modality in women. This reaction is protective and aimed at compensating for negative experiences that negatively impact the course of hypertension. The discovery of signs of complacency and carelessness in female patients with hypertension during interviews requires an assessment of the clinical course of hypertension and sensitivity to emotional stress.

ИНДИВИДУАЛЬНО-ТИПОЛОГИЧЕСКИЕ КОРРЕЛЯТЫ СОЦИАЛЬНО АГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Лысенко Н.Е., Кабанова Т.Н.

*Национальный медицинский исследовательский центр
психиатрии и наркологии имени В.П.Сербского
Москва, Россия
nlisenko@yandex.ru*

Введение. Актуальность выделения предикторов рецидива социально агрессивного поведения объясняется вероятностью совершения повторных общественно опасных действий (ООД) ранее осужденными лицами, возвращающимися из зоны СВО [1], а также необходимостью прогноза и превенции повторных ООД психиатрических пациентов [2]. Целесообразность использования индивидуально-типологических характеристик в прогнозе рецидивности объясняется их биологической детерминированностью [3]. Вместе с тем, и правовые нормы постулируют значимую роль в субъективной причине преступления нравственно – психологическим особенностям, содержание которых представлено темпераментом и другими личностными конструктами [4].

Цель исследования. Построение модели прогноза совершения повторных агрессивно-насильственных ООД, с дополнением социально-демографических, клинических и патопсихологических переменных индивидуально-типологическими переменными.

Материалы и методы. Исследование проведено на группе 67 мужчин, средний возраст которой составил $33,66 \pm 11,44$ лет. Группа состояла из 23 психически здоровых лиц и 44 лиц с психическими расстройствами,

относящимися к нозологическим категориям: шизофрения, хронические бредовые расстройства (F20); органические психические расстройства (F07); умственная отсталость (F70); синдромы зависимости (F10 – 19); расстройства личности (F60-69). В результате проведения КСППЭ, рекомендовано считать вменяемыми в отношении совершенных правонарушений 27 человека, признаны судом невменяемыми и находящиеся на принудительном лечении – 40 человек. Лица, совершившие ООД повторно (второй, третий и четвертый раз) составили 38 человек. Обследование осуществлялось в ГКУЗ «Психиатрической клинической больнице № 5 ДЗМ» и ФГБУ «Национальном медицинском исследовательском центре психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России.

Применялись опросники: «Самоконтроль», включающий шкалы «склонность к риску», «несдержанность», «предпочтение простых задач», «физическая активность», «эгоцентризм», «импульсивность» (Н.Grasmick с соавт., 1993); опросник Кавера-Уайта, включающий шкалы «торможение поведения», «активация получения удовольствия», «активация достижения цели», «активация получения поощрения» (С.S.Carver, Т.L.White, 1994); опросник Айзенка PEN, включавший шкалы «экстраверсия», «нейротизм», «психотицизм», «лживость»; опросник А.Басса и М.Пери, включающий шкалы «физическая агрессия», «враждебность», «гнев» (А.Buss, М.Perry, 1992); опросник формально-динамических свойств индивидуальности В.М.Русалова, включающий шкалы коммуникативной, психомоторной и интеллектуальной эргичности, пластичности, скорости и эмоциональности.

Наряду со стандартизированными инструментами оценки использовались социально-демографические и клинические показатели, а также данные, полученные при проведении патопсихологического обследования. Статистическая обработка проводилась с использованием дискриминантный анализ с построением ROC-кривых в пакете SPSS 26.0

Результаты исследования. При проведении дискриминантного анализа построена дискриминантная функция, характеризующая вероятность совершения повторных общественно опасных действий:

$У_{\text{повторные ООД}} = - 0,967 - 0,25 * \text{торможение поведения} - 0,1 * \text{интеллектуальная эргичность} + 0,1 * \text{коммуникативная эргичность} + 0,2 * \text{интеллектуальная скорость} - 0,1 * \text{враждебность} - 2,7 * \text{отклоняющееся поведение в детстве} + 1,36 * \text{операциональный аспект без нарушений} + 2,66 * \text{снижение уровня обобщения} - 1,77 * \text{агрессивность и конфликтность} + 1,16 * \text{общительность}$, где первые пять переменных представляют индивидуально-типологические особенности.

Константа дискриминации равна 0,219, в соответствии с которой при значении функции ниже этого показателя обследуемый относился к группе высокого риска совершения повторных ООД. Сравнение средних значений дискриминантной функции (λ Уилкса) подтвердило наличие статистически значимых различий ($p=0,000$). Чувствительность модели составила 94,7%, специфичность – 100%. 97% наблюдений было сгруппировано верно. Площадь под ROC-кривой составила 0,953, что свидетельствует о высоком качестве модели.

Хотя значение канонических коэффициентов в модели заметно ниже, чем коэффициентов патопсихологических переменных и социально-демографических показателей, однако, при построении дискриминантной модели после удаления индивидуально-типологических переменных ее объяснительная способность снизилась до 65,7%, чувствительность – до 55,3%, специфичность – до 79,3%.

Выводы. В результате исследования был выявлен вклад индивидуально-типологических переменных «торможение поведения» (BIS), «коммуникативная эргичность», «интеллектуальная эргичность», «интеллектуальная скорость» и «враждебность» в отнесение лиц к группе риска совершения повторных ООД, которая обладает высокой чувствительностью и специфичностью, что подтверждает высокую значимость индивидуально-типологических характеристик в прогнозе повторного совершения ООД.

Литература

1. Маслов, В. А. Влияние специальной военной операции на преступность в России / В. А. Маслов // Lex Russica (Русский закон). – 2025. – Т. 78, № 3(220). – С. 98-119. – doi: 10.17803/1729-5920.2025.220.3.098-119.

2. Клинико-социальные характеристики лиц с тяжёлыми формами психической патологии и гетероагрессивным поведением / О. А. Макушкина, А. В. Оспанова, А. В. Фролова, В. А. Голенкова // Российский психиатрический журнал. – 2021. – № 5. – С. 21-28. – doi: 10.47877/1560-957X-2021-10503.

3. O'connor, R. M. Distinguishing BAS risk for university students' drinking, smoking, and gambling behaviors / R. M. O'connor, M. C. Watt, S. H. Stewart // Personality and Individual Differences. – 2009. – Vol. 46, № 4. – P. 514-519. – doi: 10.1016/j.paid.2008.12.002.

4. Моргунов, С. В. Роль психологических детерминантов в генезисе рецидивной преступности / С. В. Моргунов // Юридическая наука и правоохранительная практика. – 2018. – № 2 (44). – С. 87-93.

INDIVIDUAL-TYOLOGICAL CORRELATES OF SOCIALLY AGGRESSIVE BEHAVIOR

Lysenko N.E., Kabanova T.N.

*Serbsky National Medical Research Center of Psychiatry and Addiction
Moscow, Russia*

As a result of the study, the contribution of individual-typological variables “behavioral inhibition” (BIS), “communicative ergicity”, “intellectual ergicity”, “intellectual speed” and “hostility” in classifying individuals into a risk group for repeated violent crimes was revealed, which has high sensitivity and specificity, which confirms the high significance of individual-typological characteristics in predicting the repeated commission of violent crimes.

ВКЛАД ЧЕРТ ТЕМНОЙ ТРИАДЫ В ПРОЯВЛЕНИЕ ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ

Мерзляков Д.Е.

*Пермский государственный национальный исследовательский университет
Пермь, Россия
pedagogika-online@mail.ru*

Введение. Эмоциональное благополучие отражает соотношение позитивных и негативных эмоциональных состояний среди переживаний человека [1]. По данным Л.В. Максименко и др. (2025), среди 177 студентов признаки аффективных расстройств выявлены у 63.3%, причем депрессия (50.8%) превалирует над тревогой (32.2%) [3]. Одним из факторов, потенциально связанных с эмоциональным благополучием, в нашем исследовании рассматриваются черты Темной триады – нарциссизм, макиавеллизм и психопатия, характеризующиеся эгоцентризмом, сниженной эмпатией и межличностной манипулятивностью [2]. Исследования показывают неоднозначную роль данных черт в психологическом функционировании. Так, нарциссизм может выполнять буферную функцию по отношению к стрессу и субъективному неблагополучию, тогда как психопатия и макиавеллизм чаще связаны с ухудшением психического и физического здоровья [5].

Сохраняется дискуссия относительно роли черт Темной триады в эмоциональном благополучии. С одной стороны, данные характеристики связаны с межличностными трудностями и могут выступать факторами психологической дезадаптации [2]. С другой стороны, в условиях неопределенности и стресса они могут способствовать эмоциональной дистанцированности и устойчивости к внешним стрессорам [4]. В связи с этим остается открытым вопрос: являются ли черты Темной триады механизмом адаптации или же выступают предикторами эмоциональных нарушений, таких как тревога и депрессия.

Цель исследования. Выявить вклад черт Темной триады (макиавеллизма, психопатии и нарциссизма) в проявление тревоги и депрессии.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 356 студентов Пермского государственного национального исследовательского университета в возрасте от 18 до 25 лет ($M=19.51$, $SD=1.80$), из них 296 женщин и 60 мужчин. Сбор данных осуществлялся с использованием специализированной онлайн-платформы, а в качестве инструментов применялись Шкала тревоги А. Бека, Шкала самооценки депрессии Цунга и Короткий опросник Темной триады. Для анализа данных использовались описательная статистика (минимальное (Min), максимальное (Max) значение, среднее арифметическое (M), стандартное отклонение (SD), асимметрия (As), эксцесс (Ex)), корреляционный анализ Пирсона и линейный регрессионный анализ. Статистическая обработка проводилась с помощью программы JASP (версия 0.19.3).

Результаты исследования. Deskриптивные характеристики переменных представлены в таблице 1.

Таблица 1. – Deskриптивные характеристики исследуемых переменных

Переменные	Min	Max	M	SD	As	Ex
1. Тревога	21	69	37.71	10.21	0.62	0.34
2. Депрессия	21	67	39.26	8.79	0.45	0.18
3. Нарциссизм	11	40	25.17	5.91	0.16	0.37
4. Макиавеллизм	10	45	28.49	5.96	-0.16	0.18
5. Психопатия	9	40	16.93	5.38	0.97	1.10

Полученные значения среднего арифметического и стандартного отклонения отражают умеренный уровень выраженности исследуемых психологических характеристик в выборке. Обнаружено, что распределения исследуемых переменных находятся в пределах допустимых значений. Наиболее выраженная положительная асимметрия наблюдается по шкале психопатии, что указывает на преобладание низких значений данного показателя у большинства респондентов. Распределения переменных можно считать близкими к нормальным, что позволяет применять параметрические методы анализа.

Результаты корреляционного анализа представлены в таблице 2.

Таблица 2. – Корреляционные связи черт Темной триады с тревогой и депрессией

Переменные	Тревога	1	2	3
1. Депрессия	0.63*	-		
2. Нарциссизм	-0.16**	-0.26*	-	
3. Макиавеллизм	0.15**	0.16**	0.25*	-
4. Психопатия	0.20*	0.27*	0.37*	0.52*

* $p < 0.001$, ** $p < 0.01$

Между тревогой и депрессией выявлена статистически значимая сильная положительная связь, что свидетельствует о высокой коморбидности данных эмоциональных состояний. Обнаружены слабые положительные связи психопатии с тревогой и депрессией, аналогичные связи выявлены для макиавеллизма. В отличие от других компонентов Темной триады, нарциссизм демонстрирует слабые отрицательные связи с негативными состояниями.

Проведен линейный регрессионный анализ (таблица 3).

Таблица 3. – Вклад черт Темной триады в проявление тревоги и депрессии

Параметры	Тревога		Депрессия		Коллинеарность	
	β	T	β	t	толерантность	VIF
Свободный член	-		-		-	-
Психопатия	0.29*	5.40	0.43*	8.47	0.86	1.16
Нарциссизм	-0.09*	-4.86	-0.42*	-8.21	0.86	1.16

* $p < 0.001$

Значимыми предикторами тревоги выступают психопатия и нарциссизм. Модель статистически значима ($F(3,352)=13.47$, $p<0.001$) и объясняет 10% дисперсии тревоги ($R^2=0.10$). При анализе депрессии также выявлены два значимых предиктора: психопатия и нарциссизм. Данная модель является статистически значимой ($F(3,352)=34.06$, $p<0.001$) и объясняет 22% дисперсии депрессии ($R^2=0.22$). Макиавеллизм не продемонстрировал значимого вклада в объяснение вариативности тревоги и депрессии и исключен из итоговых моделей. Не обнаружена мультиколлинеарность между предикторами.

Выводы. В результате исследования выявлен разнонаправленный вклад компонентов Темной триады в эмоциональное благополучие респондентов. Психопатия связана с повышением уровня тревоги и депрессии, что отражает ее связь с импульсивностью, дефицитом эмпатии и межличностными трудностями. Вместе с тем, у человека с выраженной психопатией может формироваться эмоциональная дистанция, которая в ряде случаев снижает внешнюю стрессовую нагрузку за счет выстраивания жестких границ [2; 4]. Нарциссизм демонстрирует обратную зависимость: отрицательные корреляции с тревогой и депрессией указывают, что грандиозное самовосприятие и высокая самооценка у человека могут снижать субъективное переживание негативных эмоций и обеспечивать краткосрочную адаптацию в стрессовых ситуациях [2]. Макиавеллизм, несмотря на наличие слабых связей, не оказался статистически значимым предиктором. Таким образом, у человека с выраженными чертами Темной триады сосуществует сочетание краткосрочной адаптивной устойчивости и скрытых эмоциональных трудностей. Грандиозность нарциссизма может поддерживать внешнюю уверенность и снижать тревогу, тогда как психопатия связана с повышением эмоционального напряжения и ограничением способности к формированию поддерживающих социальных связей [2; 5]. Следовательно, диагностика тревоги и депрессии должна учитывать не только риски, но и потенциальные адаптивные механизмы, отражающие отношение между защитой психики и уязвимостью к эмоциональным нарушениям.

Литература

1. Горбатков, А. А. Эмоциональное благополучие и общительность: кросскультурный аспект / А. А. Горбатков // Культурно-историческая психология. – 2008. – № 3. – С. 33-38.
2. Егорова, М. С. Темная триада / М. С. Егорова, М. А. Ситникова // Психологические исследования. – 2014. – Т. 7, № 38. – С. 12.
3. Анализ распространённости тревоги и депрессии среди студентов международного университета по шкале HADS / Л. В. Максименко, Д. А. Канева, О. У. Учечукву, М. Синклэр // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2025. – № 3. – С. 30-45. – doi: 10.24412/2312-2935-2025-3-30-45.
4. Jonason, P. K. I just cannot control myself: The Dark Triad and self-control / P. K. Jonason, J. Tost // Personality and Individual Differences. – 2010. – Vol. 49, № 6. – P. 611-615.

5. Dorian Gray without his portrait: Psychological, social, and physical health costs associated with the Dark Triad / P. K. Jonason, H. M. Baughman, G. L. Carter, P. Parker // Personality and Individual Differences. – 2015. – Vol. 78. – P. 5-13.

DARK TRIAD TRAITS AS PREDICTORS OF ANXIETY AND DEPRESSION

Merzlyakov D.E.

*Perm State National Research University
Perm, Russia*

The study examined the contribution of the Dark Triad traits (narcissism, Machiavellianism, and psychopathy) to the manifestation of anxiety and depression in students (N=356, aged 18-25). Emotional states were assessed using the Beck Anxiety Inventory, the Zung Self-Rating Depression Scale, and the Short Dark Triad Questionnaire. Correlational and linear regression analyses were conducted. The results revealed a differential contribution of the Dark Triad components: psychopathy was associated with higher levels of anxiety and depression, narcissism with lower levels, while Machiavellianism did not emerge as a significant predictor. The findings indicate a combination of short-term adaptive resilience and underlying emotional difficulties in individuals with pronounced Dark Triad traits.

