



ФГБОУ ВО «Российский университет медицины»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
НОИ Социальных, гуманитарных и экономических наук им. А.П. Чехова  
Кафедра Психологического консультирования, психокоррекции и психотерапии

# СБОРНИК ТЕЗИСОВ

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ  
«ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ  
НАСЕЛЕНИЯ  
В ЭПОХУ ПЕРЕМЕН»

МОСКВА 2025

**УДК: 615.851(063)**

**ББК: 88.7я431+53.57**

**С 23**

**Под общей редакцией:**

**В. Л. Малыгина** - д.м.н., профессора, зав. кафедрой психологического консультирования, психокоррекции и психотерапии НОИ им Чехова ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России

**Редакционная коллегия:**

**Пахтусова Е.Е.**- к.м.н., зав. учебной частью кафедры психологического консультирования, психокоррекции и психотерапии НОИ им Чехова ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России

**Искандирова А.С.**- к.м.н., доцент кафедры психологического консультирования, психокоррекции и психотерапии НОИ им Чехова ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России,

**Меркурьева Ю.А.**- к.м.н., преподаватель кафедры психологического консультирования, психокоррекции и психотерапии НОИ им Чехова ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России

**Сборник подготовлен к научно-практической конференции с международным участием, посвященной 20-летию кафедры психологического консультирования, психокоррекции и психотерапии Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Российский университет медицины» Министерства здравоохранения Российской Федерации.**

**Издание предназначено для клинических психологов, психотерапевтов, врачей психиатров, психиатров-наркологов, неврологов и других специалистов, интересующихся вопросами сохранения и укрепления психического здоровья, а также студентов, клинических ординаторов и аспирантов медицинских вузов.**

РАЗДЕЛ 1. КОМПЛЕКСНЫЕ КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И ПСИХОФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ В ТЕРАПИИ ПСИХИЧЕСКИХ, АФФЕКТИВНЫХ, НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ И РАССТРОЙСТВ ЛИЧНОСТИ .....	7
ДЕВИАЦИИ ПОЛОВОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ ЖЕНЩИН БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ <i>Авилов А.Ю., Аврамов А.А., Бизюк А.П.</i> .....	7
ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ БАРЬЕРЫ РАССТРОЙСТВ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У МАЛЬЧИКОВ-ПОДРОСТКОВ <i>Акопян С.А.</i> .....	8
ПРИМЕНЕНИЕ ИММУНОКОРРЕКТИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ СО СМЕШАННЫМ ТРЕВОЖНЫМ И ДЕПРЕССИВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ <i>Бакулева Н.И., Ширяев О.Ю.</i> .....	9
НЕБЛАГОПОЛУЧНЫЙ ДЕТСКИЙ ОПЫТ КАК ФАКТОР ФОРМИРОВАНИЯ РЕЗИЛЕНТНОСТИ И СОВЛАДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ ВО ВЗРОСЛОМ ВОЗРАСТЕ <i>Волкова А.И.</i> .....	10
САМОРЕГУЛЯЦИЯ У ЛИЦ С АФФЕКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ <i>Галанина Н.А., Беликова А.А., Розанов И.А.</i> .....	11
КЛИНИКО-ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ <i>Джангильдин Ю.Т.</i> .....	13
НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПОДРОСТКОВ, БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ <i>Жигзу Е.И.</i> .....	14
ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ, КАК ИНСТРУМЕНТ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ТЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ ПОЛИМОРФНЫХ ПСИХОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ <i>Закинов Д.Б., Цыганков Б.Д., Пастух И.А., Рыжухинская А.В.</i> .....	15
ПРЕДИКТОРЫ ХРОНИЗАЦИИ ОСТРОГО СТРЕССА У ПАЦИЕНТОК ЖЕНСКОГО ПОЛА С НЕПСИХОТИЧЕСКИМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ <i>Исакулян Е.Л., Кустов Г.В., Тихонова Н.И., Попова С.Б., Зинчук М.С., Акжигитов Р.Г.</i> .....	17
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОГРАММЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ С ПЕРВИЧНЫМИ ОРГАНИЧЕСКИМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ, ОСЛОЖНЕННЫЕ АЛКОГОЛИЗМОМ В СРЕДНЕМ И ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ <i>Кардашян Р.А., Ефремов А.А., Пронин В.Ю., Никифоров И.А.</i> .....	18
РОЛЬ ПОЛИМОРФИЗМОВ ГЕНОВ ТРАНСПОРТНЫХ БЕЛКОВ В БЕЗОПАСНОСТИ ТЕРАПИИ КЛОЗАПИНОМ <i>Кидяева А.В., Насырова Р.Ф.</i> .....	19
ДУШЕВНАЯ БОЛЬ КАК ЗНАЧИМЫЙ ПРЕДИКТОР СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ЛИЦ С РАССТРОЙСТВАМИ ДЕПРЕССИВНОГО СПЕКТРА <i>Комарова А.Н.</i> .....	20
ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ СВО <i>Коньков В.И., Бровко Ю.И., Шеляховский А.В., Михалев И.В., Захаров С.В.</i> .....	22
ПРОЕКТИВНЫЙ ПОДХОД К ОЦЕНКЕ СОЦИАЛЬНОГО ПОЗНАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА <i>Мезенцева Д.Д., Исаева Е.Р.</i> .....	24
РОЛЬ ТИПОВ ЛИЧНОСТИ В ФОРМИРОВАНИИ АГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ У БОЛЬНЫХ МУЛЬТИИНФАРКТНОЙ ДЕМЕНЦИЕЙ <i>Пастух И.А., Степанова И.В.</i> .....	25
ЭФФЕКТИВНОСТЬ КРАТКОСРОЧНОГО ПРОТОКОЛА ТЕРАПИИ ПРИНЯТИЯ И ОТВЕТСТВЕННОСТИ (АСТ) ДЛЯ СНИЖЕНИЯ СТРЕССА В УСЛОВИЯХ ЦИФРОВОЙ ПЕРЕГРУЗКИ У ПАЦИЕНТОВ С ТРЕВОЖНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ <i>Попов М.М., Сорокин С.А.</i> .....	27

ОСОБЕННОСТИ САМОРЕГУЛЯЦИИ ПОВЕДЕНИЯ И ВТОРИЧНЫЕ ВЫГОДЫ ОТ БОЛЕЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С РАССТРОЙСТВАМИ НЕВРОТИЧЕСКОГО СПЕКТРА <i>Скиртач И. А.</i> .....	28
РОЛЬ ТИПОВ ЛИЧНОСТИ В ФОРМИРОВАНИИ АГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ У БОЛЬНЫХ МУЛЬТИИНФАРКТНОЙ ДЕМЕНЦИЕЙ <i>Степанова И.В.</i> .....	29
ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ФОРМИРОВАНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ С ХРОНИЧЕСКИМ ТЕЧЕНИЕМ У ЖЕРТВ СЕКСУАЛЬНОГО НАСИЛИЯ <i>Тюнева А.И., Цыганков Б.Д.</i> .....	31
КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ С ПАНИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ В СТРУКТУРЕ АЛКОГОЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ <i>Цыганков Д.Б., Малыгин В.Л., Цыганков Б.Д.</i> .....	33
КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ДИНАМИКИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ВОССТАНОВЛЕНИЯ У ЛИЦ С МАНИФЕСТНЫМИ ФОРМАМИ ШИЗОФРЕНИИ <i>Чинарев В.А., Малинина Е.В.</i> .....	35
РАЗДЕЛ 2. ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВАЯ ПСИХИАТРИЯ И ПЕРИНАТАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЯ: ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ, ПСИХОТЕРАПИЯ, ФАРМАКОТЕРАПИЯ.....	36
THE PRACTICE OF USING LOCOMOTOR CORRECTION IN CHILDREN WITH ASD <i>Irmukhamedov T.V.</i> .....	36
ОСОБЕННОСТИ ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКИХ ОТНОШЕНИЙ В СЕМЬЯХ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВОМ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА <i>Бакишина К.Е., Кудрина И.С., Султанова А.Н.</i> .....	37
КОМОРБИДНЫЕ ВЗАИМОСВЯЗИ РАССТРОЙСТВ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ И АФФЕКТИВНОЙ ПАТОЛОГИИ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ <i>Грачев В.В.</i> .....	38
ПРОФИЛАКТИКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПРОБЛЕМ У ВСТУПАЮЩИХ В БРАК <i>Добряков И.В.</i> .....	40
ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНО-ЛИЧНОСТНОЙ СФЕРЫ ДЕТЕЙ ЗАЧАТЫХ С ПОМОЩЬЮ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ (НА ПРИМЕРЕ АНАЛИЗА РИСУНОЧНЫХ И ПРОЕКТИВНЫХ МЕТОДИК) <i>Зверева Н.В., Строгова С.Е., Клак Д.С., Сергиенко А.А., Антонова Е.А., Суркова К.Л., Зверева М.В.</i> .....	42
ПАЛЬЦЕВОЙ ГНОЗИС И КИНЕСТЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ У МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ С ТРУДНОСТЯМИ ОСВОЕНИЯ СЧЕТНЫХ НАВЫКОВ <i>Кудрявцева А.С., Каримулина Е.Г.</i> .....	43
НЕКОТОРЫЕ КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ И ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С ВТОРИЧНОЙ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АМЕНОРЕЕЙ <i>Мясникова М.Ю., Бронфман С.А., Черненко В.А., Грибов В.В.</i> .....	44
ДИАГНОСТИКА И КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ГРАНИЦ ДОШКОЛЬНИКОВ КАК УСЛОВИЕ ПРОФИЛАКТИКИ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ <i>Толкачева А.П.</i> .....	46
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БЕРЕМЕННОСТИ И МАТЕРИНСТВА ПОСЛЕ ЭКО <i>Филиппова Г.Г.</i> .....	47
ТИП ПРИВЯЗАННОСТИ К РОДИТЕЛЯМ И ОТНОШЕНИЕ К СВОЕМУ ТелУ У ДЕВУШЕК И ЮНОШЕЙ СТАРШЕГО ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА <i>Филиппова Е.В., Сватковская И.А.</i> .....	49

ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА В ГОРОДЕ МИНСКЕ ЗА ПЕРИОД С 2010 ПО 2024 ГОДЫ <i>Хрущ И.А., Крот А.Ф.</i> .....	50
<b>РАЗДЕЛ 3. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ В ПСИХОТЕРАПИИ И ФАРМАКОТЕРАПИИ АДДИКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ (ХИМИЧЕСКИЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ЗАВИСИМОСТИ)</b> .....	<b>51</b>
НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИНТЕРНЕТ-АДДИКЦИИ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ТЕОРИИ ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО ИЗОМОРФИЗМА <i>Бадалов А.А.</i> .....	51
ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У РОДИТЕЛЕЙ НАРКОЗАВИСИМЫХ ПАЦИЕНТОВ <i>Добровольская Ю.В., Джангильдин Ю.Т.</i> .....	52
ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ И КОГНИТИВНОЙ СФЕРЫ У БОЛЬНЫХ С АЗАРТНЫМ РАССТРОЙСТВОМ, КАК ФАКТОРЫ РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ ЗАВИСИМОСТИ <i>Иванова М.Ю., Малыгин В.Л.</i> .....	54
ИССЛЕДОВАНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ СУБЪЕКТИВНОГО ПЕРЕЖИВАНИЯ ПОДРОСТКАМИ ОДИНОЧЕСТВА С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ ВИДЕОИГР И ВОСПРИНИМАЕМЫМ СТРЕССОМ <i>Игумнов С.А., Карпиевич В.А.</i> .....	55
ВОЗЗРЕНИЯ НА ПРИРОДУ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ВЛЕЧЕНИЯ В РАМКАХ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПОДХОДА <i>Лактаева Е.А., Шамов С.А., Клячин А.И., Гаджиева У.Х.</i> .....	57
ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ АЗАРТНОГО РАССТРОЙСТВА <i>Малыгин В.Л., Меркурьева Ю.А., Пахтусова Е.Е., Искандирова А.С.</i> .....	59
ИМПУЛЬСИВНОСТЬ ПРИ РАССТРОЙСТВАХ, СВЯЗАННЫХ С УПОТРЕБЛЕНИЕМ АЛКОГОЛЯ: ОТ НЕЙРОБИОЛОГИЧЕСКИХ МЕХАНИЗМОВ К ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННЫМ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИМ СТРАТЕГИЯМ <i>Петровский В.П., Скрябин В.Ю., Масякин А.В.</i> .....	61
РЕПАРАЦИОННЫЙ ПОДХОД КАК СТРАТЕГИЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЭЛЕКТРОННЫХ СИГАРЕТ <i>Свердлова А.И., Григорьева И.В., Чернигова А.Г.</i> .....	62
ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ БИОМАРКЕРЫ: ПОТЕНЦИАЛ ДЛЯ СТРАТИФИКАЦИИ РИСКА И ПЕРСОНАЛИЗАЦИИ ТЕРАПИИ ПРИ РАССТРОЙСТВАХ, СВЯЗАННЫХ С УПОТРЕБЛЕНИЕМ АЛКОГОЛЯ <i>Соколова С.И., Скрябин В.Ю., Ардаматская Л.К., Масякин А.В.</i> .....	64
РЕГИСТРАЦИЯ АВС-ЭЭГ ПРИ ПРЕДЪЯВЛЕНИИ СТИМУЛЬНЫХ МАТЕРИАЛОВ КАК МЕТОД ОБЪЕКТИВИЗАЦИИ ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОСТИ У ПОДРОСТКОВ С ПОГРАНИЧНЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ <i>Тимербулатова М.Ф., Тимербулатов И.Ф., Юлдашев В.Л., Ахмадеев Р.Р., Валинуров Р.Г.</i> .....	66
КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ГРУППОВАЯ АРТ-ТЕРАПИЯ В КОРРЕКЦИИ КОМПУЛЬСИВНОГО ПОКУПАТЕЛЬСКОГО ПОВЕДЕНИЯ У ЖЕНЩИН В КОНТЕКСТЕ РОССИЙСКОЙ ЦИФРОВОЙ СРЕДЫ <i>Тувина И.С.</i> .....	68
<b>РАЗДЕЛ 4. ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ, ПСИХОКОРРЕКЦИЯ, ПСИХОТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ СОМАТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ</b>	<b>70</b>
АРТ-ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ПСИХОЛОГИЧЕСКОМУ КОНСУЛЬТИРОВАНИЮ В ОБЩЕЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ <i>Бойко О.В.</i> .....	70

ПРИМЕНЕНИЕ ПРОГРЕССИВНОЙ МЫШЕЧНОЙ РЕЛАКСАЦИИ ПРИ РАБОТЕ С БОЛЬНЫМИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ <i>Бузина Т.С., Кубекова А.С., Шаповалова М.А.</i> .....	71
ХРОНИЧЕСКИЕ ИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КАК ФАКТОР РИСКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ <i>Быков Ю.В., Беккер Р.А.</i> .....	73
МИШЕНИ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ИНТЕРВЕНЦИЙ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ <i>Гребень Н.Ф.</i> .....	75
МНОГОФАКТОРНАЯ МОДЕЛЬ ПРЕДИКТОРОВ ФОРМИРОВАНИЯ ДЕПРЕССИИ У БОЛЬНЫХ РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ <i>Губская К.В., Малыгин Я.В.</i> .....	76
ЭМОЦИОНАЛЬНО-ВОЛЕВЫЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ III СТАДИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПЕРЕНЕСЕННОГО ИНФАРКТА СЕРДЦА ИЛИ МОЗГА <i>Зенин Т.Т., Поселюгина О.Б., Коричкина Л.Н., Беликов А.Н.</i> .....	77
КОГНИТИВНЫЕ ПРОЦЕССЫ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ - ВОЗРАСТНАЯ НОРМА: ВЛИЯНИЕ СОМАТИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ И СОЦИАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ НА ЕЁ ФОРМИРОВАНИЕ <i>Кириллова А.И.</i> .....	78
ВАЛИДИЗАЦИЯ РУССКОЯЗЫЧНОЙ ВЕРСИИ «ОПРОСНИКА ПРИВЕРЖЕННОСТИ БЕЗГЛЮТЕНОВОЙ ДИЕТЕ ПРИ ЦЕЛИАКИИ» (CELIAC DIET ADHERENCE TEST, CDAT) <i>Малыгин Я.В., Кузнецова Ю.С.</i> .....	79
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕМ НА РАЗНЫХ ЭТАПАХ ЛЕЧЕНИЯ <i>Попсуева К. А., Бузина Т.С., Валиева Р.И., Сычевский М.В.</i> .....	80

# РАЗДЕЛ 1. КОМПЛЕКСНЫЕ КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И ПСИХОФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ В ТЕРАПИИ ПСИХИЧЕСКИХ, АФФЕКТИВНЫХ, НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ И РАССТРОЙСТВ ЛИЧНОСТИ

## ДЕВИАЦИИ ПОЛОВОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ ЖЕНЩИН БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Авилов А.Ю.<sup>1</sup>, Аврамов А.А.<sup>2</sup>, Бизюк А.П.<sup>3,4</sup>.

1. Санкт-Петербургская городская психиатрическая больница № 1 им. П. П. Кащенко, Российская Федерация, лен. обл. с. Никольское.

2. Санкт-Петербургская городская психиатрическая больница № 1 им. П. П. Кащенко, Российская Федерация, лен. обл. с. Никольское.

3. Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, Российская Федерация, г. Санкт-Петербург.

4. Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. И.П. Павлова. Российская Федерация, г. Санкт-Петербург.

**Аннотация.** В статье представлены результаты исследований девиаций половой идентичности женщин больных шизофренией. Объектом исследования выступили 82 человека, - 42 женщины и 40 мужчин в возрастном диапазоне от 21 до 48 лет. Были выявлены и описаны девиации половой идентичности женщин больных шизофренией. Результаты исследования могут способствовать расширению понимания клинических, социальных аспектов заболевания.

**Ключевые слова:** шизофрения; половая идентичность; гомосексуальность  
**Key words:** schizophrenia; sexual identity; homosexuality

**Актуальность.** Проблема половой идентичности и сексуального поведения при шизофрении интересует ученых более 90 лет [Эй А. 1998]. Однако механизмы подобных отклонений остаются

неясными. Анализ сексуального поведения под углом зрения половой принадлежности пациентов больных шизофренией показал, что в картине изменений либидо и половой идентичности при данном заболевании у женщин в манифестации и динамике болезни психогении, в особенности интимные переживания, имеют характер осевых. Часто в качестве триггера болезни выступают женские переживания и какие-то аспекты текущей половой жизни. [Дмитриева Т.Б., Иммерман К.Л., Качаева М.А. 2003]. В сексуальной жизни женщин, больных шизофренией грубые инстинкты зачастую обостряются, присутствует неразборчивость в партнерах, где в качестве таковых выступают не только мужчины, но также женщины и дети. [Krawowski M., Czobor P. 2004]. Выявляется, отрицательное отношение к образу женщины, гомосексуальные тенденции. [Мединский Е.В., 2007]. Исходя из приведенных предпосылок сексуальные девиации у женщин с шизофренией являются важным звеном эндогенных изменений личности, что определяет актуальность исследования.

**Цель.** Выявление девиаций полоролевой идентичности женщин больных шизофренией.

**Задача:** выделить спектр патогномичных поведенческих паттернов половой идентичности женщин больных шизофренией.

**Материалы и методы** Объектом исследования послужили 83 человека с диагнозом шизофрения. Из них основная группа 43 женщины (ЖШ) и контрольная группа 40 мужчин (МШ).

Для регистрации разнообразных психопатологических феноменов последних, была использована карта клинического наблюдения, в которой регистрировались особенности сексуальных феноменов пациентов.

**Результаты обсуждения.** Статистический анализ результатов показал, что в группе ЖШ чаще встречаются случаи гомосексуального поведения. Выявлялось отрицание фемининной составляющей своей

личности (например, желания иметь семью, воспитывать детей).

В группе ЖШ чаще регистрировались патологические сексуальные влечения (сексуальные перверзии), в том числе сексуальный бред, причем пусковым фактором заболевания часто становился сексуально окрашенный эпизод. В группе ЖШ болезнь часто концептуализировалась как страстная любовь, желание секса, неудовлетворенность полового влечения.

Корреляционный анализ выявил следующие статистически достоверные связи: гомосексуальность имеет положительные корреляции с гетеросексуальностью и сексуальными перверзиями, что говорит о неразборчивости, изощренности сексуального влечения, повышенной и отклоняющийся от нормы функции либидо, с мужской идентичностью, и отрицательные корреляции с фемининностью, что может свидетельствовать о наличии гендерного конфликта, а возможно, половой дисфории у пациенток группы ЖШ.

#### **Выводы:**

- женщинам, больным шизофренией по сравнению с группой МШ свойственно большее присутствие феноменов гомосексуальности, гиперсексуальности и сексуальных перверзий;

- полоролевая идентичность женщин, больных шизофренией характеризуется выраженным сочетанием маскулинных и фемининных черт.

### **ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ БАРЬЕРЫ РАССТРОЙСТВ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У МАЛЬЧИКОВ- ПОДРОСТКОВ**

Акопян С.А.

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

Доминирующая эпидемиологическая модель расстройств пищевого поведения

(РПП), исторически сфокусированная на пациентах женского пола, способствует формированию диагностических и клинических предубеждений. В результате мальчики-подростки с РПП остаются маргинализованной группой, чьи особенности часто остаются за рамками исследовательского интереса.

**Ключевые слова:** расстройства пищевого поведения, диагностика, клинические особенности, подростки мужского пола.

**Key words:** eating disorders, diagnosis, clinical features, male adolescents.

Современные исследования показывают, что до 25% людей с РПП составляют мужчины (Hudson J.I. и др., 2007), а среди подростков это соотношение достигает 1:3 (Swanson, S. A. и др., 2011). Это означает, что мы можем упускать каждого третьего подростка из-за устаревших гендерных стереотипов.

Многочисленные исследования отмечают ключевое отличие клинической картины: если у девушек доминирует цель достичь астенического телосложения с дефицитом веса, то у юношей она чаще направлена на формирование гипертрофированной мускулатуры и мышечного рельефа при экстремально низком проценте жира (Cafri G. и др., 2006). Характерной чертой также является выраженная связь РПП с интенсивной, зачастую компульсивной физической активностью, а не только с диетическими ограничениями. А высокая спортивная мотивация часто обусловлена не заботой о здоровье, а с дисморфическими переживаниями - желанием увеличить мышечную массу (Nurkkala M. и др., 2006).

Значительным барьером для диагностики остается стигматизация РПП среди мужского населения, подпитываемая стереотипами: «обращаться за помощью - признак слабости» и «РПП — это женская болезнь». В результате расстройство воспринимается как личностный неуспех, что ведет к стыду и отрицанию проблемы (Murray, S. B. и др., 2019). Убеждение в исключительно «женской» природе РПП приводит к системным ошибкам: сами пациенты не распознают симптомы, а медики реже диагностируют мужчин и

часто ошибочно интерпретируют их стремление к мускулистости как здоровое поведение (Mond J.M. и др., 2014). Вследствие чего случаи РПП у мужчин часто остаются невыявленными до тех пор, пока расстройство не осложняется выраженными соматическими и метаболическими нарушениями (Strother E. и др. 2012).

Также важная роль в маскировке орторексии и компульсивных упражнений под «здоровый образ жизни» отводится социальным сетям (Gramaglia C. и др., 2019). Исследования подтверждают, что молодые люди, активно следящие за аккаунтами, которые продвигают эталон гипермускулиного тела с низким процентом жира («идеал V-образной формы»), а также закрытыми сообществами, где пропагандируются строгие диеты, экстремальные нагрузки и применение анаболических стероидов - демонстрируют более высокие показатели нарушения пищевого поведения и компульсивных тренировок по сравнению с контрольными группами (Simpson C. C. и др., 2017).

Таким образом, клиническая картина РПП у пациентов мужского пола подросткового возраста часто характеризуется замаскированными проявлениями, что значительно осложняет их своевременное выявление.

Вследствие этого представляется целесообразным:

1. Для клиницистов: внедрение целенаправленного скрининга на телесный дисморфизм, мотивацию к тренировкам и характер питания даже при отсутствии выраженного дефицита массы тела.
2. Для научного сообщества: разработка валидированных психодиагностических инструментов, учитывающих гендерно-специфические маркеры РПП.
3. В рамках просветительских программ: деконструкция стереотипов об исключительно «женской» природе РПП. Реализация перечисленных мер позволит обеспечить своевременное выявление и адекватную помощь данной категории пациентов.

## **ПРИМЕНЕНИЕ ИММУНОКОРРЕКТИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ СО СМЕШАНЫМ ТРЕВОЖНЫМ И ДЕПРЕССИВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ**

Бакулева Н.И., Ширяев О.Ю.

*ФГБОУ ВО «Воронежский  
государственный медицинский  
университет имени Н.Н. Бурденко»  
Министерства здравоохранения  
Российской Федерации, Воронеж*

### **Аннотация.**

Тревожно-депрессивные расстройства, поражающие до 20% населения, являются одной из наиболее распространенных групп психических заболеваний. В исследовании оценивалась эффективность комплексной терапии с применением

Этилметилгидроксипиридина сукцината у 100 пациентов со смешанным тревожно-депрессивным расстройством (СТДР). Пациенты были разделены на две группы: первая получала стандартную терапию антидепрессантом (СИОЗС), вторая – комбинированную терапию с добавлением

Этилметилгидроксипиридина сукцината. Проводилась оценка психического статуса и иммуно-метаболических показателей до и после лечения. Результаты показали, что добавление Этилметилгидроксипиридина сукцината к стандартной терапии не только усилило клинический эффект в отношении основных симптомов (тревога, депрессия, когнитивные нарушения), но и способствовало существенной нормализации иммуно-метаболических показателей. Полученные данные подтверждают целесообразность включения данного препарата в комплексные схемы лечения пациентов с СТДР, что открывает новые перспективы для повышения эффективности терапии этой патологии.

**Ключевые слова:** тревога, депрессия, иммунитет, антиоксиданты, антидепрессанты, иммунокоррекция, психоиммунология

**Keywords:** anxiety, depression, immunity, antioxidant, antidepressants, immunocorrection, psychoimmunology

**Актуальность.** Смешанное тревожное и депрессивное расстройство (СТДР) характеризуется полиморфной симптоматикой: тревога, сниженное настроение, утомляемость, когнитивные нарушения и психосоматические проявления. Социальная значимость СТДР обусловлена снижением продуктивности пациентов и ухудшением качества жизни. Особый интерес представляет концепция нейроиммунного взаимодействия в патогенезе расстройства. Актуально использование не только антидепрессантов и анксиолитиков, но и препаратов с комплексным действием, таких как Этилметилгидроксипиридина сукцинат, обладающий антиоксидантными, иммунокорректирующими и анксиолитическими свойствами.

**Цель исследования.** Оценка влияния Этилметилгидроксипиридина сукцината на течение тревоги и депрессии у пациентов со СТДР.

**Материалы и методы.** В исследовании участвовали 100 пациентов с СТДР, разделенные на две группы: группа 1 (n=50) получала Флувоксамин (50-100 мг/сут); группа 2 (n=50) получала Флувоксамин и Этилметилгидроксипиридина сукцинат (125 мг 3 раза/сут) в течение 14 дней. Оценивались психопатологические симптомы и иммунно-метаболические показатели. Статистический анализ осуществляли с помощью параметрических и непараметрических критериев (Стьюдента или Вилкоксона-Манна-Уитни) в зависимости от распределения лабораторно-клинических показателей. Корреляционный анализ полученных данных реализовали по методу Спирмена. Учету подлежали корреляции с коэффициентом выше 0,05.

**Результаты.** До лечения частота встречаемости психопатологических симптомов составляла 75,3%. После терапии в группе 1 показатель снизился до 38,9%, а в группе 2 – до 15,1%. В группе 2

наблюдалось статистически значимое уменьшение тревоги, депрессии, нарушений сна и когнитивных расстройств. Лабораторно отмечалось увеличение Т-лимфоцитов, IgG, супероксиддисмутазы и снижение продуктов окислительного стресса.

**Заключение.** Включение Этилметилгидроксипиридина сукцината в схему лечения СТДР превосходит по эффективности монотерапию антидепрессантом, обеспечивая значительное улучшение как клинической симптоматики, так и иммунно-метаболических параметров.

## **НЕБЛАГОПОЛУЧНЫЙ ДЕТСКИЙ ОПЫТ КАК ФАКТОР ФОРМИРОВАНИЯ РЕЗИЛЕНТНОСТИ И СОВЛАДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ ВО ВЗРОСЛОМ ВОЗРАСТЕ**

Волкова А.И.

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

**Аннотация.** Исследование направлено на анализ влияния кумулятивного неблагоприятного детского опыта (НДО) на ключевые психологические ресурсы совладающего поведения во взрослом возрасте. В фокус изучения взяты диспозиционный оптимизм, копинг-стратегии, саморегуляция и резилентность. Эмпирическая база включает данные 274 респондентов, полученные с использованием опросников ACE, LOT-R, COPE-30, ДТР-30, ЧОС и BRS. Полученные данные свидетельствуют о том, что НДО оказывает наиболее выраженное воздействие на глубинные ресурсы резилентности и когнитивно-рефлексивные процессы, не затрагивая непосредственно поведенческие стратегии и общую оптимистическую установку. Это указывает на целесообразность смещения акцента в психокоррекционной работе с последствиями детской травмы с поведенческого уровня на развитие

базовых ресурсов восстановления и адаптивной рефлексии.

**Ключевые слова:** неблагоприятный детский опыт, совладающее поведение, резилентность, диспозиционный оптимизм, психическое здоровье

**Keywords:** adverse childhood experiences, coping behavior, resilience, dispositional optimism, mental health

**Актуальность.** Неблагоприятный детский опыт признан ключевым фактором риска нарушения психического и соматического здоровья на протяжении взросления и последующей жизни индивида. Однако механизмы его влияния на формирование совладающего поведения и психологических ресурсов взрослого человека требуют дальнейшего изучения, в частности роли резилентности как потенциального медиатора. Целью исследования является анализ влияния кумулятивной нагрузки НДО на специфику совладающего поведения, уровень диспозиционного оптимизма и саморегуляции во взрослом возрасте, а также проверка опосредующей роли резилентности в данной взаимосвязи.

**Материалы и методы.** В кросс-секционном исследовании приняли участие 274 респондента (средн. возраст 34.7, SD=8.9). Использовались комплекс валидизированных психодиагностических методик: опросник НДО (ACE), шкала диспозиционного оптимизма (LOT-R), опросник копинг-стратегий (COPE-30), шкала резилентности (BRS), опросник дифференциальной рефлексии (ДТР-30). Для анализа данных применялись корреляционный, регрессионный анализ и проверка медиаторных моделей с использованием макроса PROCESS.

**Результаты и обсуждение.** Установлена статистически значимая отрицательная корреляция между уровнем НДО и резилентностью ( $r = -0.255$ ,  $p < 0.001$ ), а также положительная связь с показателем рефлексии ( $r = 0.207$ ,  $p < 0.001$ ). Прямые связи НДО с диспозиционным оптимизмом ( $r = -0.002$ ,  $p = 0.969$ ), адаптивными ( $r = 0.012$ ,  $p = 0.846$ ) и дезадаптивными ( $r = -0.023$ ,  $p = 0.682$ ) копинг-стратегиями оказались

незначимы. Медиаторный анализ не подтвердил опосредующей роли резилентности во взаимосвязи НДО и копинг-стратегий ( $z = -0.74$ ,  $p = 0.457$ ). Полученные результаты свидетельствуют о том, что НДО оказывает прямое дезадаптивное воздействие на базовый ресурс восстановления, – резилентность, что требует от индивида мобилизации более сложных рефлексивных процессов для поддержания психологического функционирования. При этом сформированные стили совладания и общий уровень оптимизма могут оставаться относительно автономными от глубины травматического опыта, определяясь иными факторами. Выводы. Кумулятивный неблагоприятный детский опыт оказывает прямое негативное влияние на психологическую резилентность, выступая независимым фактором риска снижения способности к восстановлению после стресса во взрослом возрасте. Практическим следствием работы является обоснование целесообразности разработки психокоррекционных и профилактических программ, направленных непосредственно на развитие навыков регуляции и укрепления резилентности у лиц с историей детской психотравмы, а не на прямую коррекцию их совладающего поведения.

### **САМОРЕГУЛЯЦИЯ У ЛИЦ С АФФЕКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ**

Галанина Н.А., Беликова А.А., Розанов И.А.

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

**Аннотация.** Проведено сопоставительное исследование самоконтроля и уровня социальной фрустрированности у 30 лиц условной нормы и 28 лиц с аффективными расстройствами, с использованием опросников «Самоконтроль» Х.Грасмика; «Уровень социальной фрустрированности». Результаты: лица с аффективными расстройствами

предпочитают простые задачи, менее удовлетворены своим социально-экономическим положением; здоровьем и работоспособностью. Женщины показали более низкие результаты по субшкале самоконтроля «Несдержанность аффекта раздражения».

**Ключевые слова:** самоконтроль, аффективные расстройства, условная норма, дезадаптация

**Keywords:** self-control, affective disorder, healthy normal, maladaptation

**Актуальность.** На 2024 г., общий прирост первичной заболеваемости психическими расстройствами в РФ составил 314,4 на 100 тыс. населения. Согласно данным ВОЗ, к 2030 г. аффективные расстройства станут одной из ведущих причин нетрудоспособности (Казаковцев Б.А., Демчева Н.К и др., 2020; Костюкова Е.Г., Мазо Г.Э. и др., 2021; Ахапкин Р.В., Букреева Н.Д. и др., 2021; Касьянов Е.Д., 2023; Culpepper L. et al., 2024; Xu Y. et al., 2024). Пациенты с аффективными расстройствами имеют высокий риск дезадаптации. Они испытывают сложности в социальном взаимодействии в связи с трудностями социальной перцепции и низкого самоконтроля, что повышает риск дальнейшей дезадаптации и уровень переживаемой в связи с этим фрустрации (Юдеева Т.Ю, Царенко Т.М., Довженко Т.В., 2014, Попова Д.А., 2019, Величковский Б.Б., Султанова Ф.Р., Татаринов Д.В., 2021, Thales S.N. et al., 2013, Fulford D. et al., 2014, Navarra-Ventura G. et al., 2021, Porter-Vignola E. et al., 2022, De Prisco M. et al., 2023, Кудряшова В.Ю., Сарайкин Д.М., Иванов М.В., 2017, Степанов И.Л., Козлов Б.Е., 2021-2022, Булыгина В.Г., Пеева О.Д., Лысенко Н.Е., 2022-2024, Лысенко, Н.Е., Коровай, Н.В., 2023).

**Цель и задачи исследования.** Целью исследования выступило определение различий в уровне самоконтроля и социальной фрустрированности у лиц с аффективными расстройствами и у условной нормы.

**Материалы и методы.** В группу лиц с аффективными расстройствами вошли 28 человек (16 мужчин, 12 женщин,

возрастной интервал 18-65 лет. Группу нормы составили 30 человек (16 мужчин, 14 женщин, возрастной интервал 18-65 лет). **Методики:** «Самоконтроль» Х.Грасмика, «Уровень социальной фрустрированности» (УСФ-20). Для статистического анализа данных, отклоняющихся от нормального распределения, применялся U-критерий Манна-Уитни; для данных, соответствующих нормальному распределению - ро-критерий Пирсона, т-критерий Стьюдента.

**Результаты.** Лица с аффективными расстройствами склонны выбирать простые задачи ( $p = 0,00$ ), менее удовлетворены своим социально-экономическим положением ( $p = 0,00$ ), здоровьем и работоспособностью ( $p = 0,00$ ). Женщины показали более низкие результаты по субшкале самоконтроля «Несдержанность аффекта раздражения», чем мужчины ( $p = 0,02$ ). Между интегральным уровнем социальной фрустрированности и интегральным показателем психологической напряженности имеется положительная связь на уровне 0,43 ( $p = 0,00$ ).