АМЕЖНАЯ АСОБА: ПРАСТОРАВА-ЧАСАВЫ АСПЕКТ

Мікуловіч Т.І.¹, Корсак В.У.²

¹*Мінскі абласны клінічны цэнтр “Псіхіятрыя-Наркалогія”*

²*Рэспубліканскі цэнтр праблем чалавека
Беларускага дзяржаўнага ўніверсітэта
Мінск, Беларусь
mikulovic@mail.ru*

Уводзіны. Апошнім часам назіраецца імкненне псіхіятраў да асэнсавання складанага па сваёй арганізацыі памежнага расстройства асобы (ПРА), адметнага сумяшчэннем ў чалавека супрацьлеглых якасцяў, што выклікаюць парушэнні яго функцыянавання, успрымання самога сябе і ўзаемадзеяння са сваім атачэннем.

Само вызначэнне «памежная» сведчыць пра тое, што ўнутраная структура асобы недасканалая, а свядомасць чалавека балансуе на яе размытых межах.

У працэсе развіцця чалавека на працягу першых 3-5 гадоў ў псіхіцы чалавека фарміруецца нармальна амбівалентнасць, што ўвасабляецца ў базавых бінарных апазіцыях: «Я» – «іншы», «маё» – «чужое», «добрае» – «кепскае», шляхам інтэрыярызацыі якіх чалавек ўсведамляе самога сябе і

навакольнае асяроддзе.

У анамнезе людзей з ПРА фігуруюць страта бацькоў у раннім дзяцінстве, псіхічныя расстройствы ў членаў сям'і, дзіцячыя сексуальныя траўмы, неадпаведнае стаўленне бацькоў да дзіцяці, асабліва з боку канфліктнай, дыстантнай ці гіперпрацэктывнай маці, адваржэнне бацькамі і разлука з імі.

Мэта даследавання. Знайсці базавую апору для больш глыбокага асэнсавання клінічных сімптомаў ПРА у аспекце парушэнняў прасторава-часавай арганізацыі чалавека.

Аб'ектам для абмеркавання выступае стан унутраных межаў прасторава-часавай мадэлі (ПЧМ) чалавека, іх устойлівасці, абароназдольнасці, ад якіх залежаць асаблівасці ўзаемадзеянняў яго з навакольным светам.

ПРА адносіцца да спецыфічных расстройстваў асобы (шыфр F60 паводле МКБ-10), пад якімі разумеецца цяжкае парушэнне характаралагічнай канстытуцыі і паводзінскіх тэндэнцый індывіда, што злучае некалькі сфер асобы і суправаджаецца асобаснай і сацыяльнай дэзінтэграцыяй.

Матэрыялам для дадзенага даследавання паслужылі вынікі назіранняў за паводзінамі такіх асобаў у паўсядзённым жыцці, даследаванняў на базе РНПЦ псіхічнага здароўя, Мінскага абласнага клінічнага цэнтра «Псіхіятрыя – Наркалогія», а таксама псіхалагічнага тэсціравання ў «Рэспубліканскім цэнтры праблем чалавека Беларускага дзяржаўнага ўніверсітэта.

Дзеля выяўлення характэрных для дадзенага адхілення сімптомаў у нашай працы выкарыстоўваліся метады інтэрв'ю, дзе высвятлялася здольнасць чалавека да тэсціравання рэальнасці, наяўнасці пастаяннай трывогі і здольнасць кантраляваць свае імпульсы. Каб выявіць схаваныя сімптомы, уключаліся метады правакацыі, канфрантацыі, унясення рэальнасці. У здаровых людзей, як паказалі нашы даследаванні, унутры арганізуючай ПЧМ знаходзіцца прасторава-часавая спіраль – асноўны яе рухавік па выпрацоўцы ўнутранай энергіі чалавека, праца якой вызначае змены індывідуальных прасторы і часу [1, с. 27; 2].

Пры недасканалай арганізацыі ПЧМ яе межы знішчаюцца і становяцца “размытымі”, а сама мадэль, якая ў здаровых людзей прадукуюць ўнутраную энергію, ператвараецца ў непаўнавартасную, якая падчас выбуховых эмацыйных разрадаў у пацыентаў паступова руйнуецца. Гэта прыводзіць іх да неадчування самых сябе. Пустата вікарна запаўняецца фантазіямі, што замяшчаюць недакладна ацэньваемую рэальнасць. Запасы энергіі чалавека ўсё больш вычэрпваюцца, што прыводзіць да анігіляцыі гэтай мадэлі. Гэта няўхільна прыводзіць асобу да дэарыентацыі і дэрэалізацыі ў самым сябе і ў навакольным асяроддзі. Асобы з такой арганізацыяй становяцца не здольнымі да фізічнай і разумовай дзейнасці, і, у рэшце рэшт, – інвалідыруюцца. Іх індывідуальная ПЧМ эфектыўна працаваць больш не можа, а сама спіраль паступова становіцца нядзейнай, у выніку чаго яна губляе сваю цэласнасць.

Пры фарміраванні ПРА ў свядомасці людзей узнікае дыхатамія з стварэннем індывідуальных паталагічных дыядаў, якія звычайна праяўляюцца ў падлеткавым узросце і захоўваюцца на працягу ўсяго жыцця чалавека, маючы

негатыўны ўплыў на яго функцыянаванне і адаптацыю ў сваім атачэнні.

ПРА часта бывае ў прызыўным узросце [3]. Апішам дадзенае расстройство на выяўленым намі прыкладзе.

Прызыўнік В.Д. 2005 г.н., з'явіўся ў раённы ваенкамат для праходжэння медыцынскай камісіі. Сям'я, у якой ён жыве, няпоўная, бацькі ў разводзе. Маці інжынер, працуе на заводзе. Яна мае ўладны характар, імператыўна патрабуе ад дзяцей строгага выканання яе патрабаванняў.

У раннім дзяцінстве Д. рос і развіваўся без асаблівасцяў. У школу пайшоў у 7-гадовым узросце. Цяпер вучыцца ў 11-м класе сярэдняй школы. Да 15 гадоў нічым асаблівым сябе ў школе не праяўляў.

З 8-га класа стаў часта прапускаць заняткі ў школе да аднаго месяца запар (бо «у школе стала нецікава»). Перастаў праяўляць імкненне да вучобы. З яго словаў: «Я на уроках амаль нічога не раблю, а на першых уроках на задняй парце спію. Настаўнікі ўжо перасталі звяртаць на мяне ўвагу. Яны мяне не запытваюць, да дошкі не выклікаюць, бо мне няма чаго сказаць. Да мяне яны ніяк не ставяцца, таму што я для іх пустое месца».

У школьных справах удзелу не прымае. Сярэдня паспяховасць у вучобе нізкая. Добра паспявае па гісторыі, мае цяжкасці пры вывучэнні матэматыкі. Датчына паводзінаў у школе сказаў «дыпламатычна»: «Некаторыя паводзінскія рэакцыі добрыя», падразумеваючы, што астатнія – неадпаведныя, кепскія.

Якія-небудзь захворванні ці пашкоджанні галаўнога мозгу ў дакументацыі не зафіксаваны. Пры аглядзе: знешне хутчэй нагадвае дзяўчыну. Валасы да плячэй, пафарбаваныя ў чорны колер, часткова закрываюць твар. Абрануты ў мужчынскае адзенне згодна з сучаснай модай. Сябе ўсведамляе хлопцам. Адзначае ў сябе павышаную чулівасць, ранімасць, крыўдлівасць. Падчас размовы эмоцыі не праяўляе. Выраз твару застылы, нязменны. Мадуляцыі голасу адсутнічаюць. На ўсе пытанні адказвае каратка. Адзначыў, што ён часта «з-за дробязяў» уступае ў канфлікты, моцна злуецца, упадае ў гнеў, але фізічную сілу не прымяняе. Паведаміў, што ў яго «ўнутры нічога няма, пуста».

На пытанне пра сексуальнае жыццё адказаў, што «былі і інтымныя адносіны». Цяжка пераносіў расставанні, свае перажыванні «заядаў» вялікай колькасцю ежы, але смаку яе амаль не адчуваў. Яго мысленне лагічнае, злёгка запаволенае. Памяць і інтэлект не парушаны. Крытыка да сябе фармальная.

Пры аглядзе выяўлены множныя папярэчныя сляды ад парэзаў нажом на прадплеччах. Паведаміў, што раней шматкратна імпульсіўна наносіў сабе павярхоўныя раны на руках. Суіцыдальныя паводзіны звязвае з частымі станамі ўнутранага напружання пры канфліктах у сваім атачэнні. На момант бяседы суіцыдальныя думкі ў сябе адмаўляе.

Планаў на далейшую вучобу не мае. Звязвае іх толькі з заняткамі музыкай («Магчыма, буду граць у якім-небудзь клубе»). Адмовіўся ад даследавання і лячэння ў псіхіятрычным стацыянары, але абяцаў прымаць лячэнне па месцы жыхарства.

Вынікі даследавання. У прадстаўленым артыкуле апісаны характэрныя прыкметы памежнай арганізацыі асобы, якія могуць быць асэнсаваныя з

пункту гледжання яе прасторава-часавай арганізацыі. Пад апошняй маецца на ўвазе не столькі хронатыповыя абставіны, дзе ўдакладняецца тэрыторыя, на якой здзяйсняецца падзеі, яе канкрэтны час і працягласць («хранатоп»), а найбольш істотныя, асновапаложныя характарыстыкі, як спосаб існавання і функцыянавання чалавека, – індывідуальныя прастора і час.

Высновы.

1. Аўтарамі артыкула знойдзены новы метады вывучэння клінічнай карціны памежнай асобы шляхам вывучэння гэтага захворвання ў аспекце прасторава-часавай яе арганізацыі.

2. Паказана, што ПЧМ з'яўляецца базай для вывучэння ўсіх сімптомаў псіхічнага захворвання на прыкладзе памежнага растройства асобы.

Літаратура

1. Мікуловіч, Т. І. Прасторава-часавая тэорыя псіхічнага здароўя у чалавека / Т. І. Мікуловіч, В. У. Корсак. – Мінск : Выд. Цэнтр БДУ, 2021. – 183 с.

2. Тетеркіна, Т. И. Пространственно-временная теория психического здоровья и его расстройств: индивидуальные пространство и время как первооснова сознания человека / Т. И. Тетеркина, О. В. Корсак // Военная медицина. – 2016. – № 3 (40). – С. 70-73.

3. Cohen, P. Child development and personality disorder / P. Cohen // Psychiatr Clin North Am. – 2008. – Vol. 31, № 3. – P. 477-493. – doi: 10.1016/j.psc.2008.03.005.

BORDERLINE PERSON: SPATIAL-TEMPORARY ASPECT

Mikulovich T.I. 1, Korsak V.U. 2

¹Minsk Regional Clinical Center “Psychiatry-Narcology”,

*²Republican Center for Human Problems of the Belarusian State University
Minsk, Belarus*

The authors of the article show the connection between the described clinical picture of a borderline personality in terms of its spatial-temporal organization. The connection between such personality and the clinical picture of this disorder is revealed. The symptoms and syndromes of this disorder associated with it are described. The internal and external causes of the formation and functioning of the symptoms described in the work are indicated from the point of view of their disturbed internal structure.

ТИПОЛОГИЯ ЛИЧНОСТНЫХ СМЫСЛОВ МАТЕРИНСТВА У ЖЕНЩИН С РЕПРОДУКТИВНЫМИ ТРУДНОСТЯМИ

Николаев Е.Л., Степанова В.В.

Чувашский государственный университет имени И.Н.Ульянова

Чебоксары, Россия

nikolevmr@bk.ru, varya4511@yandex.ru

Введение. В современном мире материнство выходит за рамки биологического феномена, формируя сложную структуру личностных смыслов, связанных с идентичностью женщины, её ценностями и жизненными планами. Особую актуальность эта тема приобретает в отношении женщин с репродуктивными трудностями (бесплодие, невынашивание, неудачные попытки применения вспомогательных репродуктивных технологий – ВРТ). Желание стать матерью, являясь одним из важнейших стремлений женщины, не только не угасает при бесплодии, но часто обостряется, приобретая многомерный характер, а невозможность естественного зачатия может усиливать внутренние и внешние мотивы к состоянию материнства.

Целью данной работы является разработка типологии личностных смыслов материнства у женщин с репродуктивными трудностями.

Материалы и методы исследования: для разработки представленной в работе типологии использовались результаты анализа отечественной и зарубежной литературы по данной теме, а также результаты фокус-групп и опыта консультационной работы с женщинами детородного возраста с репродуктивными трудностями.

Результаты исследования. Несмотря на физиологическую невозможность естественного зачатия при бесплодии, биологический инстинкт продолжения рода остаётся мощным двигателем поведения. Заложенный эволюцией механизм не исчезает с диагнозом бесплодия, а трансформируется в глубинное стремление родить ребёнка – ощутить себя частью цепи поколений. Нереализованный репродуктивный потенциал порождает внутреннее беспокойство и подталкивает к поиску альтернативных путей материнства: от ВРТ до усыновления [1].

Бесплодие часто переживается как психологическая травма, ударяющая по женской идентичности. Оно воспринимается как потеря – не только возможности иметь ребёнка, но и мечты о беременности, родах, генетическом продолжении себя. Стремление стать матерью в этом контексте становится способом исцелить душевную рану.

Во многих культурах деторождение тесно связано с представлениями о женственности. Бесплодие может ощущаться как «дефект», подрывающий самооценку [2]. Материнство – даже через ВРТ или усыновление – помогает подтвердить женскую сущность и восстановить внутреннюю целостность. Парадоксально, но трудности лишь усиливают желание иметь ребёнка,

превращая его в высшую цель.

Существенную роль играют социальные и культурные нормы. С детства женщину воспитывают в парадигме, где материнство – ключевой аспект женской роли. Отсутствие детей вызывает вопросы и порой скрытое осуждение со стороны окружения. Давление семьи (ожидание внуков, вопросы родственников) и наблюдение за тем, как друзья становятся родителями, порождают чувство одиночества и подталкивают к реализации материнского опыта [3].

Для многих пар ребёнок – неотъемлемая часть полноценной семьи, символ любви и совместного будущего. Даже при использовании донорских клеток или усыновлении сохраняется желание передать семейные ценности, обеспечить преемственность поколений.

Материнство способно придать жизни новый смысл, стать источником вдохновения и способом найти цель после диагноза бесплодия. Многие женщины испытывают потребность реализовать свой потенциал заботы именно через материнство. Преодоление бесплодия – лечение, выбор альтернатив, адаптация – требует силы духа и становится путём личностного роста [4].

Иногда материнство выступает способом компенсировать нереализованные аспекты жизни или достичь ощущения «нормальности». В обществе, где наличие детей считается нормой, бездетность может восприниматься как отклонение. Абстрактное обретение материнства позволяет почувствовать себя «как все». Некоторые женщины, пережившие трудное детство, стремятся создать для своего ребёнка идеальную семью – исправить ошибки своих родителей [5].

Таким образом, желание стать матерью у женщины с бесплодием – многослойный феномен. Оно коренится в биологических импульсах, но усиливается психологической травмой, угрозой идентичности, социокультурным давлением и потребностями в любви, смысле жизни и самореализации. Путь к материнству в таких условиях бывает долгим и изнурительным, но сила этого стремления подчёркивает фундаментальное значение материнства для человеческого существования.