**Обсуждение результатов.** Снижение уровня самоконтроля у лиц с аффективными расстройствами проявляется в выборе простого способа действий для достижения целей, что приводит к затруднениям в социальной и трудовой адаптации. Наличие связи между психологической напряженностью и социальной фрустрированностью указывает на то, что сниженный самоконтроль может быть фактором риска дезадаптации. Интегральный уровень социальной фрустрированности выше у лиц с аффективными расстройствами: они в меньшей степени удовлетворены своим социально-экономическим положением; своим здоровьем и работоспособностью. Более низкие показатели эмоциональной саморегуляции у женщин по сравнению с мужчинами могут быть связаны с особенностями социальных гендерных ролей.

**Выводы.** Лица с аффективными расстройствами имеют более низкие

показатели самоконтроля, предпочитая простой способ действий для достижения целей, и более высокий уровень социальной фрустрированности. Женщины менее сдержаны в проявлении раздражения, чем мужчины. Необходимо включение в анализ дополнительных социально-демографических переменных, вносящих вклад в повышение уровня социальной фрустрированности, с целью разработки программ психокоррекции для лиц с аффективными расстройствами.

**Благодарности.** Исследование выполнено отделением здоровьесберегающих технологий Отдела психопрофилактики в рамках государственного задания «Разработка системы оценки социальной напряженности и риска социально-агрессивного поведения» (Регистрационный номер: 124020800065-6; дата регистрации: 8 февраля 2024 г.)

## **КЛИНИКО-ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ТРЕВОЖНО- ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ**

Джангильдин Ю.Т.

*ФГБОУ ВО «Российский Университет  
Медицины» Минздрава России,  
г. Москва, Россия*

**Аннотация:** В работе рассматриваются основные параметры формирования тревожных и тревожно-депрессивных расстройств. Указывается на их место в структуре современных классификационных подходов и клинической типологии в пространстве невротического спектра. Рассматриваются возможныеходы и модели сочетанной терапии этих расстройств с включением фармако- и психотерапии.

**Ключевые слова:** депрессия, психодинамическая психотерапия, когнитивно-бихевиоральная психотерапия, межличностная психотерапия, прагматическая интеграция.

**Key words:** depression, anxiety, cognitive-behavioral psychotherapy,

psychoanalytic psychotherapy, relaxation, hypnosis.

**Результаты и обсуждение:** Тревожные и депрессивные расстройства, являясь одним из наиболее распространенных вариантов пограничной психической патологии, относятся к большой группе нарушений невротического ряда с многообразной, зачастую неспецифичной симптоматикой. В нашей стране эти состояния традиционно рассматривались в рамках аффективных расстройств, неврозов и психогенных реакций. Невротические состояния представляют собой функциональные расстройства психической деятельности на фоне влияния психотравмирующих факторов при полном сохранении сознания заболевания и корректном отражении реальности. Единой классификации этой патологии на сегодняшний день не существует. Согласно МКБ 10 заболевания этой группы выведены в главу F4 Невротические, связанные со стрессом, соматоформные и отчасти аффективные расстройства. С течением заболевания к тревожному расстройству присоединяются симптомы депрессивного спектра, в свою очередь, усиливая тревогу за счет сходных нейрхимических патогенетических механизмов. Считается, что протекающие коморбидно тревога и депрессия характеризуются более тяжелым и длительным клиническим течением, более выраженными психологическими, физическими и социальными нарушениями, сложностями в подборе терапии, относительно слабым комплаенсом, затяжным течением заболевания, более длительным восстановлением после болезни и более низким по сравнению с пациентами с изолированной нозологией качеством жизни. Ведущим симптомом проявления клинической картины тревожных расстройств выступает тревога, проявляющаяся на физиологическом, психическом и когнитивном уровнях. При изолированной фармакотерапии невротических расстройств у

большинства пациентов сохраняется выраженная остаточная симптоматика, что повышает риск рецидивов заболевания. Сочетание медикаментозного и психотерапевтического воздействия предполагает более высокую эффективность по сравнению с использованием только психофармакологии. Выбор психотерапевтической методики обуславливается особенностями коморбидной патологии. В настоящее время для коррекции тревожных и депрессивных расстройств широко используется когнитивно-поведенческая (КБТ) психотерапия. Она является краткосрочным, теоретически обоснованным, эффективным, подтвержденным данными доказательной медицины направлением психотерапии, а в сочетании с фармакотерапией способствует максимальной редукции психопатологической симптоматики. Важную роль при терапевтическом воздействии на угнетающие эмоции при тревожно-депрессивных расстройствах играют поведенческие методы релаксации благодаря возможности вызвать «трофотропное состояние» у пациента, корректируя нейрофизиологические нарушения. Эффективными считаются и телесно-ориентированные методы терапии, направленные на психофизиологическое расслабление, комплексы коррекционно-восстановительной гимнастики. Имеются данные об эффективности гипносуггестивной терапии, особенно в рамках метода когнитивной гипнотерапии. Психоаналитическая терапия с пациентами невротического тревожно-депрессивного уровня может проводиться по общепринятым правилам концепций драйвов, Эго, объектных отношений или собственного «Я»- или же их сочетания. Конкретные методы вытекают из оценки уровня организации личности и могут протекать в виде классических, экспрессивных или поддерживающих вариантов. Вместе с тем, все большее распространение

принимает интегративный подход, опирающийся на прагматичный синтез, оптимальный для конкретного пациента. При этом, задача поиска оптимальных и достаточно эффективных психотерапевтических подходов при тревожно-депрессивных расстройствах остается актуальной и до настоящего времени не решенной.

## **НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПОДРОСТКОВ, БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ**

Жигэу Е.И.

*Государственный педагогический  
университет имени «Иона Крянгэ»,  
г. Кишинев, Молдова*

**Аннотация.** Отражены результаты исследования процесса смысловой переработки информации у подростков, больных шизофренией, показавшего, что он отличается от такового у здоровых сверстников, с доминированием нарушений семантического кодирования. Выявленные особенности подчеркивают необходимость их учета при организации психокоррекционной работы, направленной на развитие когнитивных и социальных навыков.

**Ключевые слова:** смысловая переработка информации, семантическое кодирование, сенсорная обработка, образный код, когнитивный тренинг.

**Keywords:** semantic processing of information, semantic coding, sensory processing, image code, cognitive training.

В современных моделях шизофрения рассматривается как нейрокогнитивная патология. Наблюдаемые расстройства в области внимания, памяти, скорости обработки информации и исполнительских функций могут проявляться даже до возникновения позитивных симптомов и продолжаться в период ремиссии. Результаты нашего экспериментального исследования подростков, больных шизофренией и их здоровых сверстников показали, что процесс смысловой переработки информации у них не идентичен. Важным звеном смысловой переработки

информации является семантическое кодирование стимулов, включающее три кода – образный, вербальный и эмоциональный. Были выделены четыре уровня смысловой переработки информации у больных шизофренией, отражающие степень сохранности семантического кодирования: отсутствие кодирования стимула; сенсорная обработка стимула; нарушение одного из кодов семантического кодирования и адекватное семантическое кодирование.

У больных шизофренией при обработке поступающей информации доминирует нарушение образного кода семантического кодирования как в познавательной, так и в эмоциональной сферах, что приводит к дефицитарности и искажению образа объекта, нарушению опознания и обозначения экспрессивных выражений, нарушению идентификации эмоциональных состояний и атрибутивных процессов, опосредствующих эмоции. Данные особенности оказывают негативное влияние на способность быстрой и точной смысловой переработки информации, что затрудняет их адаптацию, особенно в условиях информационной перегрузки.

Полученные данные необходимо учитывать при организации психокоррекционной работы, направленной на улучшение способности усваивать информацию. Важно включить в программы:

- развитие комбинаторных навыков, способности к переструктурированию элементов во внутреннем плане и операции «включения», позволяющей вариативно использовать один и тот же элемент для создания различных образов;

- тренинг «двойного кодирования» (вербального и образного), компенсирующий недостатки образной репрезентации;

- коррекцию неадекватности невербального поведения, неполноты и неясности высказываний, чрезмерных обобщений, игнорирования поведения собеседника;

- формулирование альтернативных вариантов поведения, выбор

оптимального способа на основе анализа имеющихся коммуникативных ресурсов и предвосхищения возможных последствий;

- развитие когнитивной точности и дифференцированности социального восприятия, расширение видения и точности опознания важнейших параметров социального контекста.

Для больных шизофренией наиболее эффективна комбинация когнитивного тренинга и социальных навыков. Коррекционные программы должны учитывать психологические особенности больных, состояние их когнитивных процессов, возможности произвольной регуляции психических функций и поведения. В целом, специальная работа по оптимизации процесса смысловой переработки информации у подростков, страдающих шизофренией, может способствовать более адекватному восприятию и пониманию окружающего, оптимизации их социального поведения, снижению клинических симптомов и повышению адаптационных способностей.

## **ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ, КАК ИНСТРУМЕНТ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ТЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ ПОЛИМОРФНЫХ ПСИХОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ**

Закинов Д.Б., Цыганков Б.Д., Пастух  
И.А., Рыжухинская А.В.

*ФГБОУ ВО «Российский Университет  
Медицины» Минздрава России, г. Москва,  
Россия*

**Аннотация:** Острые полиморфные психотические расстройства (ОППР) характеризуются многогранностью симптоматики, острым началом и потенциальным риском рецидива, с переходом в рубрику хронических психических расстройств.

**Ключевые слова:** острое полиморфное психотическое расстройство, первый психотический эпизод, шизофрения, патопсихологическая диагностика.

**Key words:** acute polymorphic psychotic disorder, first psychotic episode, schizophrenia, pathopsychological diagnosis.

**Актуальность:** Острые полиморфные психотические расстройства относятся к гетерогенной группе психических нарушений, характеризующихся внезапным началом, полиморфной, изменчивой симптоматикой, включающей бред, галлюцинации, аффективную неустойчивость и нарушения поведения. Отличительными чертами ОППР являются динамичность симптомов и острое начало психоза. Переход от не психотического состояния к психозу может занимать от 48 часов до двух недель. Острые проявления успешно купируются нейролептической терапией, однако, основная диагностическая и прогностическая проблема заключается в потенциальном риске трансформации ОППР в хронические психические заболевания, такие как шизофрения, шизоаффективное расстройство или биполярно-аффективное расстройство с психотическими эпизодами. Согласно данным исследований, от 30% до 70% случаев ОППР претерпевают смену диагноза в пользу расстройств шизофренического спектра в течение 1-10 лет наблюдения. В связи с чем, особую актуальность приобретает поиск надежных критериев для прогнозирования течения ОППР на ранних этапах заболевания, среди которых, важное место занимает патопсихологическое исследование.

**Целью** настоящего исследования является выделение клинико-динамических характеристик, которые в свою очередь, позволят определить прогноз течения ОППР и подходящую лечебную тактику.

Одной из актуальных **задач** исследования является анализ патопсихологических и личностных особенностей пациентов с ОППР.

**Материалы и методы:** Патопсихологическое исследование у пациентов с ОППР должно включать комплексное исследование качественных

и количественных характеристик психических процессов. Необходимо уделять особое внимание исследованиям мышления, которые позволяют выявить либо уже сформировавшиеся специфические нарушения, либо их в ранней форме. Так, В.В. Лебедева (2015г.) подчеркивает в своем исследовании необходимость использования качественного и системного анализа нарушения мышления для более точной диагностики заболеваний шизофренического спектра. Для оценки изменений в сфере произвольной регуляции деятельности и внимания целесообразно использовать методики (таблицы Шульте, корректурная проба), поскольку их снижение является частым спутником эндогенных психических расстройств. Важным аспектом также является психопатологическое наблюдение в динамике, позволяющее отследить изменение в психическом статусе пациента на фоне терапии и в ремиссии. И не менее важным аспектом так же является выявление личностных черт, которые могут служить еще одним индикатором прогноза острых психотических расстройств. Так, А.Е. Личко (1983, 1989) предполагает, что акцентуации характера являются предрасполагающим фактором к развитию эндогенных расстройств.

**Результаты и обсуждение:** Анализ исследования научной литературы демонстрирует высокую прогностическую ценность патопсихологического исследования при ОППР. Наиболее значимыми прогностическими параметрами являются специфические нарушения мышления (разноплановость, резонерство, соскальзывания), стойкий когнитивный дефицит, высокий уровень негативной симптоматики и нарушения осознания болезни. Эти маркеры ассоциированы с повышенным риском трансформации ОППР в расстройства шизофренического спектра. Патопсихологическое исследование играет ключевую роль в

дифференциальной диагностике между ОППР и дебютом шизофрении, позволяя обнаружить специфические для шизофрении изменения личности и мышления еще до их полного клинического развертывания.

## **ПРЕДИКТОРЫ ХРОНИЗАЦИИ ОСТРОГО СТРЕССА У ПАЦИЕНТОК ЖЕНСКОГО ПОЛА С НЕПСИХОТИЧЕСКИМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ**

Исакулян Е.Л.<sup>1,2</sup>, Кустов Г.В.<sup>1</sup>, Тихонова  
Н.И.<sup>1</sup>, Попова С.Б.<sup>1</sup>, Зинчук М.С.<sup>1</sup>,  
Акжигитов Р.Г.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ГБУЗ г. Москвы «Научно-практический  
психоневрологический центр  
имени З.П. Соловьева

Департамента здравоохранения города  
Москвы», г. Москва, Россия

<sup>2</sup>ГБУЗ г. Москвы «Московский  
клинический научно-исследовательский  
центр Больница 52 Департамента  
здравоохранения города Москвы»,  
г. Москва, Россия

**Ключевые слова:** хронический стресс, острый стресс, детская психическая травма, жестокое обращение, личность

**Keywords:** chronic stress, acute stress, childhood trauma, abuse, personality

**Актуальность:** Стресс - неспецифическая адаптационная реакция организма на угрозу его гомеостазу. Стрессовый ответ реализуется на множественных уровнях, затрагивая нейроэндокринную, вегетативную и другие системы. Острый и хронический стресс (ОС и ХС) по-разному влияют на организм. ОС связан с кратковременной активацией адаптационных механизмов и восстановлением, тогда как ХС сопряжен с сохранением стрессового ответа даже при устранении триггера, что приводит к дезадаптации. Стресс, в особенности ХС, является фактором риска развития сердечно-сосудистых, онкологических и психических заболеваний, что подчёркивает важность изучения факторов способствующих хронизации. Теория «второго удара» постулирует, что ранние травмы («первый удар»)

повышают уязвимость организма и психики, а последующий стресс («второй удар») приводит к развитию клинического расстройства. Ранний детский стресс увеличивает риск развития психических расстройств, в том числе и стресс-индуцированных расстройств у взрослых. Однако, остается недостаточно изученным влияние детских травм на хронизацию стресса у пациентов с психическими расстройствами.

**Цель исследования:** изучить психологические механизмы хронизации стресса у взрослых пациенток с неспецифическими психическими расстройствами (НППР).

**Материалы и методы:** В исследовании участвовали 147 пациенток, госпитализированных в ГБУЗ НПЦ им. Соловьева ДЗМ с установленным диагнозом НППР и с ОС или ХС. Критерии включения: женский пол, диагноз НППР, возраст от 18 лет, наличие текущего ОС или ХС, выявленного с помощью опросника стрессовых событий. Пациентки заполнили шкалу жестокого обращения и травматизации в детстве (Child and Adolescent Trauma Screen, CATS), модифицированный краткий опросник личностных расстройств для DSM-5 (Personality Inventory for DSM-5 – Brief Form Modified, PID-5-BF+M), шкалу депрессии Бека-II (Beck Depression Inventory II, BDI II) и шкалу ситуативной тревоги Спилбергера (State-Trait Anxiety Inventory-state, STAI-s). Статистический анализ проводился в программе jamovi, версия 2.3.17.0.

**Результаты и обсуждение:** В выборке ОС наблюдался у 68%, ХС — у 32.0%. Средний возраст пациенток – 33.1 ± 11.2 года, состояли в браке - 38.1%, имели высшее образование - 41.5%, трудоустроены - 44.2%. Уровень депрессии (согласно BDI-II) – 30.8 балла, ситуативной тревоги (STAI-s) 60.6 баллов. Между группами значимой разницы по уровню образования, семейному положению, занятости и уровням депрессии и ситуативной тревоги выявлено не было. Неожиданным результатом стало наличие значимого

различия в среднем возрасте: пациентки с ОС были достоверно старше ( $35.2 \pm 11.1$  года) по сравнению с пациентками с ХС ( $28.7 \pm 10.1$  года;  $p=0.001$ ), то есть в нашей выборке вероятность хронизации стресса не нарастала с увеличением количества прожитых лет.

Предиктором хронизации стресса оказалась детская травматизация: показатели субшкалы CATS «сексуализированное насилие» были значимо выше при ХС ( $0.56 \pm 0.9$  vs  $0.26 \pm 0.57$ ;  $p=0.019$ ). Это подтверждает, что детская травма формирует уязвимость к стрессу и его хронизации у взрослых.

Наши данные о личностном профиле пациенток позволяют предположить, что данная уязвимость на психологическом уровне реализуется через личностные черты. Личностный профиль пациенток с ХС характеризовался более выраженными значениями в доменах «психотизм» ( $2.44 \pm 1.32$  vs  $1.97 \pm 1.32$ ;  $p=0.041$ ), «нарушение восприятия» ( $1.87 \pm 1.53$  vs  $1.33 \pm 1.53$ ;  $p=0.022$ ), «избегание близости» ( $2.08 \pm 1.68$  vs  $1.54 \pm 1.7$ ;  $p=0.047$ ).

#### **Выводы:**

Риск хронизации стресса у пациенток с НППР определяется не столько социодемографическими и клиническими факторами, сколько комплексом характеристик, связанных с детской травмой и дезадаптивными личностными чертами (психотизм, избегание близости, нарушения восприятия). Детская сексуальная травматизация может приводить к развитию уязвимости к другим стрессам у взрослых и способствовать их хронизации через снижение адаптации и формирование неэффективных стратегий совладания со стрессом, детерминированных личностными чертами.

### **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОГРАММЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ С ПЕРВИЧНЫМИ ОРГАНИЧЕСКИМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ, ОСЛОЖНЕННЫЕ АЛКОГОЛИЗМОМ В СРЕДНЕМ И ПОЖИЛОМ**

#### **ВОЗРАСТЕ**

Кардашян Р.А.<sup>1</sup>, Ефремов А.А.<sup>2</sup>,  
Пронин В.Ю.<sup>3</sup>, Никифоров И.А.<sup>4</sup>

<sup>1</sup> ФГАОУ ВПО Российский университет Дружбы народов, медицинский институт, кафедра психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии ФНМО, Минобрнауки России, Москва, Россия

<sup>2</sup> ФГБУ ДПО "ЦГМА" УДПРФ, Федеральное государственное бюджетное учреждение дополнительного профессионального образования "Центральная государственная медицинская академия" управления делами президента Российской Федерации, Москва, Россия

<sup>3</sup> ГБУЗ «Подольский наркологический диспансер» Министерства здравоохранения Московской области», Подольск, Россия

<sup>4</sup> ФГБУ ФНКЦ ФМБА, Федеральное государственное бюджетное учреждение, Федеральный научно-клинический центр, Федеральное Медико-биологическое агентство, Москва, Россия

**Актуальность.** Важной задачей в наркологии является вовлечения пациента в программу реабилитации, дезактуализировать компоненты патологического влечения, предупредить рецидив болезни. Несмотря на существование множества методов психо- и фармакотерапии, рецидив алкогольной зависимости достаточно высок – от 57 до 75%. Органические психические расстройства (ОПР), коморбидные алкоголизмом, обуславливают высокий риск рецидива. Два заболевания оказывают патопластическое влияние друг на друга, изменяют развитие, течение, прогрессивность, формирование ремиссии и ее стойкость.

**Цель и задачи:** оценить эффективность предложенной реабилитационно-профилактической программы (РПП) для лиц с первичными ОПР, осложненными

алкоголизмом в среднем и пожилом возрасте.

**Материал и методы:** в исследование вошли пациенты мужского пола в возрасте  $67,5 \pm 7,2$  лет с ПОПР (F06.6 по МКБ–10), перенесшие анте-, интра-, постнатальные факторы риска, ЧМТ, у которых в последующем церебрастеническая симптоматика, была скомпенсирована за счет нейрометаболической терапии. В молодом и среднем возрасте за счет различных экзогенных вредностей наступало возобновление симптомов ОПР, которые осложнились алкогольной зависимостью (АЗ) II стадии. Пациенты были разделены на 2 группы в зависимости от возрастного параметра манифестации болезни: в 1-ю и 2-ю группу вошли соответственно 59% ( $n = 49$ ) и 41% больных ( $n = 34$ ), у которых возобновление симптомов ОПР и формирование АЗ происходило в возрасте соответственно  $38,2 \pm 2,0$  и  $53,8 \pm 1,2$  года и в интервале  $46,5 \pm 2,2$  и  $66,8 \pm 0,9$  года. Методы: 1. Анкетирование – интервью; 2. Клинико-катамнестический; 3. Оценка психического статуса в динамике: объективная шкала квантифицированной оценки выраженности психопатологических расстройств (ППР); клиническая шкала оценки ПВА В.Б. Альшулера; шкала анозогнозии М.В. Деминой; «Опросник оценки качества ремиссии в удаленных и труднодоступных регионах» (ООКРУТР). Дополнительно собирали информацию из детских амбулаторных карт пациентов.

**Результаты и обсуждение.** Программа состояла из 3-х этапов: I – адаптационный (психофармакологический), II – интеграционный (психотерапевтический), III – стабилизационный (профилактический). I этап включал купирование АСО и его отставленных явлений. II этап (30 инд. и 30 – групп. занятий по 45 мин.) проводили с учетом

психического статуса, характерологических особенностей, от превалирования компонента ПВА и включал: НЛП, рациональную, личностно – ориентированную, КП психотерапию, аутотренинг, арт-, музыка-, бихевиоральную, семейную терапию, гипноз, кодирование по А.Р. Довженко. Проводилась семейная терапия. III этап (1 раз в нед.) включал психотерапевтическую и социальную поддержку. У всех лиц преобладали внутренние биофизиологические (неспецифические) факторы риска, поэтому акцент в терапии мы делали на фармакотерапию, а психотерапия носила дополнительный характер. Выраженность ППР в динамике на всех этапах между лицами 1-й и 2-й группы не отличалась ( $p < 0,05$ ) и была соответственно – умеренной, умеренной и незначительной интенсивности. Через 12 мес. у пациентов 1-й и 2-й группы наблюдалось в динамике повышение уровня критического отношения к болезни ( $p < 0,05$ ) и наступала ремиссия соответственно среднего и высокого качества.

**Выводы.** Программа РПП позволила у лиц ( $p < 0,01$ ) пожилого возраста с ПОПР, осложненными алкоголизмом, уменьшить интенсивность психопатологических расстройств и ПВ до незначительной выраженности, повысить уровень критического отношения к болезни, улучшить семейные отношения, повысить социально-бытовые условия жизни и добиться у больных 1-й группы ремиссии среднего качества, а у лиц 2-й группы – ремиссии высокого качества.

## **РОЛЬ ПОЛИМОРФИЗМОВ ГЕНОВ ТРАНСПОРТНЫХ БЕЛКОВ В БЕЗОПАСНОСТИ ТЕРАПИИ КЛОЗАПИНОМ**

Кидяева А.В., Насырова Р.Ф.

*Национальный медицинский  
исследовательский центр психиатрии и*

*неврологии им В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург, Россия*

*Психиатрическая больница Святого Николая Чудотворца, Санкт-Петербург, Россия*

Клозапин считается наиболее эффективным препаратом для лечения резистентных форм шизофрении, однако его применение ограничено высоким риском нежелательных реакций. Важную роль в безопасности антипсихотической терапии играют мембранные белки-переносчики, такие как р-гликопротеин (ABCB1) и белок резистентности рака молочной железы (ABCG2).

Для оценки связи между однонуклеотидными вариантами (ОНВ) rs1045642, rs1128503, rs2032582 гена *ABCB1* и rs2231142 гена *ABCG2* и клиническими, лабораторными, электрокардиографическими показателями у пациентов с шизофренией, получающих клозапин, проведено исследование с 01.03.2024 по 28.02.2025, в которое включены пациенты европеоидной расы, проходившие стационарное лечение в Северо-Западном федеральном округе России.