Предложенная нами типология личностных смыслов материнства у женщин с репродуктивными трудностями представляет собой перечень из шести групп смыслов в структуре большинства которых дополнительно выделены по несколько их вариантов с краткими пояснениями, приведенными в скобках.

1. Нереализованная генеративная доминанта (неудовлетворенный биологический инстинкт и эволюционная программа).

2. Травма репродуктивной идентичности (психологическая травма и угроза идентичности):

- репродуктивная компенсация (потеря и горе);
- восстановление гендерной идентичности (угроза женственности);
- фрустрационная гипермотивация (усиление желания из-за недоступности);

3. Социокультурный прессинг (социокультурное давление и ожидания):

- культурный репродуктивный императив (общественные идеалы);
- семейный репродуктивный императив (семейные ожидания);
- социальная репродуктивная депривация (чувство исключенности).

4. Репродуктивная незавершенность семейной системы (желание полноценной семьи и партнерства):

- генеративная консолидация пары (завершение семейного цикла);
- аффилиативная репродуктивная консолидация (любовь к партнеру и общие мечты);
- трансгенерационная репродуктивная трансмиссия (продолжение рода и фамилии).

5. Генеративность как форма самоактуализации (поиск смысла, самореализации и личностного роста):

- экзистенциальная генеративность (новый смысл жизни);
- реализация альтруистической потребности (реализация потенциала заботы);
- мобилизация личностного потенциала (личностный рост).

6. Достижение социальной нормативности (компенсация и стремление к нормальности):

- восстановление нормативного социального статуса (возврат к «нормальной» жизни);
- реконструкция идеальной семьи (желание переосмыслить свой опыт).

Выводы. Таким образом, предложенная оригинальная типология личностных смыслов материнства у женщин с репродуктивными трудностями может быть использована для разработки диагностического инструмента при работе с данным контингентом женщин. Данная типология также может быть интегрирована в психотерапевтическую работу и психологическое консультирование в перинатальной психологии и семейно-брачном консультировании.

Литература

1. Филиппова, Г. Г. Психологические аспекты вспомогательных репродуктивных технологий: обзор зарубежных и Российских исследований / Г. Г. Филиппова // Современная зарубежная психология. – 2022. – Т. 11, № 1. – С. 26-38. – doi: 10.17759/jmfp.2022110103.

2. Иванова, А. Р. Медико-психологические аспекты женского бесплодия / А. Р. Иванова // Вестник Московского государственного областного университета. Серия: Психологические науки. – 2010. – № 2-1. – С. 42-46.

3. Спиридонов, Д. В. Феномен отложенного материнства и вспомогательные репродуктивные технологии: социально-экономические и демографические аспекты / Д. В. Спиридонов, И. Г. Полякова // Мир России. Социология. Этнология. – 2024. – Т. 33, № 3. – С. 75-98. – doi: 10.17323/1811-038X-2024-33-3-75-98.

4. Бендас, Т. В. Мотивы рождения ребенка при бесплодии родителей / Т. В. Бендас, О. С. Карымова // Вестник Санкт-Петербургского университета.

Серия 12. Психология. Социология. Педагогика. – 2010. – № 3. – С. 190-195.

5. Фоменко, Г. Ю. Психологические проблемы женского бесплодия в контексте личностных противоречий (экзистенциальные аспекты) / Г. Ю. Фоменко // Человек. Сообщество. Управление. – 2008. – № 4. – С. 17-29.

A TYPOLOGY OF PERSONAL MEANINGS OF MOTHERHOOD IN WOMEN WITH REPRODUCTIVE DIFFICULTIES

Nikolaev E.L., Stepanova V.V.

*Chuvash State University named after I.N.Ulyanov
Cheboksary, Russia*

This paper presents a typology of personal meanings of motherhood for women facing reproductive difficulties, comprising six main categories: unfulfilled generative dominance, trauma to reproductive identity, sociocultural pressure, reproductive incompleteness of the family system, generativity as a form of self-actualization, and the attainment of social normativity. This typology can be utilized for the development of diagnostic tools, as well as in psychotherapeutic practice and counseling within the fields of perinatal psychology and marriage and family therapy.

КОНЦЕПЦИЯ НАРУШЕНИЙ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ: КОНТЕКСТ ПРОФИЛАКТИКИ, НАПРАВЛЕННОЙ НА ИНОСТРАННЫХ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ

Николаев Е.Е., Орлов Ф.В.

*Чувашский государственный университет имени И.Н.Ульянова
Чебоксары, Россия
nikegev@bk.ru, orlovf@yandex.ru*

Введение. В современном мире психическое здоровье признано неотъемлемым компонентом общего благополучия и ключевым ресурсом развития общества. Согласно материалам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), оно лежит в основе способности человека принимать решения, строить отношения и вносить вклад в созидание мира. Психическое здоровье представляет собой непрерывный континуум, индивидуальный для каждого человека, в рамках которого он сталкивается с комплексным влиянием биологических, социальных и психологических факторов. В зависимости от уровня стресса и ресурсов личности это взаимодействие может приводить к различным социальным и клиническим последствиям [1].

Особую уязвимость в этом континууме демонстрируют иностранные студенты-медики [2]. Их положение уникально тем, что они находятся на

пересечении двух мощных стрессогенных векторов: профессионального (академический стресс, присущий обучению медицине) и кросс-культурного (аккультурационный стресс, связанный с адаптацией к чужой культуре и языку). Это диктует необходимость пересмотра традиционных подходов к психопрофилактике [3]. Руководство современной концепцией нарушений психического здоровья позволяет сделать профилактическую работу более своевременной, адресной, культуро-специфичной и индивидуализированной, что и определяет актуальность данного исследования.

Цель работы: обосновать применение расширенной концепции нарушений психического здоровья (от донозологического уровня до клинически очерченных расстройств) как теоретической основы для построения системы профилактики, ориентированной на специфические потребности иностранных студентов-медиков.

Материалы и методы исследования: теоретической основой работы послужили аналитические обзоры и нормативные документы Всемирной организации здравоохранения, а также современные научные публикации, посвященные проблемам психического здоровья студентов-медиков и вопросам аккультурации. В исследовании применялись методы системного анализа, синтеза научной информации и концептуального моделирования, позволившие интегрировать данные медицинских (психиатрия) и гуманитарных (медицинская психология) дисциплин для построения целостной картины.

Результаты исследования. ВОЗ рассматривает нарушения психического здоровья (mental health conditions) как собирательное понятие, охватывающее: собственно психические расстройства (mental disorders) с четкой нозологической принадлежностью; психосоциальные ограничения и инвалидность (psychosocial disabilities), а также иные психические состояния (mental states), сопряженные со значительным дистрессом, функциональными нарушениями или риском самоповреждения [1]. Несмотря на отсутствие окончательного консенсуса в научном сообществе относительно дефиниций [4], для решения задач профилактики среди иностранных учащихся наиболее продуктивным представляется подход ВОЗ, базирующийся на концепции психического благополучия. Современные научные взгляды все чаще склоняются к необходимости междисциплинарного изучения этой проблемы, что позволяет провести целостный анализ совокупности биопсихосоциальных факторов, определяющих состояние здоровья иностранных студентов [5].

Применительно к задачам нашего исследования концепция нарушений психического здоровья конкретизирована с учетом специфики студенческой популяции. Традиционное для отечественной психиатрии понимание уровней расстройств (пограничный/психотический) дополнено патологическими состояниями, характерными именно для данного контингента. В связи с этим целесообразно рассматривать нарушения психического здоровья в комплексе, включающем два основных уровня:

1) клинически выраженные психопатологические состояния – психические и поведенческие расстройства пограничного или психотического

уровня, имеющие четкую нозологическую принадлежность и требующие специализированной психиатрической помощи;

2) донозологические (клинически невыраженные) состояния – преходящие состояния психического неблагополучия, принимаемые как состояния «нездоровья». Они включают в себя реакции дезадаптации, стрессогенные реакции (например, на академический или аккультурационный стресс) и другие формы дистресса, не достигающие критериев психического расстройства.

Данный подход имеет решающее значение для организации профилактики среди иностранных студентов-медиков, так как позволяет начинать вмешательство уже на уровне донозологических нарушений. Это особенно актуально в силу ряда ограничений, характерных для данной группы. В дополнение к высокой стигматизации психиатрической помощи в целом, для иностранных студентов-медиков характерны следующие барьеры:

- аккультурационный стресс – пребывание в иной социокультурной среде само по себе является мощным стрессором, требующим значительных адаптационных ресурсов;

- академический стресс – обучение медицине сопряжено с высокой интенсивностью, эмоциональными перегрузками и синдромом «ипохондриии третьего курса», что усугубляет общее состояние.

- видимость мнимого благополучия – страх перед академической неуспеваемостью, которая для иностранца чревата не просто отчислением, а необходимостью выезда из страны, потерей средств и миграционными ограничениями, заставляет студентов скрывать признаки неблагополучия до последнего;

- культурные особенности соматизации – представляя страны с традиционной культурой, студенты более склонны к соматизации психических симптомов, предъявляя жалобы на физическое недомогание, что затрудняет своевременную диагностику истинных причин страдания.

Таким образом, ориентир на расширенное понимание нарушений психического здоровья позволяет строить профилактику не как реакцию на уже развившееся заболевание, а как превентивную стратегию в рамках программ адаптации.

Выводы. Принятие концепции нарушений психического здоровья, включающей как клинические, так и донозологические состояния, открывает новые перспективы для организации психопрофилактической работы с иностранными студентами-медиками. Понимание психического здоровья как континуума, а не дихотомии «здоров – болен», позволяет:

- действовать своевременно, выявляя студентов в состоянии дистресса на ранних этапах, до манифестации тяжелых расстройств;

- работать адресно, учитывая специфическое сочетание аккультурационного и академического стресса как основных мишеней вмешательства;

- учитывать культурную специфику, разрабатывая программы,

чувствительные к особенностям восприятия психических проблем (соматизация) и снижающие стигматизацию;

- индивидуализировать помощь, рассматривая каждого студента как уникальную точку на континууме «благополучие — нездоровье — расстройство» с его собственным набором биопсихосоциальных факторов.

Интеграция данного подхода в деятельность психологических служб вузов и системы адаптационного сопровождения является необходимым условием для сохранения здоровья и успешной профессиональной социализации будущих врачей, которым предстоит работать по всему миру.

Литература

1. Mental health: strengthening mental health promotion / World Health Organization. – Geneva : World Health Organization, 2001. – URL <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en> (date of access 30.12.2025).

2. Nikolaev, E. L. Intrapersonal anti-suicide barriers in dental students / E. L. Nikolaev // *European Psychiatry*. – 2020. – Vol. 63, № S1. – P. 572.

3. Николаев, Е. Л. Этнокультурные аспекты психотерапии / Е. Л. Николаев // *Психотерапия : национальное руководство*. – Москва, 2023. – С. 60-78.

4. What is mental health? Evidence towards a new definition from a mixed methods multidisciplinary international survey / L. A. Manwell, S. P. Barbic, K. Roberts [et al.] // *BMJ Open*. – 2015. – Vol. 5. – P. e007079. – doi: 10.1136/bmjopen-2014-007079.

5. Body modification in university students: Attitudes and role of personal body alteration experience / E. Yu. Vasilieva, E. E. Nikolaev, D. Mengeliyeva [et al.] // *European Psychiatry*. – 2021. – Vol. 64, № S1. – P. 751-752. – doi: 10.1192/j.eurpsy.2021.1991.

THE CONCEPT OF MENTAL HEALTH DISORDERS: THE CONTEXT OF PREVENTION AIMED AT FOREIGN MEDICAL STUDENTS

Nikolaev E.E., Orlov F.V.

*Chuvash State University named after I.N.Ulyanov
Cheboksary, Russia*

The paper substantiates the need for applying an expanded understanding of the concept of mental health conditions in preventive work with international medical students. This approach, which includes the consideration of both clinical disorders and prenosological (subclinical) states, also allows for a careful examination, in each specific case, of the unique combination of academic and acculturation stress, the cultural specificity of somatization, the risk of stigmatization, and other relevant factors. This enables the enhancement of the targeting and overall effectiveness of preventive measures.

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ МИШЕНИ ПРИ НЕСУИЦИДАЛЬНОМ САМОПОВРЕЖДАЮЩЕМ ПОВЕДЕНИИ У ПОДРОСТКОВ С ЛИЧНОСТНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Потапова Е.А.¹, Паша В.Н.²

¹ Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

² Центр восстановительного лечения Детская психиатрия имени С.С.Мнухина
Санкт-Петербург, Россия
potapova.doc@yandex.ru

Введение. Подростковый возраст является критическим периодом для манифестации личностной патологии и формирования аутодеструктивных форм поведения. В последние годы фиксируется устойчивый рост распространенности несуицидального самоповреждающего поведения (НССП) в подростковой популяции. Наибольшую клиническую сложность представляют случаи НССП, сочетающиеся с формирующимися личностными расстройствами, прежде всего пограничного и эмоционально-неустойчивого типов [1]. НССП рассматривается как один из ключевых маркеров выраженности эмоциональной дисрегуляции в пубертатном возрасте [2]. Вместе с тем вопросы дифференцированной психотерапевтической коррекции с учетом личностной структуры подростка остаются недостаточно проработанными. Это определяет необходимость выделения специфических мишеней для психотерапевтического воздействия.

Цель исследования. Выделить психотерапевтические мишени при работе с НССП у подростков с личностными расстройствами на основе анализа клинико-психологических характеристик и паттернов совладающего поведения с учетом гендерных особенностей.

Материалы и методы. В исследование вошли 50 подростков 15–17 лет (M=15,9), проходивших лечение в НМИЦ ПН им. В.М.Бехтерева. Распределение по полу: юноши – 52,5% (n=26), девушки – 47,5% (n=24). Нозологическая структура: эмоционально неустойчивое расстройство личности (F60.3) – 42,5%, тревожное расстройство личности (F60.6) – 27,5%, смешанное расстройство личности (F61.0) – 30%. Критерии включения: первичная госпитализация, отсутствие суицидальных попыток.

Методики: опросник ISAS (адаптация М.С.Зинчук, 2023); опросник суицидального риска Т.Н.Разуваевой (1993); юношеская копинг-шкала ACS (адаптация Т.Л.Крюковой, 2002); тест жизнестойкости С.Мадди (адаптация Д.А.Леонтьева, Е.И.Рассказовой, 2006). На основании ISAS респонденты разделены на основную (с НССП, n=30) и контрольную (без НССП, n=20) группы. Статистическая обработка: U-критерий Манна–Уитни, корреляционный анализ Спирмена.

Результаты исследования. В группе НССП наиболее частыми типами

самоповреждений оказались препятствование заживлению ран (35%), расцарапывание (20%) и самоизбиение (20%). При этом обнаружилось гендерные тенденции: расцарапывание чаще встречалось у девушек (26% против 14% у юношей), тогда как самоизбиение преобладало у юношей (28% против 12% у девушек). Пик дебюта НССП приходился на возраст 13–14 лет, ведущим мотивом выступила аффективная регуляция: снижение интенсивности негативных эмоций и тревоги.

Оценка суицидального риска в группе НССП выявила повышенный уровень аффективности (3,96 из 6,6), выраженное чувство несостоятельности (4,5 из 7,5) и склонность к оправданию суицидального поведения (3,1 из 7) при снижении антисуицидального фактора (4,9 против 6,2 в группе без НССП). При этом у девушек наблюдалась более высокая аффективность (4,3 против 3,6 у юношей) и более низкие значения антисуицидального фактора (4,6 против 5,1), что указывает на их большую уязвимость в отношении суицидального риска.

Анализ копинг-стратегий показал, что подростки с НССП достоверно чаще прибегают к непродуктивным копингам ($p=0,01$), среди которых доминируют самообвинение ($p=0,02$), несовладание ($p=0,013$) и поиск принадлежности ($p=0,015$). Продуктивные стратегии, напротив, используются реже: позитивный фокус ($p=0,001$) и ориентация на достижения ($p=0,001$) имеют минимальные значения. При этом обнаружилось гендерные различия: самообвинение оказалось более выражено у девушек (12,4 против 9,8 у юношей), тогда как несовладание чаще встречалось у юношей (11,2 против 8,7 у девушек).

Оценка жизнестойкости выявила значимое снижение всех ее компонентов в группе НССП: вовлеченности (19,6 против 32,7; $p=0,001$), контроля (14,9 против 26,2; $p=0,001$) и принятия риска (12,0 против 17,6; $p=0,011$). Интегральный показатель жизнестойкости в группе НССП составил 46,05 против 76,2 в контроле ($p=0,001$). При анализе гендерных особенностей установлено, что у юношей более выражено снижение принятия риска (10,2 против 12,8 у девушек), тогда как у девушек сильнее снижена вовлеченность (17,8 против 21,4 у юношей), что может указывать на различные механизмы уязвимости: у юношей – через отказ от нового опыта, у девушек – через переживание отвергнутости.

Корреляционный анализ выявил значимые взаимосвязи, раскрывающие психологические механизмы НССП. В группе подростков с самоповреждающим поведением обнаружена обратная корреляция между оправданием суицидального поведения и несовладанием ($r = -0,55$; $p < 0,05$), что свидетельствует о связи отказа от преодоления стресса со снижением защитных установок против суицидальных действий. Корреляционный анализ показал, что у подростков с НССП попытки отвлечься от переживаний сопровождаются не снижением, а ростом эмоционального напряжения ($r = 0,53$; $p < 0,05$). При этом у девушек эта связь выражена сильнее ($r = 0,61$; $p < 0,01$). Также в группе с НССП обнаружена обратная связь между оправданием суицидальных действий и несовладанием ($r = -0,55$; $p < 0,05$): отказ от преодоления трудностей сочетается

со снижением внутренних запретов в отношении суицида.

Выводы. Полученные данные согласуются с результатами зарубежных и отечественных исследований, указывающих на ключевую роль эмоциональной дисрегуляции в генезе НССП [1, 3], а также на связь самоповреждений с низким уровнем вовлеченности и контроля над собственной жизнью [4]. Обнаруженные гендерные различия (преобладание самообвинения и аффективности у девушек, несовладания и сниженного принятия риска у юношей) соответствуют описанным в литературе различиям в паттернах совладания [2]. Это подчеркивает необходимость дифференцированного подхода при планировании терапевтических интервенций.

На основании полученных результатов выделены следующие психотерапевтические мишени: эмоциональная дисрегуляция (замена НССП на адаптивные техники совладания с учетом гендерных особенностей аффективного реагирования); когнитивные паттерны самообвинения и несостоятельности (когнитивная реструктуризация); дефицит продуктивных копинг-стратегий (обучение навыкам решения проблем); сниженная жизнестойкость (укрепление вовлеченности, контроля и принятия риска); ослабленный антисуицидальный барьер (укрепление защитных факторов); дисфункциональный социальный копинг (развитие навыков здоровой коммуникации и принятия поддержки). Учет гендерной специфики при работе с данными мишенями повышает эффективность психотерапевтических интервенций и соответствует принципам персонализированного подхода в охране психического здоровья.

Литература

1. Зинчук, М. С. Несуицидальное самоповреждающее поведение при психических расстройствах непсихотического уровня: эпидемиология, социальные и клинические факторы риска / М. С. Зинчук, А. С. Аведисова, А. Б. Гехт // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2019. – Т. 119, № 3. – С. 108-119. – doi: 10.17116/jnevro2019119031108.

2. Андронникова, О. О. Обзор зарубежных исследований по проблеме несуицидального самоповреждения у детей и подростков / О. О. Андронникова, Е. Н. Волкова // Теоретическая и экспериментальная психология. – 2020. – Т. 13, № 3. – С. 38-51.

3. Non-Suicidal Self-Injury Among Adolescents: A Structural Model with Socioecological Connectedness, Bullying Victimization, and Depression / A. C. Baker, Ja. L. Wallander, M. N. Elliott, M. A. Schuster // Child Psychiatry and Human Development. – 2023. – Vol. 54, № 4. – P. 1190-1208. – doi: 10.1007/s10578-022-01319-6.

4. Associations Among Psychological Resilience, Self-Esteem, Social Support, and Non-Suicidal Self-Injury Behaviors in Adolescents Receiving Inpatient Psychiatric Care / L. Huang, D. Hou, Q. Xiao, X. Huang // Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services. – 2024. – Vol. 62, № 1. – P. 1-8. – doi: 10.3928/02793695-20240301-01.

PSYCHOTHERAPEUTIC TARGETS FOR NON-SUICIDAL SELF-HARMING BEHAVIOR IN ADOLESCENTS WITH PERSONALITY DISORDERS

Potapova E.A. 1, Pasha V.N. 2

¹*Saint Petersburg State Pediatric Medical University,*

²*Center for Rehabilitation, Child Psychiatry named after S.S.Mnukhin
Saint-Petersburg, Russia*

Assessment revealed elevated affective vulnerability, maladaptive coping (self-blame, renunciation coping), and reduced hardiness components (engagement, control, risk-taking). Gender-specific dispositions: females exhibited higher affectivity and self-blame, males demonstrated more renunciation coping. Psychotherapeutic targets include emotional dysregulation, cognitive distortions, coping deficits, attenuated hardiness, compromised anti-suicidal barrier, and dysfunctional social cognition.

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ АГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ШИЗОФРЕНИЕЙ В УСЛОВИЯХ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА: СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ

Пузиновская С.Н., Скугаревская М.М.

*Республиканский научно-практический центр психического здоровья
Минск, Беларусь
spuzinovskaya@gmail.com*

Введение. Агрессивное поведение у пациентов с шизофренией представляет собой значимую клиническую и социально-медицинскую проблему и включает в себя широкий спектр проявлений: вербальную агрессию (резкие слова, угрозы, оскорбления, брань, крик), агрессию, направленную на объекты, окружающих людей или самого себя. Согласно зарубежным исследованиям, распространенность агрессивного поведения среди пациентов с психозами составляет от 34% до 70%. По результатам исследований, проведенных на базе Республиканского научно-практического центра психического здоровья, с психомоторным возбуждением пациентов сталкивались 87,3% принявших участие в опросе сотрудников (20,4% респондентов отмечали психомоторное возбуждение пациентов ежедневно), с проявлениями вербальной агрессии со стороны пациентов сталкиваются 90,4% респондентов (при этом 28,4% сотрудников – ежедневно) [1]. Помимо клинических последствий, такие эпизоды увеличивают сроки госпитализации,

повышают нагрузку на медицинский персонал, а также увеличивают риск травматизации, ухудшения комплаенса и социальной стигматизации.

Фармакотерапия в остром периоде остается основным средством купирования эпизода агрессии, но она не всегда эффективно модифицирует поведенческие паттерны. Психотерапевтические подходы, включая обучение навыкам деэскалации, когнитивно-поведенческие и средовые практики, обсуждаются в литературе как потенциально эффективные элементы комплексной коррекции агрессивного поведения. Так, исследования программы Safewards показывает снижение конфликтов на 15-23% и применения ограничительных мер на 24% после внедрения комплекса вмешательств для персонала в систему оказания медицинской помощи. Однако внедрение подобных психотерапевтических подходов в практическую работу психиатрических стационаров остается фрагментарным, а доказательная база недостаточно развитой: отсутствуют научно обоснованные, стандартизированные и адаптированные к когнитивным и эмоциональным особенностям пациентов методики, а также системная подготовка медицинского персонала, непосредственно вовлеченного в профилактику и деэскалацию агрессии.

Цель исследования. Провести анализ современных исследований психолого-психотерапевтической коррекции агрессивного поведения у пациентов с шизофренией в условиях психиатрического стационара, выявить ограничения существующих подходов и обозначить перспективы формирования интегративной модели психотерапевтического вмешательства.

Материалы и методы исследования. В обзор были включены исследования, опубликованные в период 2020-2026 гг., полученные из баз данных PubMed, Scopus и ScienceDirect. Ключевые слова включали: schizophrenia, inpatient, aggression, psychotherapy, violence risk.

Критерии включения:

1. Исследования с участием пациентов психиатрических стационаров с установленным диагнозом шизофрении.
2. Оценку агрессивного поведения по стандартизированным шкалам или описательные данные с количественными показателями.
3. Наличие описания психолого-психотерапевтических вмешательств или их анализа.

Результаты исследования. Агрессию, согласно мета-анализу, проявляет приблизительно треть пациентов с шизофренией (~33 %), при этом наиболее частыми формами агрессии являются вербальная (42,6%), агрессия, направленная на предметы (23,8%) и на окружающих (23,7%) [2]. Факторами риска агрессии могут быть мужской пол, образование на уровне неполной средней школы или ниже, эпизоды насилия в анамнезе, поражения лобной доли, обострение психотической симптоматики [3]. Включение психообразовательной работы, основанной на методах когнитивно-поведенческой психотерапии, и техник мотивационного интервьюирования в схему стандартного лечения шизофрении снижает уровень агрессии у

пациентов и повышает приверженность лечению в сравнении с пациентами, которые получали только стандартную медикаментозную терапию. Навыки, полученные пациентами в ходе исследования, позволили им более эффективно управлять проявлениями агрессии в повседневной жизни [4]. Краткосрочные психологические вмешательства (тренинг памяти, цифровая поддержка, технологии виртуальной реальности, тренинг рассуждения) показали свою эффективность в работе с целым рядом симптомов: психотической симптоматикой, паранойей, депрессией и общим благополучием [5]. При этом подавляющее большинство мета-анализов и систематических обзоров фокусируются на психотической симптоматике, приверженности лечению и общем функционировании, в то время как агрессивное поведение анализируется реже, либо не анализируется вовсе.

Выводы. Таким образом, данные мета-анализов подтверждают многофакторную природу агрессивного поведения при шизофрении и его статистическую связь с клиническими, поведенческими и социальными факторами риска. Психотерапевтические вмешательства показывают доказанную эффективность в отношении симптомов, связанных с агрессией, однако существующих данных недостаточно для формирования стандартизированных протоколов, направленных непосредственно на коррекцию агрессивного поведения. Для этого необходимы специализированные исследования, ориентированные на оценку конкретных психотерапевтических стратегий и их интеграцию в работу отделений психиатрических стационаров.

Литература

1. Агрессивное поведение пациентов психиатрического стационара: результаты анкетирования сотрудников / М. М. Скугаревская, А. В. Ходжаев, С. И. Осипчик [и др.] // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. – 2024. – Т. 15, № 2. – С. 154-163. – doi: 10.34883/PI.2024.15.2.009.
2. Prevalence of aggression in patients with schizophrenia: A systematic review and meta-analysis of observational studies / W. Li, Yu. Yang, L. Hong [et al.] // Asian Journal of Psychiatry. – 2020. – Vol. 47. – P. 101846. – doi: 10.1016/j.ajp.2019.101846.
3. Gao, Q. Factors associated with aggressive behavior in patients with schizophrenia: a systematic review and meta-analysis./ Q. Gao, P. Zhu, H. Hu // BMC Psychol. – 2026. – Vol. 14. – Art. 154. – doi: 10.1186/s40359-025-03936-x.
4. Can, S. Y. The Effect of Cognitive Behavioural Therapy-Based Psychoeducation on Medication Adherence and Aggression in Individuals Diagnosed With Schizophrenia: An Experimental Study / S. Y. Can, F. K. Budak // J Psychiatr Ment Health Nurs. – 2025. – Vol. 32, № 2. – P. 445-456. – doi: 10.1111/jpm.13127.
5. Pike, B. Brief psychological interventions for schizophrenia: a systematic review and meta-analysis / B. Pike, L. Ambrosio, L. Ellett // Psychological Medicine. – 2025. – Vol. 55. – P. e146. – doi: 10.1017/s0033291725001126.

PSYCHOTHERAPEUTIC INTERVENTIONS FOR AGGRESSIVE BEHAVIOR IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA IN INPATIENT PSYCHIATRIC SETTINGS: CURRENT EVIDENCE AND FUTURE PERSPECTIVES

Puzinovskaya S., Skuhareuskaya M.

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

Aggressive behavior in patients with schizophrenia within inpatient settings represents a clinically significant yet insufficiently targeted treatment domain. Meta-analytic data indicate that up to one-third of hospitalized patients exhibit aggressive manifestations, with robust associations identified for positive psychotic symptoms, impulsivity, history of violence, substance use, male gender, and low educational level. This paper synthesizes recent meta-analyses on aggression-related risk factors and psychological interventions in schizophrenia. Although cognitive-behavioral and related psychotherapeutic approaches demonstrate measurable effects on symptom reduction and emotional regulation, aggression is rarely operationalized as a primary clinical endpoint. A critical gap persists between structured violence risk assessment and intervention research. Future randomized controlled trials specifically targeting aggression outcomes are essential for the development of evidence-based psychotherapeutic models in inpatient psychiatry.

ОБЪЕКТИВНАЯ ОЦЕНКА ВЫРАЖЕННОСТИ И РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ДЕПРЕССИВНОЙ СИМПТОМАТИКИ У ПАЦИЕНТОВ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ С ХРОНИЧЕСКОЙ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Савицкий И.С., Якубчик И.Н.

*Гродненский государственный медицинский университет
Гродно, Беларусь
osvegys@gmail.com*

Введение. В настоящее время отмечается рост распространенности депрессивных расстройств, среди пациентов с различными формами сердечнососудистых заболеваний. Депрессивные реакции оказывают значительное негативное влияние на прогноз у данной группы пациентов, увеличивая риск развития острых нарушений мозгового кровообращения и острого инфаркта миокарда [1]. Отдельного внимания заслуживает тенденция к развитию, в старшей возрастной группе, специфических депрессивных проявлений на фоне сочетания кардиопатологии и хронических

цереброваскулярных нарушений, что может быть ассоциировано с нарушением нейрональных механизмов регуляции мышления и эмоций [2]. Данная гипотеза нашла свое отражение, в концепции «сосудистой» депрессии как отдельной формы аффективных нарушений.

Цель исследования: Оценить распространенность и выраженность депрессивной симптоматики у пациентов кардиологического профиля с хронической цереброваскулярной патологией. Для оптимизации актуальной стратегии оказания специализированной помощи данной группе пациентов.

Материалы и методы исследования: В ходе исследования, было проведено добровольное скрининговое обследование пациентов, проходивших стационарное лечение в кардиологическом отделении УЗ «Городская клиническая больница № 3 г. Гродно» в период с октября по декабрь 2025 года. Группа составила 42 пациента в возрасте от 65 до 78 лет с сочетанием сердечнососудистых заболеваний и хронической ишемии мозга. Оценка выраженности депрессивной симптоматики проводилась с использованием «Госпитальной шкалы тревоги и депрессии» (HADS), проводился анализ соответствия состояния диагностическим критериям «сосудистой депрессии».