В исследование включено 129 пациентов: 28 женщин (53 (49; 58) года) и 94 мужчины (44 (38; 53) года). Всем пациентам установлен диагноз «Шизофрения параноидная» (F20.0, МКБ-10). Частоты генотипов находились в равновесии Харди-Вайнберга.

Проведена оценка различий мажорных и минорных генотипов ОНВ rs1045642, rs1128503, rs2032582 гена *ABCB1* и rs2231142 гена *ABCG2* по следующим показателям: возраст пациента, текущая доза клозапина, суммарная доза АП в оланзапиновом эквиваленте, индекс массы тела, уровень аланинаминотрансферазы, аспаратаминотрансферазы, билирубина, глюкозы, холестерина, липопротеинов низкой плотности, липопротеинов высокой плотности, креатинина, гемоглобина, эритроцитов, лейкоцитов, тромбоцитов, лимфоцитов, моноцитов, нейтрофилов в крови, скорость

клубочковой фильтрации, индекс атерогенности, отношение нейтрофилов к лимфоцитам (НЛС), отношение моноцитов к лимфоцитам, отношение моноцитов к липопротеинам высокой плотности, индекс системного иммунного воспаления, рассчитываемый по формуле: количество тромбоцитов \* количество нейтрофилов/лимфоцитов, величина интервала QTcF.

Ассоциация между ОНВ rs1045642, rs1128503, rs2032582 гена *ABCB1* и вышеуказанными показателями у пациентов с шизофренией, принимающих клозапин, нами не выявлена. Нами обнаружена взаимосвязь между наличием минорной аллели А ОНВ rs2231142 гена *ABCG2* и увеличением количества нейтрофилов, лейкоцитов и НЛС в крови пациентов с шизофренией, принимающих клозапин. Гомозиготный генотип АА ассоциирован с более высоким числом нейтрофилов, лейкоцитов в крови и НЛС, чем гетерозиготный генотип СА, и еще более высоким, чем у носителей мажорного генотипа СС rs2231142 гена *ABCG2*. В связи с этим может потребоваться более медленная титрация дозы клозапина у гетеро- и гомозиготных носителей минорного аллеля А ОНВ rs2231142 гена *ABCG2* для снижения риска усиления воспалительного ответа. Дальнейшие исследования rs2231142 гена *ABCG2* позволят уточнить выявленные закономерности и разработать алгоритмы прогнозирования нежелательных реакций, что может позволить персонализировать назначение клозапина с учетом генетических особенностей пациентов.

**ДУШЕВНАЯ БОЛЬ КАК ЗНАЧИМЫЙ  
ПРЕДИКТОР СУИЦИДАЛЬНОГО  
ПОВЕДЕНИЯ У ЛИЦ С  
РАССТРОЙСТВАМИ  
ДЕПРЕССИВНОГО СПЕКТРА**  
Комарова А.Н.

*ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени*

**Аннотация.** В работе представлены результаты исследования корреляции уровня душевной боли и риска суицидального поведения у лиц с расстройствами депрессивного спектра. Результаты исследования показали высокую корреляцию между уровнем душевной боли и риском совершения суицидальной попытки у пациентов исследуемой нозологической группы. С увеличением интенсивности испытываемой пациентами душевной боли возрастает интенсивность суицидальных идей, снижается степень их подконтрольности, а также снижается влияние удерживающих от самоубийства факторов.

**Ключевые слова:** депрессия, душевная боль, суицидальный риск.

**Key words:** depression, mental pain, suicide risk.

**Актуальность** исследования обусловлена высоким уровнем распространенности суицидального поведения у лиц с расстройствами депрессивного спектра. Душевная боль, согласно ряду исследований, может выступать значимым предиктором суицидальных мыслей и является ведущим триггером к совершению суицидальной попытки. Раннее выявление тягостных переживаний, сопровождающихся чувствами утраты, безнадёжности и горя, позволит отслеживать не только динамику аффективного состояния пациентов, но и уровень суицидального риска. Психодиагностика пациентов с диагнозом депрессивное расстройство должна учитывать не только оценку тяжести депрессивного расстройства, но и глубокие эмоциональные переживания пациентов, в том числе – душевную боль.

**Цель исследования** состояла в определении уровня корреляции между уровнем душевной боли и риском суицидального поведения у лиц с расстройствами депрессивного спектра.

**Материалы и методы.** В выборку вошли пациенты в возрасте от 19 до 55 лет с диагнозом расстройство депрессивного спектра (F32, F33). Средний возраст выборки составил  $30,72 \pm 10,1$ . Все пациенты на момент обследования получали медикаментозную терапию СИОЗСН (селективными ингибиторами обратного захвата серотонина и норадреналина).

В исследовании использовались следующие психометрические методики и шкалы: Шкала «Душевная боль», «Колумбийская шкала серьёзности суицидальных намерений» (C-SSRS), Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS).

**Результаты и обсуждение.** Результаты исследования показали высокий уровень корреляции между субъективно испытываемой пациентами душевной болью и уровнем суицидального риска. Уровень душевной боль также показал значимую корреляцию с уровнем тревоги и депрессии у пациентов, что может свидетельствовать о том, что переживания, подразумеваемые в данном конструкте, непосредственно связаны с депрессивными переживаниями и являются компонентами тревожно-депрессивного расстройства.

По результатам контент-анализа Колумбийской шкалы оценки тяжести суицидального риска нами было установлено, что 78,3% пациентов отмечали у себя за последний месяц мысли о желании уйти из жизни или уснуть и не проснуться несмотря на то, что уже длительное время находятся на медикаментозной терапии. Большинство испытуемых, заявляющих о наличии суицидальных идей, ответили, что хотят покончить с собой большей частью/исключительно для того, чтобы прекратить свою душевную боль, что косвенно подтверждает гипотезу о взаимосвязи уровня суицидального риска и интенсивности душевной боли у пациентов с расстройствами депрессивного спектра.

**Выводы:**

1. Душевная боль может выступать в качестве значимого предиктора суицидального поведения у лиц с расстройством депрессивного спектра и выступает в качестве определяющего триггера мыслей о совершении суицидальной попытки.
2. Пациенты с расстройствами депрессивного спектра являются группой высокого риска суицидального поведения и требуют специализированного медицинского сопровождения, включающего в себя не только медикаментозную терапию, но и психотерапевтические интервенции.

## **ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ СВО**

Коньков В.И., Бровка Ю.И.,  
Шеляховский А.В., Михалев И.В.,  
Захаров С.В.

*Федеральное государственное казённое  
учреждение «39 отдельный медицинский  
отряд (аэромобильный) Воздушно-  
десантных войск»*

*Министерство обороны РФ,  
Тула, Россия*

*Федеральное государственное  
автономное образовательное  
учреждение высшего образования  
«Российский национальный  
исследовательский медицинский  
университет имени Н.И. Пирогова»  
Министерства здравоохранения РФ,  
Москва, Россия*

**Актуальность.** Анализ санитарных потерь среди участников боевых действий в ходе проводимой спецоперации, обусловленных психопатологией различного генеза составил 0,33% от количества всех госпитальных обращений. Характер этих потерь обусловлен рядом факторов, как эндоформного характера, так и экзогенного, связанного с массивным психотравмирующим аспектом военного времени. Потери эндоформного характера включали в себя патологию,

обусловленную, как правило, слабостью\несостоятельностью психического иммунитета. Преимущественно, данная картина отмечалась среди молодого контингента участников специальной операции. Потери экзогенного характера — это травмы, обусловленные тяжелым психотравмирующим воздействием на сознательно-мыслительную сферу больных, которые приводили к ее декомпенсации.

**Цель и задачи исследования:** Организация оказания ранней психиатрической помощи больным с острой психопатологией в условиях современной специальной военной операции.

**Материалы и методы.** Проведен анализ оказания психиатрической помощи на уровне Отдельного Медицинского Отряда с учетом театра военных действий, условий проведения лечебно-диагностических процедур в условиях госпиталя Медицинского Отряда, а также возможностей аэромобильной эвакуации в период с 01.10.2024 года по 25.01.2025 года. На базе 39 Отдельного Медицинского Отряда (аэромобильный) ВДВ МО РФ в городе Курске.

Критерии соответствия: Факторы включения в исследование: больные с психопатологией эндоформного, экзогенного характера. Факторы не включения в исследование: больные с явлениями диссомнии, как самостоятельной нозологической единицы

Описание медицинского вмешательства. Все поступающие пациенты с наличием жалоб психопатологического характера первоначально проходили консультацию у психиатра для оценки психического статуса. В зависимости от объективной картины состояния больного с жалобами психопатологического характера принималось решение о необходимости дообследования, стационарного лечения, эвакуации или лечения в амбулаторном порядке. На дообследование пациент отправлялся в случае

выявления\подозрения на патологию, требующую квалифицированной стационарной психиатрической помощи, что выяснялось при сборе анамнестических сведений со слов больного, либо\и при получении объективных данных со слов сослуживцев заболевшего. Дообследование в данном случае производилось в специализированном психиатрическом отделении при ВПСГ МОСН 1586 ВКГ (пвд Белгород). Все эти пациенты прошли стационарное лечение (до месяца), в состоянии ремиссии были возвращены в строй своих частей для продолжения несения воинской службы. Больные, у которых срок профильного психиатрического лечения был выше (посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), амнестический синдром травматического генеза, острая реакция на стресс (ОРС)) направлялись в другие психиатрические учреждения МО РФ.

Лечение таких больных в условиях текущего госпиталя, было не предусмотрено, в силу отсутствия профильных специалистов среднего медицинского звена, в силу несоответствия условий для нахождения данной категории больных в структуре госпиталя, данные больные направлялись на эвакуацию в профильные медицинские учреждения МО РФ. Больные, у которых отмечалась психопатология, предусматривающая возможность лечения в амбулаторном порядке, с назначенным лечением отправлялась на лечение в медицинские роты своих частей с последующим динамическим наблюдением этих больных.

**Результаты.** В исследовании приняли участие 33 военнослужащих, представленных мужчинами. Возрастной контингент: 21-30 лет – 25 военнослужащих (68,18%), 31-40 лет – 6 военнослужащих (25,76%), 41-50 лет – 2 военнослужащих (6,06%). Средний возраст – 29,3 года

Характеристика больных с психопатологией и их логистика:

1. Амбулаторное лечение:
  - 1.1 Невротическое расстройство – 4 военнослужащих (12,12%)
  - 1.2 Умственная отсталость легкой степени – 3 военнослужащих (9,1%)
  - 1.3 Конверсионное расстройство - 4 военнослужащих (12,12%)
  - 1.4 Органическое расстройство личности травматического генеза – 6 военнослужащих (18,2%)
  - 1.5 Астено-невротическое расстройство – 2 военнослужащих (3,03%)
  - 1.6 Расстройство адаптации - 4 военнослужащих (12,12%)
2. Стационарное лечение в госпитале: 0 – военнослужащих
3. Эвакуация в профильные стационары МО РФ:
  - 3.1 Параноидный синдром – 2 военнослужащих (3,03%)
  - 3.2 Суицидальные тенденции - 3 военнослужащих (9,1%)
  - 3.3 Маниакальный синдром – 1 военнослужащий (1,50%)
  - 3.4 Амнестический синдром травматического генеза - 2 военнослужащих (3,03%)
  - 3.5 ОРС - 2 военнослужащих (3,03%)

**Обсуждение результатов исследования.** Как видно из представленных данных за указанный промежуток времени (117 дней) доля больных, имеющих психическое расстройство, среди общего контингента больных составляет менее 1%. Во-первых, данный контингент больных не замечается, или замечается значительно позднее медицинским составом частей, не имеющим профильного психиатрического образования, не воспринимается всерьез. Внедрение обязательной помощи психиатра обусловлено необходимостью как можно более раннего выявления психопатологии и назначения профильного лечения, чтобы максимально повысить вероятность формирования ремиссии и возвращения в строй бойца с возникшим психопатологическим заболеванием. Оценка возрастного контингента среди представленных больных показывает, что

превалирующей группой являются больные в возрасте до 30 лет. Что связано с большим количеством больных этой возрастной группы, которые проходят службу в Вооруженных Силах РФ. Также данный показатель преобладания психопатологии среди молодого контингента военнослужащих связан с неустойчивостью, незрелостью психического иммунитета, который попадает под атаку гибридной войны. В работе не отражен раздел о больных с нарко- и алкопатологией. Отсутствие обращений по данному профилю, может быть связано с рядом факторов: 1. достаточно качественный отбор в структуру ВДВ на этапе приема на контрактную службу. 2. Военнослужащие ВДВ имеют четкую структуру осознания проблематики употребления ПАВ и их последствий, включая смерть. 3. Возможно, употребление ПАВ и имело место в структурных подразделениях ВДВ, но данная проблема решалась самостоятельно в структуре медроты, что не требовало эвакуации на следующий этап оказания медицинской помощи. Таким образом, согласно современным требованиям организации медицинской психиатрической помощи в период боевых действий она должна быть основана на двух важных принципах: 1) оказание в максимально ранние сроки; 2) полноценный и специализированный характер данной помощи в подходящих условиях.