Результаты исследования: При оценке распространенности и выраженности депрессивной симптоматики в данной группе пациентов, 52,4% (22) опрошенных указывали нормальный уровень переживаний. В свою очередь, субклинический уровень выраженности депрессивных переживаний наблюдался у 33,3% (14) опрошенных, а клинически значимый уровень наблюдался у 14,3% (6) пациентов. При оценке уровня тревоги в группе пациентов, демонстрирующих депрессивную симптоматику, лишь 25% (5) пациентов указывали нормальный уровень переживаний, при этом 60% (12) указывали субклинический уровень тревоги, а у 15% (3) выявлялась клинически значимая тревога. При оценке вероятности наличия «сосудистой депрессии» учитывались следующие клинические проявления: недостаточность концентрации внимания, легкая либо умеренная двигательная и психическая замедленность, снижение мотивации, легко либо умеренно выраженные подавленность или тоска [2]. Анализ соответствия состояния диагностическим критериям «сосудистой депрессии» выявил её наличие у 85% (17) пациентов, демонстрировавших депрессивную симптоматику.

Развитие депрессивных проявлений на фоне наличия сердечно-сосудистой патологии, имеет косвенную связь с нарушением нейрональных механизмов регуляции мышления и эмоций. Повышение перфузионного давления при артериальной гипертензии способствует возникновению артериолосклероза мозговых артерий, что крайне негативно сказывается на трофике дистальных отделов мозга. Как следствие, возникает разобщение мезолимбических дофаминергических путей, соединяющих лимбические структуры с префронтальной корой, что может приводить к затруднениям

в когнитивной деятельности, а также эмоциональной регуляции и контроле эмоций.

Выводы: Полученные результаты указывают на высокую распространенность и выраженность депрессивной симптоматики у пациентов кардиологического профиля. Особое значение имеет преобладание «сосудистого варианта» депрессии, при сочетании сердечнососудистых заболеваний и хронической ишемии мозга, так как оно создает предпосылки для значительного ухудшения соматического состояния и прогрессирования астенизации. Это подтверждается тем фактом, что у 70% (12) пациентов, демонстрировавших депрессивную симптоматику, отмечалось 2 либо более, госпитализации из-за кардиологических нарушений, без видимых на то причин в течение года. Полученные результаты указывают на высокую востребованность систематической и специфической психопрофилактической помощи, равно как и подбора комбинированной терапии, для данной группы пациентов на амбулаторном уровне.

Литература

1. Гольшко, В. С. Особенности терапевтического выбора антидепрессантов в кардиологической практике: обзор литературы / В. С. Гольшко, Т. И. Балабанович, И. С. Савицкий // Кардиология в Беларуси. – 2025. – Т. 17, № 6. – С. 959-969. – doi: 10.34883/PI.2025.17.6.012.

2. Боголепова, А. Н. Сосудистая депрессия и когнитивная дисфункция / А. Н. Боголепова // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2019. – Т. 11, № S3. – С. 26-31. – doi: 10.14412/2074-2711-2019-3S-26-31.

OBJECTIVE ASSESSMENT OF THE SEVERITY AND PREVALENCE OF DEPRESSIVE SYMPTOMS IN CARDIOLOGICAL PATIENTS WITH CHRONIC CEREBROVASCULAR PATHOLOGY

Savitsky I.S., Yakubchik I.N.

*Grodno State Medical University
Grodno, Belarus*

Depressive reactions have a significant negative impact on the prognosis in this group of patients, increasing the risk of acute cerebrovascular accidents and acute myocardial infarction. Particularly noteworthy is the tendency for specific depressive symptoms to develop in the older age group, accompanied by a combination of cardiac pathology and chronic cerebrovascular disorders. The obtained results indicate a high prevalence and severity of depressive symptoms and significant prevalence of the "vascular variant" of depression, in the presence of a combination of cardiovascular disease and chronic cerebral ischemia.

ВЗАИМОСВЯЗЬ КОГНИТИВНЫХ СПОСОБНОСТЕЙ И КОМПОНЕНТОВ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ У СТАРШИХ ДОШКОЛЬНИКОВ: РЕЗУЛЬТАТЫ КЛАСТЕРНОГО АНАЛИЗА

Сентемова Е.Ю.

*Пермский государственный национальный исследовательский университет
Пермь, Россия
esentemova@list.ru*

Введение. Проблема соотношения когнитивного и аффективного в развитии личности остаётся одной из ключевых в современной психологии. Долгое время когнитивные способности и эмоциональная сфера рассматривались как относительно независимые. Однако культурно-историческая концепция Л.С.Выготского, подчёркивающая диалектическое единство аффекта и интеллекта, а также современная теория эмоционального интеллекта, разработанная Дж.Д.Мейером и П.Сэловеем, убедительно демонстрируют неразрывную взаимосвязь этих сфер в психическом развитии личности [5]. Эмоции выступают не препятствием для мышления, а его объектом и материалом, способствуя формированию более гибких и адаптивных когнитивных структур. В онтогенезе эта связь проявляется как постепенное интеллектуальное опосредствование эмоций, ведущее к становлению произвольности аффектов и их доступности сознанию.

Актуальность исследования обусловлена трансформациями современной информационно-образовательной среды, которые уже в дошкольном возрасте предъявляют повышенные требования к когнитивно-рефлексивным и эмоционально-регуляторным компетенциям [3]. Эмпирические данные подтверждают устойчивые положительные связи между уровнем понимания эмоций у дошкольников и показателями невербального интеллекта, математического мышления, речевого развития и способности к децентрации [1].

Аффективный компонент субъективного благополучия оказывается более динамичным и чувствительным к стрессовым условиям, в то время как когнитивный (удовлетворённость жизнью) сохраняет относительную стабильность; именно когнитивные стратегии переработки эмоций (рефлексия, позитивное переформулирование) выступают важнейшим ресурсом адаптации [2; 4].

Цель исследования. Выявить взаимосвязь между типологическими профилями когнитивных способностей и компонентами эмоциональной сферы (вербальной категоризацией эмоций и особенностями графической экспрессии) у детей 6-7 лет.

Гипотеза. Типологические профили, характеризующиеся относительно более высокими когнитивными показателями, будут статистически чаще сочетаться с профилями, отличающимися большей точностью вербальной категоризации эмоций и более выраженной графической детализацией

эмоциональных состояний.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось с ноября 2025 г. по февраль 2026 г. после получения письменного информированного согласия родителей. Выборка составила 30 детей 6-7 лет (14 мальчиков, 16 девочек), посещающих МБОУ «ОСОШ № 3» (структурное подразделение «Детский сад «Берёзка», г. Очёр).

Методики. Тест школьной зрелости П.Я.Каэса (оценка когнитивных способностей); методика «Азбука эмоций» Н.Л.Белопольской (вербальная категоризация эмоций); рисуночная методика «Эмоциональные автопортреты» О.А. Прусаковой (графическая экспрессия эмоциональных состояний).

Статистическая обработка данных проводилась в программе SPSS. Для каждого блока показателей применялся кластерный анализ методом k-средних ($k=4$). Количество кластеров определялось на основании анализа внутрикластерной дисперсии и интерпретируемости профилей. Ассоциации между типологическими группами оценивались с использованием таблиц сопряжённости и критерия χ^2 Пирсона. Для оценки силы связи рассчитывался коэффициент V Крамера. При интерпретации учитывались ограничения, связанные с объёмом выборки и наличием малочисленных подгрупп.

Результаты исследования. Анализ таблиц сопряжённости выявил статистически значимую ассоциацию между когнитивными и вербальными профилями ($\chi^2=18.99$; $df=9$; $p=0.025$). Дети со сбалансированным когнитивным профилем чаще демонстрировали точную прямую категоризацию эмоций, тогда как при сниженных когнитивных показателях чаще встречались оценочные и смешанные стратегии.

Связь между когнитивными и графическими профилями также оказалась статистически значимой ($\chi^2=31.92$; $df=9$; $p<0.001$): профили, характеризующиеся более высокими значениями ряда когнитивных показателей, статистически чаще сочетались с более детализированной графической экспрессией, тогда как профили с дефицитом планирования чаще сочетались с минималистичными изображениями.

Ассоциация между вербальными и графическими профилями находилась на границе статистической значимости ($\chi^2=16.66$; $df=9$; $p=0.054$), без устойчивой структурной закономерности.

Полученные результаты свидетельствуют о наличии статистически значимых ассоциаций между типологическими вариантами когнитивного развития и характеристиками эмоциональной сферы у старших дошкольников. Эти данные согласуются с представлениями о функциональной взаимосвязанности когнитивных и аффективных процессов в онтогенезе [1; 2; 5], а также с положениями о роли когнитивных стратегий в переработке эмоционального опыта [2; 4]. При этом исследование фиксирует статистические соответствия распределений профилей и не позволяет делать выводы о причинно-следственных механизмах или о структурной интеграции когнитивных и эмоциональных компонентов.

Ограничениями исследования являются небольшой объём выборки и

наличие малочисленных кластеров, что требует осторожности при обобщении результатов.

Выводы. У детей 6-7 лет выявлены различные когнитивно-эмоциональные профили, при этом более высокий и сбалансированный уровень когнитивных способностей связан с точной вербализацией эмоций и детализированной графической экспрессией, что подтверждает интегративный характер когнитивных процессов и единство аффекта и интеллекта по Л. С. Выготскому.

Литература

1. Эмоциональное и когнитивное развитие детей дошкольного возраста: анализ исследований с позиции структурно-диалектического подхода / Н. Е. Веракса, М. Н. Гаврилова, А. К. Белолуцкая, К. С. Тарасова // Сибирский психологический журнал. – 2020. – № 75. – С. 115-143. – doi: 10.17223/17267080/75/7.

2. Корнилова, Т. В. Единство интеллекта и аффекта в множественной регуляции эмпатии / Т. В. Корнилова // Национальный психологический журнал. – 2022. – № 1(45). – С. 94-103. – doi: 10.11621/npj.2022.0108.

3. Пушкарева, Е. А. Когнитивно-рефлексивное развитие личности: оценка особенностей воздействия изменяющейся информационно-образовательной среды / Е. А. Пушкарева, Ю. В. Пушкарев // Science for Education Today. – 2024. – Т. 14, № 6. – С. 128-154. – doi: 10.15293/2658-6762.2406.06.

4. Хаин, А. Е. Взаимосвязи аффективных и когнитивных компонентов субъективного благополучия с качеством жизни и совладанием со стрессом в процессе трансплантации гемопоэтических стволовых клеток (ТГСК) у детей и ухаживающих за ними родителей / А. Е. Хаин, М. А. Евдокимова, Н. С. Никольская // Консультативная психология и психотерапия. – 2025. – Т. 33, № 1(127). – С. 49-68. – doi: 10.17759/cpp.2025330103.

5. Юдина, М. Г. Эмоциональный интеллект в дошкольном возрасте и его исследования / М. Г. Юдина // Мир науки. Педагогика и психология. – 2024. – Т. 12, № 1. – С. 1-10.

THE RELATIONSHIP BETWEEN COGNITIVE ABILITIES AND EMOTIONAL COMPONENTS IN OLDER PRESCHOOLERS: RESULTS OF A CLUSTER ANALYSIS

Sentemova E.Yu.

*Perm State National Research University
Perm, Russia*

This study examined the relationship between cognitive abilities and components of the emotional sphere in 6-7-year-old children using cluster analysis. Thirty preschoolers were assessed with Kaes' School Readiness Test (cognitive abilities), Belopolskaya's «Alphabet of Emotions» (verbal emotion categorization),

and Prusakova's «Emotional Self-Portraits» (graphical expression). Cluster analysis revealed distinct cognitive and emotional profiles, with statistically significant associations between higher and balanced cognitive performance and more accurate verbal emotion categorization and detailed graphical expression. These findings support the integrative nature of cognitive processes and the unity of affect and intellect, consistent with L. S. Vygotsky's cultural-historical theory.

РЕАКЦИЯ РОДСТВЕННИКОВ НА ВОЗНИКНОВЕНИЕ ШИЗОФРЕНИИ

Стрелков О.Г.

*Гродненский государственный медицинский университет,
Гродно, Беларусь*

Введение. 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, РМС, Elibrary, JAMA.

Результаты и их обсуждение. Основная реакция семьи на заболевшего шизофренией родственника – горе, траур [2]. Семейная динамика при хроническом заболевании осложняется диссонансом между пониманием болезни и стремлением сохранить прежний образ жизни пациента [3]. Зачастую родственники склонны преуменьшать серьезность и развитие недуга, что может негативно сказаться на течении заболевания [4]. Особую боль вызывает утрата эмоциональной связи с человеком, который физически жив, что делает процесс переживания более сложным и трудноразрешимым. Принятие болезни у близкого человека усугубляется стигматизацией психических расстройств. Показательным является тот факт, что примерно половина родителей и супругов пациентов, недавно госпитализированных в психиатрические учреждения, скрывали этот факт [5].

Выводы: Следовательно, реакция горя в ответ на болезнь родственника представляет собой комплекс социальных и когнитивных процессов, глубоко укорененных в культуре. Тем не менее, это неизбежный этап, который семья должна преодолеть для принятия диагноза психического заболевания у одного из ее членов. Это диктует необходимость создания инновационных программ

лечения и реабилитации, направленных на улучшение качества медицинской помощи пациентам с психическими расстройствами.

Литература

1. Institute of health Metrics and Evaluation. Global Health Data Exchange. – URL: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool?params=gbd-api-2019-permalink/27a7644e8ad28e739382d31e77589dd7> (date of access 30.12.2025).
2. Tessler, R. C. Stages in family response to mental illness: An ideal type. / R. C. Tessler, L. M. Killian, G. D. Gubman // Psychosocial Rehabilitation Journal. – 1987. – Vol. 10, № 4. – P. 3-16. – doi: 10.1037/h0099599.
3. Wynne, L. C. The rationale for consultation with the families of schizophrenic patients. / L. C. Wynne // Acta Psychiatr Scand Suppl. – 1994. – Vol 384. – P. 125-32. – doi: 10.1111/j.1600-0447.1994.tb05901.x.
4. Parkes, C. M. Facing loss / C. M. Parkes // BMJ. – 1998. – Vol. 316. – P. 1521-1524. – doi: 10.1136/bmj.316.7143.1521.
5. Phelan, J. C. Psychiatric illness and family stigma. / J. C. Phelan, E. J. Bromet, B. G. Link // Schizophr Bull. – 1998. – Vol. 24, № 1. – P. 115-26. – doi: 10.1093/oxfordjournals.schbul.a033304.

REACTIONS OF RELATIVES TO THE DEVELOPMENT OF SCHIZOPHRENIA

Strelkov O.G.

*Grodno State Medical University
Grodno, Belarus*

The grief response to a relative's illness is a complex social and cognitive process deeply rooted in culture. However, it is an inevitable stage that a family must go through to accept the diagnosis of a mental illness in one of its members. This necessitates the creation of innovative treatment and rehabilitation programs aimed at improving the quality of medical care for patients with mental disorders.

СЕМЬЯ ПАЦИЕНТА С ШИЗОФРЕНИЕЙ КАК ФАКТОР ДЕБЮТА ЗАБОЛЕВАНИЯ

Стрелков О.Г.

*Гродненский государственный медицинский университет,
Гродно, Беларусь
strelkov@tut.by*

Введение. Шизофрения – серьёзное психическое расстройство, которым в мире страдают около 24 миллионов человек, что составляет 0,32% населения

планеты [1]. Заболевание чаще всего манифестирует до достижения 30-летнего возраста и влечёт за собой существенное снижение функциональной активности в ключевых сферах жизни: семейной, социальной, образовательной и профессиональной. Развитие шизофрении обусловлено комплексным взаимодействием внешних и внутренних факторов, формирующих патогенную среду, которая оказывает многогранное деструктивное воздействие на личность пациента. Прогрессирование расстройства приводит к выраженным социальным и экономическим проблемам, становясь значительным бременем для семей пациентов. В последние десятилетия фокус научных исследований сместился: от рассмотрения семьи как потенциальной первопричины шизофрении учёные перешли к изучению её роли в динамике заболевания. Особое внимание уделяется вопросам влияния семейных факторов на обострение симптомов и эффективность реабилитационных мероприятий.