### **ВЫВОДЫ.**

1. Контингент больных, которым требуется помощь психиатрического характера, согласно рамкам проведенного исследования, делится на две группы: 1) больные, проходящие лечение в амбулаторном порядке с динамическим наблюдением; 2) больные, направляемые в профильные психиатрические учреждения после проведенной консультации, которым требуется психиатрическая помощь стационарного характера.

2. Проведение качественной диагностической работы с больными психопатологического профиля позволяет

грамотно построить логику ведения данных пациентов с организацией им качественной специализированной помощи.

3. Раннее начало оказания специализированной психиатрической помощи есть залог успеха выздоровления больных с психопатологией.

## **ПРОЕКТИВНЫЙ ПОДХОД К ОЦЕНКЕ СОЦИАЛЬНОГО ПОЗНАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА**

Мезенцева Д.Д., Исаева Е.Р.

*ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург*

**Аннотация.** Представлена апробация проективной методики «Клоуз-карточки» («CloseCards») для оценки социального познания у пациентов с расстройствами шизофренического спектра (РШС). Методика выявляет явные и скрытые дефициты восприятия и прогнозирования социальных ситуаций, а также способствует повышению вовлечённости испытуемых.

**Ключевые слова:** социальное познание; шизофрения; проективная методика; прогнозирование; диагностика

**Keywords:** social cognition; schizophrenia; projective method; prediction; diagnostics

**Актуальность.** Социальное познание включает умение распознавать эмоции, интерпретировать поведение и предугадывать реакции других людей. У пациентов с РШС эти процессы часто нарушены, что затрудняет коммуникацию, способствует изоляции и снижает качество жизни. Стандартные методы диагностики не всегда выявляют скрытые дефекты, особенно в период ремиссии, что усложняет планирование эффективной психосоциальной поддержки.

**Цель и задачи исследования.** Оценить диагностическую чувствительность

методики «Клоуз-карточки» в выявлении особенностей социального познания у пациентов с РШС; провести сравнение с контрольной группой; определить влияние пола, уровня образования и когнитивных характеристик на результаты.

**Материалы и методы.** В исследовании участвовали 46 человек: 22 пациента с диагнозом «шизофрения» (МКБ-10: F20.0–F20.9) в состоянии ремиссии или неполной ремиссии и 24 условно здоровых респондента контрольной группы. Все участники прошли индивидуальное тестирование в спокойной обстановке. Методика «Клоуз-карточки» состоит из 15 изображений социальных сцен, часть элементов которых закрыта. Испытуемым предлагалось описать происходящее, определить эмоциональное состояние персонажей и спрогнозировать развитие событий. Ответы оценивались по атрибутивному стилю, способности к вероятностному прогнозированию, точности понимания эмоций и наличию вычурных формулировок как признака искажений мышления. Дополнительно использовались методики «Исключение лишнего» и «Сравнение понятий» для анализа уровня обобщения и когнитивной гибкости. Статистическая обработка проводилась в SPSS 22.0 с использованием U-критерия Манна–Уитни и корреляционного анализа Спирмена.

**Результаты и обсуждение.** Пациенты с РШС значительно чаще, чем контрольная группа, давали фрагментарные описания и демонстрировали эмоциональную отстранённость. Нередко встречались негативные или подозрительные интерпретации нейтральных сцен. Выявлены трудности в объединении элементов ситуации в целостный контекст и в прогнозировании исхода событий. Лучшие показатели социального познания наблюдались у женщин и участников с более высоким уровнем образования. Наибольшую диагностическую ценность показали карточки с неоднозначным

эмоциональным контекстом (№ 9, 12, 13). Уровень вычурности ответов положительно коррелировал с выраженностью искажений мышления, что подтверждает способность методики выявлять скрытые когнитивные дефициты, не фиксируемые стандартными тестами.

**Выводы.** Методика «Клоуз-карточки» может являться перспективным инструментом для диагностики нарушений социального познания у пациентов с РШС. Её использование представляется возможным в психиатрии, клинической и детской психологии, а также при работе с пациентами с аффективными и аутистическими расстройствами. Включение методики в комплексное обследование потенциально способствует более точной оценке уровня социального взаимодействия и формированию персонализированных программ коррекции.

## **РОЛЬ ТИПОВ ЛИЧНОСТИ В ФОРМИРОВАНИИ АГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ У БОЛЬНЫХ МУЛЬТИИНФАРКТНОЙ ДЕМЕНЦИЕЙ**

Пастух И.А., Степанова И.В.

*ФГБОУ ВО «Российский Университет Медицины» Минздрава России, г. Москва, Россия*

**Аннотация:** в исследовании приняли участие 98 испытуемых с диагнозом «Мультиинфарктная деменция» (F 01.1). Основная группа – пациенты с агрессивным поведением (n = 49), контрольная – без агрессивного поведения (n = 49). В основной группе преобладал эпилептоидный тип личности (p < 0,0001), в контрольной группе – циклоидный тип личности (p < 0,0001). Эпилептоидный тип личности чаще наблюдался у пациентов со смешанной (p=0,001), физической агрессией (p=0,002), и раздражительностью (p<0,0001). Данный тип личности увеличивал риск развития и шанс большей выраженности изучаемых видов агрессивного поведения ((p=0,002),

( $p=0,001$ )), ( $p=0,003$ ), ( $p=0,001$ )), ( $p<0,0001$ ), ( $p<0,0001$ )). Истерический тип личности, был ассоциирован с риском развития вербальной агрессии ( $p=0,073$ ), и увеличением шансов большей ее выраженности ( $p=0,067$ ). Таким образом, проведенное исследование показало, что у пациентов с эпилептоидным типом личности развивается и более выражено проявляются смешанная, физическая агрессии и раздражительность. У больных с истерическим типом личности – вербальная агрессия.

**Ключевые слова:** мультиинфарктная деменция, эпилептоидный тип личности, циклоидный тип личности, истерический тип личности, шизоидный тип личности, смешанная агрессия, физическая агрессия, вербальная агрессия, раздражительность.

**Keywords:** multi-infarct dementia, epileptoid personality type, cycloid personality type, hysterical personality type, schizoid personality type, mixed aggression, physical aggression, verbal aggression, irritability.

**Актуальность** определяется дефицитом работ, посвященных изучению типов личности пациентов с мультиинфарктной деменцией, обнаруживающих в клинической картине заболевания агрессивное поведение.

**Цель исследования:** изучить взаимосвязь типов личности с видами агрессивного поведения у больных мультиинфарктной деменцией.

**Материалы и методы:** в исследовании приняли участие 98 больных с диагнозом мультиинфарктная деменция (F 01.1), установленным на основании критериев МКБ-10 (1992), и с применением психометрических шкал: MMSE, CDR и ишемической шкалы Хачинского. В основную группу наблюдения включены 49 пациентов с агрессивным поведением, в контрольную группу – 49 пациентов без агрессивного. Мужчины составили 53,1%, женщины – 46,9%. Средний возраст больных – 74,5 [67;81] года. Для изучения взаимосвязи типов личности больных с

формированием у них различных видов агрессивного поведения, испытуемые, были разделены согласно классификации Е. Kretschmer (1930) на четыре подгруппы: шизоидный, циклоидный, эпилептоидный, и истерический типы личности. Для оценки агрессивного поведения у больных, применялись классификация враждебности и агрессии А. Басса и А. Дарки, и Нейропсихиатрический опросник NPI.

**Результаты:** в основной группе статистически значимо чаще преобладали пациенты с эпилептоидным типом личности ( $p < 0,0001$ ), а в контрольной группе – с циклоидным типом личности ( $p < 0,0001$ ). У пациентов со смешанной агрессией чаще преобладал эпилептоидный тип личности ( $p=0,001$ ), и реже циклоидный тип личности ( $p=0,0002$ ). Пациенты с физической агрессией были ассоциированы с эпилептоидным типом личности ( $p=0,002$ ), и реже ассоциированы с циклоидным типом личности ( $p=0,003$ ). Пациенты с вербальной агрессией реже имели циклоидный тип личности ( $p=0,018$ ). Пациенты с раздражительностью чаще обладали эпилептоидным типом личности ( $p < 0,0001$ ) и реже – циклоидным типом личности ( $p < 0,0001$ ). Кроме этого, исследование показало, что у пациентов со смешанной агрессией циклоидный тип личности снижает риск развития данного вида агрессии – ОШ = 0,19 [95% ДИ: 0,07; 0,45],  $p=0,0003$ , а эпилептоидный тип личности, наоборот, увеличивает риск развития смешанной агрессии – ОШ = 4,06 [95% ДИ: 1,72; 9,97],  $p=0,002$ . У пациентов с раздражительностью циклоидный тип личности снижает риск развития раздражительности – ОШ = 0,17 [95% ДИ: 0,07; 0,4],  $p < 0,0001$ , а эпилептоидный тип личности повышает риск развития раздражительности – ОШ = 6,50 [95% ДИ: 2,71; 16,52],  $p < 0,0001$ . У пациентов с вербальной агрессией циклоидный тип личности снижает риск развития вербальной агрессии – ОШ = 0,34 [0,13; 0,83],  $p=0,021$ , а истерический тип личности ассоциирован с риском

развития вербальной агрессии – ОШ = 8,28 [1,01; 171,67],  $p=0,073$ . У пациентов с физической агрессией циклоидный тип личности снижает риск развития физической агрессии – ОШ = 0,24 [0,09; 0,61],  $p=0,004$ , в то время как, эпилептоидный тип личности ассоциирован с повышенным риском развития физической агрессии – ОШ = 4,01 [1,64; 10,26],  $p=0,004$ . Также, циклоидный тип личности снижает шанс более выраженного проявления смешанной агрессии – ОШ = 0,17 [95% ДИ: 0,06; 0,4] и раздражительности – ОШ = 0,17 [95% ДИ: 0,07; 0,39]. Напротив, эпилептоидный тип личности, ассоциирован с повышением шансов более выраженным проявлением смешанной агрессии ОШ = 4,08 [95% ДИ: 1,77; 9,69] и раздражительности – ОШ = 5,13 [95% ДИ: 2,28; 11,99]. Циклоидный тип личности ассоциирован со снижением шансов более выраженного проявления как вербальной, так и физической агрессии – ОШ = 0,3 [95% ДИ: 0,12; 0,73],  $p = 0,01$  и 0,21 [95% ДИ: 0,08; 0,53],  $p = 0,001$ , соответственно. Эпилептоидный тип личности был ассоциирован с увеличением шансов большей выраженности физической агрессии в 4,62 [95% ДИ: 1,9; 11,7] раз ( $p = 0,0009$ ), а истерический тип личности был ассоциирован с тенденцией к увеличению шансов более выраженной вербальной агрессии у пациентов – ОШ = 5,16 [95% ДИ: 0,85; 32],  $p = 0,067$ .

**Выводы:** пациенты со смешанной, физической агрессией и раздражительностью достоверно чаще обнаруживают эпилептоидные личностные характеристики ( $p<0,001$ ). Кроме этого, эпилептоидный тип личности повышает риск развития, и увеличивает шансы формирования большей выраженности указанных видов агрессивного поведения. Истерический тип личности повышает риск развития ( $p=0,073$ ) и увеличивает шансы формирования и большей выраженности ( $p=0,067$ ) вербальной агрессии у пациентов. Циклоидный тип личности, снижает риск развития изучаемых видов

агрессивного поведения, и уменьшает шансы формирования большей выраженности их проявлений.