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 исследования: Современные концепции личностных особенностей пациентов с шизофренией акцентируют внимание на разнообразных проявлениях дисфункциональных состояний. Обоснованным представляется подход, рассматривающий семейную систему как значимую детерминанту социальной дисфункции и личностных расстройств у пациентов с шизофренией.

Ключевые теоретические позиции в этой области:

1. Н.С.Сullivan [2] рассматривает детскую шизофрению как прямое следствие неадекватных межличностных отношений в системе «значимый взрослый – ребёнок». Такие отношения препятствуют формированию эмпатического отклика и провоцируют тревожность у ребёнка. Согласно данной концепции, формирование «трансцендентальной уверенности в себе» у ребёнка происходит через интернализацию доверия со стороны значимого взрослого. Благоприятная атмосфера (от «удовлетворённости» к «безопасности») способствует интеграции ребёнка в символический мир Другого – через восприятие установок, эмоций и вербальных сообщений матери.

2. М.Амон [2] трактует шизофрению как симбиотическое расстройство развития личности, приводящее к формированию длительных симбиотических отношений с матерью («симбиотический комплекс»).

3. Х.Ф.Серлз [5, с. 24] подчёркивает, что семейные паттерны могут ограничивать развитие личности пациента из-за страха утраты семейной идентичности.

4. Арриетти выделяет характерные черты «шизофренических матерей»: гиперопеку, враждебность, повышенную тревожность, отвержение, эмоциональную холодность и робость.

По его наблюдениям, будущие матери с шизофренией склонны либо к чрезмерному отвержению детей, либо к гипертрофированной тревожности в отношении них. Отцы в таких семьях, как правило, проводят много времени с семьёй, но проявляют пассивность и не вмешиваются в отношения матери и ребёнка [5, с. 18].

5. Мартин Бубер отмечал, что семейное окружение будущих пациентов с шизофренией искажает процесс становления самости с ранних этапов жизни. Чередование ситуаций удовлетворения и безопасности с эпизодами напряжения и тревоги приводит к эмоциональной депривации и постоянному ощущению небезопасности. В результате формируется «шизофреническая разобщённость»: образ «Я» пациента лишён чёткости из-за ощущения отвержения обоими родителями и невозможности идентификации с кем либо из них.

6. Т.Рис [3] описывает семьи, где формируется шизофреническая личность, как системы с отсутствием взаимодополнения между родителями. Для них характерны: отсутствие совместного принятия решений; дефицит консенсуса; недостаток взаимного доверия.

7. Т.Лидз [4] выделяет феномен «супружеского перекося» — ситуацию, при которой властная и враждебная мать подавляет стремление ребёнка к самоутверждению, а отец выступает в роли зависимого, слабого и пассивного партнёра. Также описан феномен «супружеского расщепления» — разделение семьи на противоборствующие группы в условиях конфликтов и угроз развода.

Выводы: Результаты исследования подтверждают, что семейные отношения играют ключевую роль в эффективности реабилитационного лечения пациентов с шизофренией. Важнейшим аспектом является уязвимость пациента — его повышенная восприимчивость к психотравмирующим факторам. Наличие в семье больного шизофренией предъявляет повышенные требования к её функционированию. Конфликты и противоречия в семейной системе могут выступать фактором психологической травмы, усугубляя течение заболевания. Деструктивные многослойные семейные влияния значимы в патогенезе шизофрении. Дальнейший анализ «шизофренической семьи» выявил следующие последствия: социально психологические деформации личности; нарушения формирования навыков межличностного взаимодействия; усиление паттернов низкофункционального поведения; дезадаптивные психологические защитные механизмы; неконструктивные копинг стратегии; нарушения в сфере ценностей, самосознания и личных отношений; социальная и личностная дезадаптация; механизмы формирования и углубления стигмы. Таким образом, терапия пациентов с шизофренией требует комплексного подхода, включающего вовлечение близких родственников в терапевтический процесс.

Литература

1. Institute of health Metrics and Evaluation. Global Health Data Exchange. – URL: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool?params=gbd-api-2019-permalink/27a7644e8ad28e739382d31e77589dd7> (date of access 30.12.2025).
2. Phelan, J. C. Psychiatric illness and family stigma / J. C. Phelan,

E. J. Bromet, B. G. Link // Schizophr Bull. – 1998. – Vol. 24, № 1. – P. 115-26. – doi: 10.1093/oxfordjournals.schbul.a033304.

3. Tessler, R. C. Stages in family response to mental illness: An ideal type. / R. C. Tessler, L. M. Killian, G. D. Gubman // Psychosocial Rehabilitation Journal. – 1987. – Vol. 10, № 4. – P. 3-16. – doi: 10.1037/h0099599.

4. Terkelsen, K. G. Schizophrenia and the family: II. Adverse effects of family therapy / K. G. Terkelsen // Fam Process. – 1983. – Vol. 22, № 2. – P. 191-200. – doi: 10.1111/j.1545-5300.1983.00191.x.

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 пациент : 14.01.14 : дис... докт. мед. наук / А. В. Солоненко. – Москва, 2009. – 297 с.

THE FAMILY OF A PATIENT WITH SCHIZOPHRENIA AS A FACTOR IN DISEASE ONSET

Strelkov O.G.

*Grodno State Medical University
Grodno, Belarus*

Conflicts and contradictions within the family system can act as a factor in psychological trauma, exacerbating the course of the disease. Destructive, multilayered family influences are significant in the pathogenesis of schizophrenia. Further analysis of the "schizophrenic family" revealed the following consequences: socio-psychological personality deformations; impaired development of interpersonal skills; increased patterns of low-functioning behavior; maladaptive psychological defense mechanisms; unconstructive coping strategies; disruptions in values, self-awareness, and personal relationships; social and personal maladjustment; mechanisms for the formation and deepening of stigma.

ВОЗМОЖНОСТИ УПРАВЛЕНИЯ СУИЦИДАЛЬНЫМ ПОТЕНЦИАЛОМ У СОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ПАЦИЕНТОВ

Харит А.В.

*Минский областной клинический центр «Психиатрия-наркология»
Минск, Беларусь
val99april@gmail.com*

Введение. Суицид является одной из ведущих причин смертности во всем мире, в том числе и в Беларуси, представляя серьезную проблему для

общественного здравоохранения, что требует адекватных мер реагирования со стороны медицинского сообщества. Молодые люди, планирующие совершить суицид, часто оказываются вне зоны психиатрического наблюдения (например, не состоят на диспансерном учете в психиатрическом диспансере, так как не обращались за помощью, не были замечены за острой психической симптоматикой со стороны социума, соответственно, не были поставлены на учёт принудительно, не имели острых проблем, которые могли бы привести их к суициду, на момент психиатрического осмотра в рамках профилактического осмотра) [1 с. 42, 2] .

Цель исследования. Сравнить динамику суицидального явления в РБ в 2009 г. и 2023 г. Выявить ведущие этиологические механизмы совершения суицидальных попыток. Разработать критерии понятия суицидальный потенциал, с целью облегчения выявления возможных суицидальных тенденций у пациентов, находящихся вне поля зрения психиатров. Структурировать факторы риска суицидального поведения, разработать схему превентивного лечения, учитывающую этиологию суицидального поведения.

Материалы и методы исследования. В работе использовались методы тематического анализа научной литературы с высокой релевантностью по исследуемой проблеме (ключевые слова: «причины суицидов», «этиология суицидального поведения»), анализ статистических данных суицидального поведения в Республике Беларусь за период 2009–2023 гг., а также ретроспективный анализ историй болезни совершеннолетних пациентов РНПЦ Психического Здоровья и Минского областного клинического центра «Психиатрия-наркология» с диагнозами X60–X84 за 2020–2026 гг. Дополнительно проводились сбор анамнестических данных и клиническое интервью с совершеннолетними пациентами, совершившими парасуицид, проходившими лечение в указанных учреждениях в 2023–2026 гг.

Результаты исследования. Эпидемиология суицидального поведения в Республике Беларусь на 2023 г. составила 32,2 суицидов на 100.000 населения; что соответствует 14-му месту в мировом списке по случаям суицидального поведения. Для сравнения, в 2009 г. число случаев на 100.00 населения в РБ составило 28,4.

Таким образом, число суицидов за 15 лет увеличилось на 13 %, что подчёркивает актуальность проблематики и разработки дополнительных единых критериев выявления повышенного риска суицидального поведения у лиц, не состоящих на учёте у врачей-психиатров, для врачей первичного звена. Что приводит к необходимости обращения к литературе по данной тематике и введения понятия суицидальный потенциал [3].

Суицидальный потенциал - повышенная вероятность совершения суицида в будущем и формируется под влиянием модифицируемых и немодифицируемых факторов. К немодифицируемым факторам относятся:

1. Биологические факторы (генетическая предрасположенность, включая выявленные гены на 13, 15, 16, 17 и 19 хромосомах, врождённые и хронические заболевания, темперамент);

2. Анамнез психических расстройств (инсомния, шизофрения, аффективные расстройства, расстройства пищевого поведения, посттравматическое стрессовое расстройство);

3. Устойчивые факторы среды, длительно воздействующие на пациента (безработица, одиночество, проживание на экономически или эпидемиологически неблагоприятных территориях).

К модифицируемым факторам относятся факторы среды, аддиктивное поведение (употребление алкоголя, психоактивных веществ, наркотических средств), а также особенности восприятия, включая наличие когнитивных искажений.

Согласно проведенному исследованию (изучение историй болезни пациентов, совершивших суицидальные попытки, клиническое интервью с пациентами, совершившими парасуицид), суицидальный потенциал тем выше, чем большее количество факторов, определяющих его, одновременно присутствуют в анамнезе жизни конкретного пациента. При этом, наибольший суицидальный потенциал наблюдался при одновременном наличии нескольких модифицированных и немодифицированных факторов у конкретного пациента; при этом, наличие нескольких немодифицированных факторов у конкретного пациента одновременно, в равной степени повышает суицидальный потенциал как и при наличии нескольких модифицированных факторов одновременно у конкретного пациента. Наличие хотя бы одного модифицированного либо немодифицированного фактора риска создаёт суицидальный потенциал.

У врачей существует ограниченная зона управления суицидальным потенциалом. Тем не менее, она существует и способна в перспективе снизить суицидальное поведение у населения.

Гипотетический пациент чаще посещает врачей первичного звена, поэтому превентивные мероприятия суицидального поведения должны начинаться в кабинете именно такого врача, и, помимо прохождения пациентом с соматической патологией шкалы оценки риска суицида (The Modified SAD Persons Score), с частотой не реже 1 раз в год, согласно приказа Министерства Здравоохранения от 11.11.2025 № 1352, врачами первичного звена должны проводиться мероприятия по своевременному выявлению факторов, которые способствуют возникновению суицидального потенциала у конкретного пациента, что требует разработки единых этиологических групп по формированию суицидального потенциала:

1. Клинические: Врожденные патологии, хронизация соматических заболеваний, диагностированная онкопатология, психические расстройства (аффективные расстройства, шизофрения), анамнез суицидальных попыток, хроническая боль, зависимости.

2. Социальные: Потеря близких, одиночество, финансовые трудности, безработица, социальная изоляция, отсутствие поддержки.

3. Биологические: выявление генов на 13, 15, 16, 17, 19 хромосомах, нейробиологические изменения (гормональный профиль), нарушения сна.

4. Психологические: Импульсивность, чувство безнадежности,

перфекционизм, сниженная самооценка, трудности в решении проблем.

Выводы. Таким образом, ранняя диагностика и профилактика суицидального поведения не должны ограничиваться выявлением суицидального риска при обращении пациента к психиатру или ретроспективной оценкой после неудачной суицидальной попытки. Существенное значение имеет участие врачей всех специальностей в выявлении принадлежности пациента к одной или нескольким этиологическим группам повышенного суицидального риска с целью своевременного направления к специалистам службы ментального здоровья.

Пациентов из группы клинического этиологического риска возможного суицида, отвечающим критериям соматической патологии без наличия психической; социального; психологического; – следует направлять к медицинскому психологу, медикаментозное лечение может быть показано индивидуально. В некоторых случаях пациентов социальной и психологической этиологической группы возможного суицида целесообразнее направлять к психотерапевту (работа с восприятием, коррекция когнитивных искажений). Медикаментозное лечение может быть показано индивидуально. Пациентам из группы биологической этиологической группы стоит назначать наблюдение у узких специалистов по профилю выявленных у него нарушений (невролог, эндокринолог), а также консультацию у психотерапевта; медикаментозное лечение подбирается совместно с врачами-специалистами по профилю выявленных нарушений. Пациенты с клиническими факторами риска, связанными с психической патологией, требуют направления к врачу-психиатру-наркологу с проведением медикаментозной терапии в соответствии с клиническими протоколами Министерства здравоохранения Республики Беларусь, дополненной психотерапевтическими вмешательствами.

Литература

1. Бисалиев, Р. В. Суицидальное поведение при соматических расстройствах / Р. В. Бисалиев. – Москва : ММА, 2025 – 152 с.

2. Шелехов, И. Л. Суицидология: история и современные представления : учебное пособие / И. Л. Шелехов, А. Н. Корнетов, Е. В. Гребенникова. – Томск : Изд-во Томского гос. пед. ун-та, 2016. – 299 с.

3. Шнейдман, Э. С. Десять общих черт самоубийств и их значение для психотерапии / Э. С. Шнейдман // Суицидология: Прошлое и настоящее: Проблема самоубийства в трудах философов, социологов, психотерапевтов и в художественных текстах : хрестоматия / сост. А. Н. Моховиков. – Москва, 2001. – С. 353-359.

MANAGING SUICIDAL POTENTIAL IN ADULT PATIENTS

Kharit A.V.

*Minsk Regional Clinical Center «Psychiatry and Addiction Medicine»
Minsk, Belarus*

This research emphasizes the importance of an integrated approach to assessing and managing suicidal risk in modern psychiatry. The purpose of the study is to systematize the risk factors for suicidal behavior and develop a prevention scheme for people who are not on psychiatric treatment, based on etiology. Recommendations for referring patients to specialists depending on their membership in the etiological group, the regimen of recommended therapy according to the dominant etiological factor have been highlighted, which should increase the effectiveness of early intervention in the prevention of suicidal behavior and reduce the number of suicides in the future.

КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ РЕКУРЕНТНЫХ ДЕПРЕССИВНЫХ ЭПИЗОДОВ У ПАЦИЕНТОВ С РАССТРОЙСТВОМ ЛИЧНОСТИ. МИШЕНИ ВОЗДЕЙСТВИЯ КОГНИТИВНОЙ РЕСТРУКТУРИЗАЦИИ

Харит А.В.

*Минский областной клинический центр «Психиатрия-наркология»
Минск, Беларусь
val99april@gmail.com*

Введение. Депрессия – одно из самых распространённых психических расстройств, которым страдают около 332 млн. человек. Согласно результатам NCS-R, у 72,1% пациентов с депрессией в течение жизни регистрируется коморбидность с неаффективными расстройствами. Помимо медикаментозного воздействия, в целях лечения депрессивных эпизодов могут быть использованы психотерапевтические методы, в частности, когнитивно-поведенческая терапия. В её основе лежит положение о том, что собственные когниции способствуют тому или иному восприятию, таким образом, изменение когниций влечет за собой изменение аффекта [1].

Цель исследования. Проанализировать коморбидность рекуррентных депрессивных эпизодов с расстройствами личности. Выявить основные триггерные сценарии, провоцирующие симптомы депрессии у пациентов с установленным диагнозом. Выявить эмоции, соответствующие им автоматические мысли - будущие мишени когнитивной реструктуризации, испытываемые пациентами, с установленным диагнозом F33, коморбидными

по расстройствам личности, в ответ на травмирующие события.

Материалы и методы. Анализ научной литературы с высокой релевантностью по теме коморбидности депрессивных расстройств и расстройств личности и применения когнитивно-поведенческой терапии у пациентов с соответствующими нозологиями (ключевые слова: «коморбидность депрессии», «КПТ в терапии расстройств личности»). Клиническое интервью с пациентами РНПЦ Психического Здоровья и Минского областного клинического центра «Психиатрия-наркология» с рекуррентными депрессивными эпизодами, коморбидными расстройствам личности, анализ анамнестических данных. Для выявления и анализа автоматических мыслей использовался метод ABCD-модели когнитивно-поведенческой терапии.

Результаты исследования. Было выявлено, что отдельные индивиды наиболее восприимчивы к одним и тем же триггерным сценариям, в то время как другие имеют восприимчивость к иным, которые могут рецидивировать возникать случайным образом либо, чаще всего, вследствие коморбидных депрессии состояний, таких как расстройства личности. Идентичное восприятие повторяющихся травмирующих ситуаций влечёт за собой очередной депрессивный эпизод. При этом причина депрессивных эпизодов у каждого из пациентов – разная. Применение КПТ именно по поводу депрессивного состояния может не дать желаемые в перспективе результаты, поскольку рецидивы депрессии могут возникать вследствие личностных особенностей. Высокая коморбидность расстройств личности и депрессий установлена в ходе ряда клинических и эпидемиологических исследований.

В долгосрочной перспективе когнитивно-поведенческая терапия личностных расстройств способна решить сразу две задачи: по улучшению социализации и самовосприятия пациентов с расстройством личности, и профилактика, таким образом, рекуррентных депрессивных эпизодов. Поскольку основная задача КПТ – изменение искаженных когниций, негативного восприятия себя и/или окружающего мира, и, таким образом, выработка «психологического иммунитета» к триггерным факторам, способным запускать цикл депрессивного эпизода.

Согласно анализу результатов клинического интервью пациентов с соответствующей коморбидностью, удалось выделить следующие наиболее частые причины депрессии (в скобках представлены сведения о корреляции испытываемых пациентами эмоций с предшествующими ими событиями в жизни пациентов):

1. Ощущение одиночества (вследствие разрыва отношений с партнёром (для пациентов с зависимым расстройством личности), вследствие отсутствия близких всегда (характерно для пациентов с пограничным расстройством личности) или в результате утраты, вследствие непринятия обществом идей (наиболее часто встречалось у пациентов с нарциссическим расстройством личности)).

2. «Однообразность», «бессмысленность», «бесцельность», «усталость»

(чаще встречались у пациентов с шизоидным расстройством личности).

3. Импульсивность/перфекционизм (чаще всего наблюдался у пациентов с обсессивно-компульсивным, истерическим расстройством личности, а также у пациентов с расстройствами пищевого поведения, в частности при нервной анорексии/нервной булимии (при осознании невозможности «достижения идеала», как «наказание за безволие в случае, когда срывов становится слишком много»).

4. Сочетание факторов.

Таким образом, вариантом «мишени» реструктуризации для работы с пациентом с депрессией, коморбидной нарциссическому расстройству личности - АМ «меня не принимают» либо близкая к ней по смыслу при первичном либо скрытом типе, «меня не замечают» либо близкая к ней по смыслу при грандиозном типе. Таковой «мишенью» для пациента с депрессией, коморбидной шизоидному расстройству личности может быть АМ «мне никто не нужен» или близкая к ней по смыслу. Вероятная «мишень» для пациента с депрессией, коморбидной обсессивно-компульсивному расстройству личности, расстройствам пищевого поведения – АМ «всё должно быть идеально» или близкая к ней по смыслу. Наиболее ожидаемая «мишень» для работы с реструктуризацией пациента с депрессией, коморбидной истерическому расстройству личности – АМ «мне необходимо чужое одобрение/признание/внимание» или близкая к ней.

Выводы. Полученные данные позволяют применять КПТ, направленную на реструктуризацию автоматических мыслей у пациентов с рекуррентными депрессивными эпизодами, коморбидными по расстройствам личности, способствующую развитию навыков самоконтроля, стабилизации и поддержания устойчивого эмоционального фона, вне зависимости от жизненных обстоятельств индивида. При этом, конкретному расстройству личности соответствует конкретная формулировка автоматических мыслей, что позволяет делать психотерапевтический подход в рамках КПТ метода более дифференцированным. Используя когнитивную реструктуризацию, Сократовский диалог, поведенческий эксперимент, в рамках КПТ-подхода возможно значительно уменьшить симптомы проявления личностных расстройств, и, таким образом, снизить вероятность и частоту рекуррентных депрессивных эпизодов у коморбидных по данным заболеваниям пациентов.

Литература

1. Personality and depressive symptoms: a multi-dimensional analysis / R. A. Grucza T. R. Przybeck, E. L. Spitznagel, C. R. Cloninger // J Affect Disord. – 2003. – Vol. 74, № 2. – P. 123-30. – doi: 10.1016/s0165-0327(02)00303-8.

COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY IN THE TREATMENT OF RECURRENT DEPRESSIVE EPISODES IN PATIENTS WITH PERSONALITY DISORDER. TARGETS OF COGNITIVE RESTRUCTURING

Kharit A.V.

*Minsk Regional Clinical Center «Psychiatry and Addiction Medicine»
Minsk, Belarus*

The study considers the frequent comorbidity of recurrent depressive disorder and personality disorders as a key factor in the treatment of both conditions using cognitive behavioral therapy. Recurrent depressive episodes may be caused by habitual patterns of behavior, social interaction, and perception characteristic of individuals with personality disorders. The presence of specific automatic thoughts identified in patients with personality disorders may represent the primary targets of cognitive restructuring aimed at preventing relapses of depressive episodes in this patient group.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ШКАЛЫ СОМАТИЗАЦИИ МОДИФИЦИРОВАННОГО ОПРОСНИКА НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Цидик Л.И.

*Гродненский государственный медицинский университет
Гродно, Беларусь
ltsidik@mail.ru*

Введение. Опросник невротических расстройств был создан в рамках классической теории тестов, которая не соответствует требованиям современной психометрики [1, с. 32; 2]. Поэтому возникла необходимость в использовании новых технологий для его модификации и дальнейшего эффективного использования в клинике. С этой целью применили метрическую систему Раша – разновидность современной теории тестов, которая является единственной измерительной моделью, соответствующей критериям объединённого аддитивного измерения [3]. Качественное функционирование метрической шкалы возможно только в том случае, если данная шкала измеряет только один психологический конструкт, то есть имеет однородную структуру [4, 5]. На основе утверждений опросника невротических расстройств в рамках модели Раша сформированы 13 шкал с доказанными психометрическими характеристиками. В данной статье осуществлена оценка диагностических возможностей одной из них.

Цель исследования. Оценить диагностические возможности шкалы соматизации модифицированного 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 характеризуется однородной структурой. Анализ содержательной валидности пунктов показал, что диагностические пункты характеризуют наличие разнообразных соматических симптомов, фиксации на физическом здоровье, озабоченность физическим недомоганием.

На рисунке 1 представлена ROC-кривая, характеризующая критериальную валидность шкалы в разделении групп пациентов и здоровых респондентов.

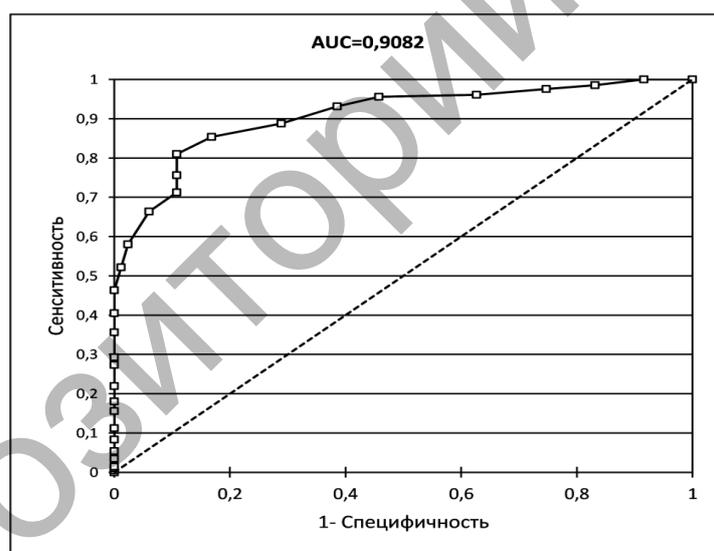


Рисунок 1 - ROC-кривая шкалы 3 ОНРмод (пациенты-здоровые)

Оценка ROC-кривой показывает высокую критериальную валидность шкалы в дифференцировке пациентов с невротическими, связанными со стрессом расстройствами и депрессией, и здоровых респондентов (AUC=0,9082). Отсекающее значение по индексу Юдена составило 9 и более баллов (Se=0,81; Sp=0,89). Оценки, равные и превышающие отсекающее значение, характеризует наличие клинически значимых соматических симптомов при невротических, связанных со стрессом, соматоформных расстройствах и депрессии. Оценка различий по данной шкале между этими же группами респондентов выявила статистически значимые различия с высокой

величиной эффекта ($U=15453$; $p<0,0001$; $d=1,66$).

Визуальная оценка ROC-кривых, характеризующих критериальную валидность моделируемой шкалы и шкалы ипохондрии ММРІ в разделении групп пациентов с превалирующими соматическими симптомами и без выраженных соматических симптомов показывает, что ROC-кривая исследуемой шкалы имеет большую площадь под кривой по сравнению с ROC-кривой шкалы ипохондрии (разница $AUC=0,138$).

Оценка корреляционных связей показывает, что шкала имеет значимые умеренные корреляции с большинством шкал ММРІ, за исключением шкал мужественности-женственности и гипомании. Умеренные корреляции со шкалами невротической триады (шкалы ипохондрии, депрессии и конверсионной истерии) объясняются тем, что данные шкалы в своей структуре содержат диагностические пункты с соматическими симптомами. Умеренная корреляция со шкалой паранойи ($r=0,4874$) отражает наличие в структуре шкалы выраженной фиксации на симптомах и аффективной ригидности. Часть соматических симптомов могут иметь отношение к переживанию тревоги и личностной тревожности, а также связаны с повторяющимися мыслями о нарушениях физического здоровья. Это нашло отражение в умеренной связи со шкалой психастении ($r=0,6129$). Умеренно выраженные корреляции со шкалой шизофрении ($r=0,5688$) и социальной интроверсии ($r=0,5812$) характеризуют недостаточность эмоциональной и социальной компетентности, которая является основой соматизации и фиксации на физическом здоровье.

Таким образом, анализ валидности данной шкалы ОНРмод свидетельствует, что шкала оценивает наличие и выраженности соматической фиксации, механизмов соматизации и наличие разнообразных соматических симптомов. Данная шкала получила название «шкала соматизации».

Выводы.

1. В результате анализа структурной валидности выявлено, что пункты шкалы характеризуют различные аспекты одного конструкта, то есть шкала является однородной;

2. Оценка критериальной валидности шкалы осуществлялась посредством ROC-анализа, в результате чего выявлены высокие диагностические свойства шкалы и рассчитаны отсекающие значения, которые и явились критериями интерпретации;

3. Критериальная валидность исследуемой шкалы статистически значимо превышает валидность шкалы ипохондрии ММРІ, являющейся «золотым стандартом» измерения, что продемонстрировало статистическое сравнение их ROC-кривых;

4. Корреляционный анализ суммарного показателя выявил статистически значимые ($p<0,05$) коэффициенты корреляции моделируемой шкалы с оценками большинства шкал ММРІ.

Литература

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

2017. – 224 с.

2. Wright, B. D. Number of Person or Item Strata $(4G+1)/3$ / B. D. Wright,

3. G. N. Masters // Rasch Measurement Transactions Index. – 2002. – Vol. 16, iss. 3. – P. 883-892.

4. Boone, W. J. Rasch Analysis in the Human Sciences / W. J. Boone, J. R. Staver, M. S. Yale. – New York : Springer, 2014. – 482 p.

5. Feinstein, A. R. Clinimetrics / A. R. Feinstein. – New Haven: Yale University Press, 1987. – 272 p.

6. Olsen, L. W. Essays on Georg Rasch and his contribution to statistics / L. W. Olsen. – Copenhagen : University of Copenhagen, 2003. – 237 p.

DIAGNOSTIC CAPABILITIES OF THE SOMATIZATION SCALE OF THE MODIFIED NEUROTIC DISORDERS QUESTIONNAIRE

Tsidik L.I.

*Grodno State Medical University
Grodno, Belarus*

This article presents the results of an evaluation of the diagnostic capabilities of one of the developed scales of the modified questionnaire of neurotic disorders – the somatization scale. The objective of the study was to evaluate the diagnostic capabilities of the somatization scale. Materials and methods: the study included 296 participants. Statistical methods used included factor analysis of standardized residuals, ROC analysis, and correlation analysis. Results: the scale is structurally homogeneous, ROC analysis revealed high discriminatory properties of the scale, and correlation analysis of the overall score revealed statistically significant correlations with most MMPI scales.

КОМБИНИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ОБСЕССИВНО-КОМПУЛЬСИВНОМ РАССТРОЙСТВЕ В РАМКАХ КО-ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО АЛЬЯНСА ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИИ И КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ (ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ)

Шелыгин К.В., Ложкина Л.И.

*Северный государственный медицинский университет
Архангельск, Россия
shellugin@yandex.ru*

Введение. Обсессивно-компульсивное расстройство (ОКР) относится к числу хронических расстройств, требующих комплексного подхода к терапии [1].

«Золотым стандартом» лечения признано сочетание фармакотерапии и когнитивно-поведенческой психотерапии (КПТ) [2]. Однако вопросы преодоления терапевтической резистентности и оптимизации взаимодействия методов остаются актуальными. Ключевым фактором эффективности комбинированного подхода выступает ко-терапевтический альянс – согласованное взаимодействие психиатра и медицинского психолога. Единая психотерапевтическая гипотеза и последовательная коммуникация специалистов создают условия для синергетического лечебного эффекта. В данной работе представлен клинический случай, демонстрирующий потенциал такого подхода.

Цель: Представить результаты комбинированной терапии в рамках ко-терапевтического альянса при лечении резистентной формы обсессивно-компульсивного расстройства.

Материалы и методы исследования.

Метод: описание клинического случая (case report). Материалом послужили клинические наблюдения, анамнестические сведения, результаты оценки эффективности терапии. **Участник:** мужчина 29 лет с верифицированным диагнозом обсессивно-компульсивного расстройства (по критериям МКБ-10). **Методы терапии (вмешательства):** фармакотерапия (курс селективных ингибиторов обратного захвата серотонина длительностью 12 месяцев, бензодиазепинов длительностью 20 дней, коррекция доз и оценка соматического статуса проводилась врачом-психиатром; курс КПТ, направленный на разрыв порочного круга «обсессия – тревога – компульсия» и дезактуализацию негативных установок в отношении себя. Сессии проводились с частотой 1 раз в 2 недели (обусловлено спецификой графика работы пациента), длительностью 16 месяцев, общее количество встреч – 28, осуществлялись медицинским психологом. Лечебный процесс осуществлялся при постоянном взаимодействии психиатра и медицинского психолога.

Результаты исследования. Собственное наблюдение: мужчина, 29 лет, европеоидной расы, высшее юридическое образование, на момент обращения не работал, повышенного веса (ИМТ 30). *Жалобы при первом обращении:* на множественные, выраженные навязчивые мысли, страхи, действия, касающиеся практически всех сторон жизни, пониженное настроение, слезливость, нарушения сна в виде трудностей с засыпанием, поверхностного сна с частыми пробуждениями. Из анамнеза известно: наследственность психопатологически не отягощена, детское развитие в срок, проживает с матерью в частном доме. Впервые навязчивую мысль отмечает в возрасте 5 лет: «Убежать от родителей». Систематическую склонность к навязчивостям отмечает со школьного возраста: «В школе я мог долго укладывать сумку с учебниками, перепроверял много раз, все ли взял, боялся, что у меня украдут вещи, перепроверял их при сборах в школу, по приходу в школу дважды. Когда уходил из дома, проверял много раз выключен ли газ, закрыты ли окна, мог вернуться с полдороги, если засомневался, все ли проверил». Данное обострение симптоматики уже два года, психопатологические явления постепенно нарастают, приводят к нарушению функционирования (уволился с работы, ограничил выходы из дома). Ранее по поводу навязчивостей

лечился амбулаторно в ПНД, были назначены антипсихотики первого поколения, amitriptilin, без улучшения, самостоятельно отменил из-за появившихся осложнений (сонливость, явления акатизии), психотрeпевтической помощи не получал. *Психический статус при первом обращении:* на прием пришел заранее, на стуле сидит ровно, контакт глазами поддерживает, на вопросы отвечает по существу, но подробно, с множеством деталей, издали, однако без явлений соскальзывания, речь ускорена. Принес собой записи о своих навязчивостях, периодически сверяется с ними при рассказе, голос обычной громкости, тембра, слабо модулирован, при рассказе о навязчивостях становится плаксивым. Мимика, пантомимика без особенностей. Расстройств восприятия, суицидальных мыслей, тенденций, бредовых, сверхценных тенденций, волевых расстройств, расстройств памяти не выявляется. От госпитализации в стационар отказался категорически. *Данные объективного исследования:* неалкогольная жировая дистрофия печени, без неврологической, кардиологической, эндокринологической патологии, методы нейровизуализации – без объемных, очаговых образований головного мозга. *Выставлен диагноз:* Обсессивно-компульсивное расстройство (смешанные навязчивые мысли и действия), F42.2. *Назначения:* 1. Этифоксин по 50 мг*3 раза в сутки 20 дней; 2. Сертралин по схеме: 1-4 день 25 мг в сутки, с 5-го дня 50 мг в сутки. Через месяц, на следующем приеме, после оценки состояния доза повышена до 100 мг в сутки, далее в течение 2-х месяцев доза была повышена до 200 мг в сутки, далее – до 300 мг в сутки; 3. Консультация медицинского психолога через 2 месяца от начала психофармакотерапии; 4. Консультация эндокринолога (гиперпролактинемия, патология щитовидной железы) – не подтверждены. Общая продолжительность терапии сертралином 12-14 месяцев в сочетании с психотерапией, затем снижение дозировок титрованием по 25 мг в неделю до поддерживающего уровня и/или полной отмены в зависимости от выраженности клинической картины и восстановления рабочих, социальных функций. Периодичность оценки состояния: на первом приеме, далее через 5 дней от начала приема препаратов, далее дважды каждые 7 дней, далее дважды 1 раз 14 дней, далее 1 раз в месяц. Способ оценки состояния: пациенту предлагалось: 1 оценить субъективное улучшение/не улучшение своего состояния (уменьшение навязчивостей, их частоты) по сравнению с уровнем на первом приеме (он принят за 100% тяжести), целевой уровень снижения к окончанию первого месяца терапии – 10-15%; 2 наличие/отсутствие побочных явлений (на первом этапе терапии тошнота, послабление стула, увеличение тревоги, далее – возможный неконтролируемый рост массы тела). В психотерапии были использованы техники: экспозиции и удержания реакции, ABC – анализ, правдоподобного переформулирования, реалистического прогнозирования, декатастрофизации. На первой встрече была проведена оценка имеющихся, ситуаций-триггеров, которые провоцируют возникновение obsessions и compulsions и оценивание уровня тревоги, возникающей при столкновении с триггерами (шкала SUDS), их ранжирование. Общее количество составило 17 феноменов, которые касались практически всех сторон жизни (прикосновение к еде голыми руками -100 баллов, прием пищи

только в надетых на руки полиэтиленовых пакетах, перемывание посуды, проверка окон, дверей, газа, розеток, проверка личных вещей, сумок, карманов и т.п. – 90 баллов, личная гигиена после посещения туалета -70 баллов (использование туалетной бумаги до 2 рулонов за одно посещение), обработка рук антисептиком и т.п.) Из-за множественных перепроверок выход из дома затягивался на 1,5-4 часа. В процессе психотерапии наблюдалась снижение тревоги до приемлемого уровня, сокращение проверок до однократного по значимым позициям (проверка окон, газа, двери), полная редукция компульсий. Пациент стал оценивать свое состояние как «нормальное», после чего психотерапия была завершена.

Выводы. Представленный клинический случай демонстрирует эффективность комбинированной терапии резистентного обсессивно-компульсивного расстройства. Ключевым фактором успеха выступил ко-терапевтический альянс, обеспечивший синхронизацию терапевтических стратегий. Результатом вмешательства явилось достижение субъективно удовлетворительного состояния, что подтверждает целесообразность применения мультидисциплинарного подхода в реальной клинической практике.

Литература

1. Актуальные проблемы диагностики и терапии обсессивно-компульсивного расстройства / Д. С. Петелин, А. С. Аведисова, Д. В. Иващенко [и др.] // Современная терапия психических расстройств. – 2024. – № 4. – С. 67-75. – doi: 10.21265/PSYPH.2024.82.91.007.

2. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for treatment of anxiety, obsessive-compulsive and posttraumatic stress disorders – Version 3. Part II: OCD and PTSD / B. Bandelow, Ch. Allgulander, D. S. Baldwin [et al.] // The World Journal of Biological Psychiatry. – 2023. – Vol. 24, № 2. – P. 118-134. – doi: 10.1080/15622975.2022.2086296.

COMBINATION THERAPY FOR OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER WITHIN THE FRAMEWORK OF A CO-THERAPEUTIC ALLIANCE OF PSYCHOPHARMACOTHERAPY AND COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY (CASE REPORT)

Shelygin K.V., Lozhkina L.I.

*Northern State Medical University
Arkhangelsk, Russia*

This clinical case report examines the efficacy of a combined therapeutic approach in managing treatment-resistant obsessive-compulsive disorder (OCD) within a co-therapeutic alliance. A 29-year-old male patient with severe, functioning-impairing OCD (F42.2), who had previously received no combined treatment with psychopharmacology and psychotherapy, underwent a long-term regimen combining high-dose sertraline (up to 300 mg/day) and cognitive-behavioral therapy focused on exposure and response prevention. The treatment was characterized by continuous, structured collaboration

between a psychiatrist and a clinical psychologist to ensure the synchronization of pharmacological and psychotherapeutic strategies. In the course of psychotherapy, a reduction in anxiety to an acceptable level was observed, checks were reduced to a single check on significant items (checking windows, gas, doors), and complete reduction of compulsions was achieved. This case highlights the potential of a well-coordinated multidisciplinary approach to achieve remission in complex, resistant cases of OCD.

К ВОПРОСУ ОБ АВТОМАТИЗИРОВАННОЙ ДИАГНОСТИКЕ ДЕПРЕССИИ НА ОСНОВЕ АНАЛИЗА ЛИЦЕВОЙ ЭКСПРЕССИИ

Яковлева Н.В., Варламов А.В., Яковлев Н.В., Яковлев В.В.

Рязанский государственный медицинский университет,

Рязань, Россия

Yakovleva.nata2@gmail.com

Введение. В условиях роста распространённости депрессивных состояний особую актуальность приобретает разработка надёжных и воспроизводимых методов их диагностики и мониторинга, дополняющих традиционные клинико-психологические подходы, основанные на самоотчёте пациента и экспертной оценке специалиста [1, 2, 3, 4]. Оценки пациентом с депрессией своего состояния нередко искажают реальную картину заболевания. Негативные когнитивные установки, эффект социальной желательности ответов, снижение продуктивности всех психических процессов – все это может приводить к недооценке тяжести симптоматики и снижению эффективности традиционных мониторинговых процедур. В этих условиях возрастает интерес к объективным поведенческим индикаторам депрессии, в том числе к анализу лицевой экспрессии. Лицевая экспрессия – это гораздо менее контролируемый субъектом канал эмоциональной коммуникации, чем вербализация своего состояния при опросах.

Цель. Оценить возможности использования видеорегистрации лицевой экспрессии для диагностики и мониторинга депрессивных состояний, а также обозначить перспективы практического применения соответствующих технологий в медицине.

Материалы и методы исследования. В исследование включены 40 добровольцев в возрасте от 18 до 60 лет (18 мужчин и 22 женщины) без тяжёлых психических и соматических заболеваний по данным анамнеза. Уровень тревоги и депрессии оценивался с помощью опросника «Тревога и депрессия» К.К.Яхина и Д.М.Менделевича, а личностные особенности – с помощью опросника акцентуаций Х.Смишека. Диагностически значимой группой были лица с повышенными показателями по шкале депрессии ТИД и дистимности, составившие 14 человек (35% выборки). Для стандартизированной индукции эмоциональных состояний использовалась процедура музыкальной индукции настроения (Musical Mood Induction Procedure, ММІР): испытуемым предъявлялись фрагменты музыкальных произведений длительностью 60 секунд, вызывающие радость, печаль, гнев и

страх, отобранные по данным ранее проведенных исследований.

Лицевая экспрессия фиксировалась с помощью экшн-камеры GoPro Hero с частотой 12 кадров в секунду при индивидуальной подаче музыкальных стимулов через стереотелефоны. Предварительная обработка видеоданных включала детекцию и трекинг лица (алгоритмы Open CV), выравнивание изображений по ключевым точкам (область носогубного треугольника) для уменьшения влияния глобальных движений головы, а также нормализацию (преобразование цветного изображения в градации серого).

В качестве психологически интерпретируемого представления лицевой экспрессии использовались единицы действия (AU) системы FACS. На первом этапе автоматизированный модуль оценивал вероятность и интенсивность активации AU по видеозаписям (набор AU-признаков по кадрам). На втором этапе эти временные профили AU рассматривались как входные данные для моделей, классифицирующих эмоциональные состояния и выявляющих признаки депрессивности, что позволило совместить интерпретируемость психодиагностического подхода и чувствительность методов компьютерного зрения.

Результаты исследования. Существенных различий в количественных показателях эмоциональной экспрессии между мужчинами и женщинами, а также между различными возрастными группами не обнаружено, за исключением большей интенсивности экспрессии гнева у мужчин. Разметка видеозаписей выявила, что у лиц с повышенной депрессивностью наблюдается увеличение времени угасания лицевой экспрессии эмоций радости и страха, а также увеличение общей продолжительности экспрессии таких эмоций как радость, печаль и страх в процессе прослушивания соответствующих музыкальных фрагментов. Полученные данные позволяют рассматривать выявленные особенности как поведенческие маркеры аффективной ригидности и снижения гибкости эмоциональной регуляции, характерные для депрессивного спектра, и свидетельствуют о относительной независимости основных параметров лицевой экспрессии от демографических факторов. С практической точки зрения видеорегистрация и автоматизированный анализ лицевой экспрессии открывают возможности для разработки новых технологий диагностики и мониторинга депрессии в медицине. Во-первых, они могут быть использованы как скрининговый инструмент в первичном звене медицинской помощи и телемедицине, позволяющий дополнять клиническое впечатление врача объективными количественными показателями эмоционального реагирования. Во-вторых, в психотерапевтических и психиатрических службах такие технологии могут применяться для динамического мониторинга состояния пациента до и после курса лечения, в том числе для оценки эффективности психотерапии и фармакотерапии. В-третьих, интеграция данных автоматизированного анализа лицевой экспрессии в работу мультидисциплинарных команд способствует повышению обоснованности клинических решений и персонализации терапии. Дополнительным направлением применения является использование параметров лицевой экспрессии в рамках программ психообразования и биообратной связи, что может способствовать формированию у пациентов более осознанного отношения к собственным эмоциональным состояниям.

Выводы.

1. Видеорегистрация и анализ лицевой экспрессии в условиях музыкальной индукции эмоций позволяют выявить специфические особенности эмоционального реагирования у лиц с повышенной депрессивностью, в том числе увеличение продолжительности и замедление прекращения экспрессии отдельных эмоций.

2. Обнаруженные изменения могут рассматриваться как поведенческие маркеры аффективной ригидности и снижения гибкости эмоциональной регуляции, характерные для депрессивных состояний.

3. Полученные результаты подтверждают перспективность разработки программных комплексов для автоматизированной диагностики и мониторинга депрессии на основе анализа лицевой экспрессии, что открывает широкий спектр возможностей для их практического применения в медицине, особенно в первичном звене помощи, психиатрических и психотерапевтических службах.

Литература

1. Detecting depression from facial actions and vocal prosody / J. F. Cohn, T. S. Krueez, I. Matthews [et al.] // 3rd Int. Conf. on Affective Computing and Intelligent Interaction and Workshops, Amsterdam, Netherlands, 10-12 sept. 2009. – Amsterdam, Netherlands, 2009. – P. 1-7. – doi: 10.1109/ACII.2009.5349358.

2. Social risk and depression: Evidence from manual and automatic facial expression analysis / J. M. Girard, J. F. Cohn, M. H. Mahoor [et al.] // 10th IEEE International Conference and Workshops on Automatic Face and Gesture Recognition (FG), Shanghai, 22-26 Apr. 2013. – Shanghai, 2013. – P. 1-8. – doi: 10.1109/FG.2013.6553748.

3. Joint Face Detection and Alignment Using Multitask Cascaded Convolutional Networks / K. Zhang, Z. Zhang, Z. Li, Y. Qiao // IEEE Signal Processing Letters. – 2016. – Vol. 23, № 10, – P. 1499-1503. – doi: 10.1109/LSP.2016.2603342

4. Predicting sepsis with a recurrent neural network using the MIMIC III database / M. Scherpf, F. Gräßer, H. Malberg, S. Zaunseder // Comput Biol Med. – 2019. – Vol. 113. – Art. 103395. – doi: 10.1016/j.combiomed.2019.103395.

ON AUTOMATED DIAGNOSTICS OF DEPRESSION BASED ON FACIAL EXPRESSION ANALYSIS

Yakovleva N.V., Varlamov A.V., Yakovlev N.V., Yakovlev V.V.

*Ryazan State Medical University
Ryazan, Russia*

The aim of this study was to assess the potential of video-based facial expression analysis for the diagnosis and monitoring of depressive states. Forty volunteers aged 18–60 years were examined using anxiety, depression and personality questionnaires. Individuals with elevated depressive scores showed increased duration and slower offset of joy and fear expressions, which may be interpreted as a behavioral marker of affective rigidity and reduced emotional flexibility.

Научное издание

**СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ
В ПСИХОТЕРАПИИ И ПСИХОКОРРЕКЦИИ
ПСИХИЧЕСКИХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ**

*Сборник материалов Конгресса,
включающего VI съезд психотерапевтов Республики Беларусь*

27 марта 2026 г.

Ответственный за выпуск С. Б. Вольф

Компьютерная верстка И. И. Прецкайло, А. А. Хартанович
Корректурa И. С. Савицкого

Подписано в печать 26.03.2026.

Тираж 3 экз. Заказ 32.

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