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ КРАТКОСРОЧНОГО ПРОТОКОЛА ТЕРАПИИ ПРИНЯТИЯ И ОТВЕТСТВЕННОСТИ (АСТ) ДЛЯ СНИЖЕНИЯ СТРЕССА В УСЛОВИЯХ ЦИФРОВОЙ ПЕРЕГРУЗКИ У ПАЦИЕНТОВ С ТРЕВОЖНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ**

Попов М.М., Сорокин С.А.

*Федеральное государственное  
бюджетное научное учреждение  
«Научный центр психического здоровья»,  
Москва, Россия*

**Аннотация.** Исследование направлено на оценку эффективности краткого 5-сессионного протокола терапии принятия и ответственности (АСТ) для снижения стресса в условиях цифровой перегрузки у пациентов с тревожными расстройствами. В исследовании участвовали 30 человек с высокими показателями цифрового стресса и диагностированными тревожными расстройствами, рандомизированные на экспериментальную и контрольную группы. Результаты показали положительную динамику в снижении уровня стресса и повышении психологической гибкости в экспериментальной группе, что свидетельствует о потенциальной эффективности АСТ-протокола для данной популяции, несмотря на неоднородность ответа.

**Ключевые слова:** цифровой стресс, терапия принятия и ответственности, психотерапия, стресс, выгорание, тревожные расстройства.  
**Keywords:** digital stress, acceptance and commitment therapy, psychotherapy, stress, burnout, anxiety disorders.

**Актуальность.** Цифровая перегрузка становится значимым фактором профессионального стресса в современных условиях, особенно среди пациентов с тревожными расстройствами.

Исследование эффективности краткосрочных интервенций для снижения стресса в условиях цифровой перегрузки у данной категории пациентов представляет практический интерес.

**Цель.** Оценить эффективность 5-сессионного протокола терапии принятия и ответственности (АСТ) для снижения стресса и симптомов выгорания в условиях цифровой перегрузки у пациентов с тревожными расстройствами.

**Материалы и методы.** В исследовании участвовали 30 человек (средний возраст  $34,5 \pm 7,2$  года) с высокими показателями по Шкале цифрового стресса ( $DSS > 25$  баллов) и диагностированными тревожными расстройствами (F41.0, F41.1, F41.2 по МКБ-10). Участники были рандомизированы в экспериментальную ( $n=15$ ) и контрольную ( $n=15$ ) группы. Использовались: Шкала цифрового стресса (DSS), Профессиональный опросник выгорания (MBI), Шкала воспринимаемого стресса (PSS), Опросник принятия и действия (AAQ-II), Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS). Оценка проводилась до и после вмешательства.

**Результаты.** В экспериментальной группе отмечена тенденция к снижению показателей цифрового стресса и эмоционального истощения. По шкале PSS и MBI зафиксировано статистически значимое улучшение. Показатели психологической гибкости (AAQ-II) показали разнонаправленную динамику - улучшения наблюдались у 67% участников. В контрольной группе также отмечены минимальные изменения: у 27% участников зафиксировано незначительное снижение показателей по шкале DSS (среднее изменение -2,3 балла) и у 20% - небольшое улучшение по субшкале эмоционального истощения MBI. Однако данные изменения не достигли статистической значимости ( $p > 0,15$ ) и не имели клинической значимости.

**Выводы.** Полученные данные свидетельствуют о потенциальной эффективности краткосрочного протокола АСТ для снижения стресса в условиях

цифровой перегрузки у пациентов с тревожными расстройствами. Наблюдаемая неоднородность ответа требует дальнейшего изучения индивидуальных предикторов эффективности АСТ-терапии в данной популяции. Минимальные изменения в контрольной группе могут быть связаны с эффектом плацебо и естественной вариабельностью симптоматики.

## **ОСОБЕННОСТИ САМОРЕГУЛЯЦИИ ПОВЕДЕНИЯ И ВТОРИЧНЫЕ ВЫГОДЫ ОТ БОЛЕЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С РАССТРОЙСТВАМИ НЕВРОТИЧЕСКОГО СПЕКТРА**

Скиртач И. А.

*ФГАОУ ВО «Южный федеральный университет», Академия психологии и педагогики,*

*Ростов-на-Дону, Россия*

**Аннотация.** В работе представлены результаты исследования взаимосвязи особенностей саморегуляции поведения и феномена вторичной выгоды от болезни (ВВБ) у пациентов с расстройствами невротического спектра. Установлено, что дефициты в системе саморегуляции являются значимым фактором, способствующим формированию и закреплению дезадаптивных поведенческих стратегий, проявляющихся в виде ВВБ. Выявлены специфические профили взаимосвязей для разных нозологических групп.

**Ключевые слова:** саморегуляция поведения, вторичная выгода от болезни, невротические расстройства.

**Keywords:** self-regulation, secondary gain from illness, neurotic disorders.

**Актуальность.** Эффективность терапии невротических расстройств во многом зависит от учета личностных факторов, препятствующих выздоровлению. Ключевыми среди них являются несформированность осознанной саморегуляции поведения и вторичные выгоды от болезни. Исследование открывает перспективы для поиска новых мишеней эффективного психотерапевтического воздействия.

**Цель и задачи исследования.** Целью исследования является выявление и анализ специфики взаимосвязей между индивидуальным профилем саморегуляции поведения и структурой вторичных выгод от болезни у пациентов с расстройствами невротического спектра. Задачи: 1) оценить показатели саморегуляции у пациентов; 2) выявить преобладающие типы ВВБ; 3) проанализировать характер связей между параметрами саморегуляции и ВВБ.

**Материалы и методы.** В исследовании приняли участие 90 пациентов с диагнозами: F41.2 (n=30), F45.3 (n=30), F48.0 (n=30). Использовались: опросник «Стиль саморегуляции поведения» (ССПМ) В.И. Моросановой и опросник «Вторичная выгода от болезни» W. Friedman в адаптации И.В. Вещь. Для обработки данных - корреляционный анализ Спирмена.

**Результаты.** Обнаружено, что для всей выборки пациентов характерен средний общий уровень саморегуляции (25,1-26,2 балла) со статистически значимым дефицитом по шкале «Гибкость» (3,8-4,4 балла при норме 5-7), что свидетельствует о трудностях перестройки системы регуляции при изменении условий. Выявлены значимые отрицательные корреляции между параметрами саморегуляции и ВВБ. Низкие показатели «Планирования» и «Программирования» положительно связаны с ВВБ «триггеры соматизации» ( $r=-0,419$ ;  $p\leq 0,021$ ), что отражает трудности целеполагания и построения программ действий, компенсируемые через психосоматизацию. ВВБ «конформизм» отрицательно коррелирует с осознанностью и самостоятельностью ( $r=-0,362$ ;  $p\leq 0,001$ ), демонстрируя зависимость от мнения окружающих. В группе F48.0 («Неврастения») выявлена наиболее выраженная отрицательная связь между «Гибкостью» и ВВБ «регресс» ( $r=-0,702$ ;  $p\leq 0,000$ ), что указывает на использование незрелых поведенческих паттернов при невозможности адаптивно изменить свое поведение.

**Выводы.** Результаты свидетельствуют о том, что дефициты осознанной саморегуляции поведения, особенно низкая гибкость и недостаточное развитие функций программирования и оценки результатов, могут выступать основой для формирования и закрепления вторичных выгод от болезни. Полученные данные подчеркивают необходимость включения в комплексную терапию пациентов с невротическими расстройствами методов, направленных на развитие навыков осознанной саморегуляции, что позволит снизить дезадаптивную значимость симптома и минимизировать сопротивление лечению, связанное с ВВБ.

## **РОЛЬ ТИПОВ ЛИЧНОСТИ В ФОРМИРОВАНИИ АГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ У БОЛЬНЫХ МУЛЬТИИНФАРКТНОЙ ДЕМЕНЦИЕЙ**

Степанова И.В.

*ФГБОУ ВО «Российский Университет Медицины» Минздрава России, г. Москва, Россия*

**Аннотация:** в исследовании приняли участие 98 испытуемых с диагнозом «Мультиинфарктная деменция» (F 01.1). Основная группа – пациенты с агрессивным поведением (n = 49), контрольная – без агрессивного поведения (n = 49). В основной группе преобладал эпилептоидный тип личности ( $p < 0,0001$ ), в контрольной группе – циклоидный тип личности ( $p < 0,0001$ ). Эпилептоидный тип личности чаще наблюдался у пациентов со смешанной ( $p=0,001$ ), физической агрессией ( $p=0,002$ ), и раздражительностью ( $p<0,0001$ ). Данный тип личности увеличивал риск развития и шанс большей выраженности изучаемых видов агрессивного поведения (( $p=0,002$ ), ( $p=0,001$ )), (( $p=0,003$ ), ( $p=0,001$ )), (( $p<0,0001$ ), ( $p<0,0001$ )). Истерический тип личности, был ассоциирован с риском развития вербальной агрессии ( $p=0,073$ ), и увеличением шансов большей ее выраженности ( $p=0,067$ ). Таким образом, проведенное исследование показало, что у пациентов с эпилептоидным типом

личности развивается и более выражено проявляются смешанная, физическая агрессии и раздражительность. У больных с истерическим типом личности – вербальная агрессия.

**Ключевые слова:** мультиинфарктная деменция, эпилептоидный тип личности, циклоидный тип личности, истерический тип личности, шизоидный тип личности, смешанная агрессия, физическая агрессия, вербальная агрессия, раздражительность.

**Keywords:** multi-infarct dementia, epileptoid personality type, cycloid personality type, hysterical personality type, schizoid personality type, mixed aggression, physical aggression, verbal aggression, irritability.

**Актуальность** определяется дефицитом работ, посвященных изучению типов личности пациентов с мультиинфарктной деменцией, обнаруживающих в клинической картине заболевания агрессивное поведение.

**Цель исследования:** изучить взаимосвязь типов личности с видами агрессивного поведения у больных мультиинфарктной деменцией.

**Материалы и методы:** в исследовании приняли участие 98 больных с диагнозом мультиинфарктная деменция (F 01.1), установленным на основании критериев МКБ-10 (1992), и с применением психометрических шкал: MMSE, CDR и ишемической шкалы Хачинского. В основную группу наблюдения включены 49 пациентов с агрессивным поведением, в контрольную группу – 49 пациентов без агрессивного. Мужчины составили 53,1%, женщины – 46,9%. Средний возраст больных – 74,5 [67;81] года. Для изучения взаимосвязи типов личности больных с формированием у них различных видов агрессивного поведения, испытуемые, были разделены согласно классификации E. Kretschmer (1930) на четыре подгруппы: шизоидный, циклоидный, эпилептоидный, и истерический типы личности. Для оценки агрессивного поведения у больных, применялись

классификация враждебности и агрессии А. Басса и А. Дарки, и Нейропсихиатрический опросник NPI.

**Результаты:** в основной группе статистически значимо чаще преобладали пациенты с эпилептоидным типом личности ( $p < 0,0001$ ), а в контрольной группе – с циклоидным типом личности ( $p < 0,0001$ ). У пациентов со смешанной агрессией чаще преобладал эпилептоидный тип личности ( $p = 0,001$ ), и реже циклоидный тип личности ( $p = 0,0002$ ). Пациенты с физической агрессией были ассоциированы с эпилептоидным типом личности ( $p = 0,002$ ), и реже ассоциированы с циклоидным типом личности ( $p = 0,003$ ). Пациенты с вербальной агрессией реже имели циклоидный тип личности ( $p = 0,018$ ). Пациенты с раздражительностью чаще обладали эпилептоидным типом личности ( $p < 0,0001$ ) и реже – циклоидным типом личности ( $p < 0,0001$ ). Кроме этого, исследование показало, что у пациентов со смешанной агрессией циклоидный тип личности снижает риск развития данного вида агрессии – ОШ = 0,19 [95% ДИ: 0,07; 0,45],  $p = 0,0003$ , а эпилептоидный тип личности, наоборот, увеличивает риск развития смешанной агрессии – ОШ = 4,06 [95% ДИ: 1,72; 9,97],  $p = 0,002$ . У пациентов с раздражительностью циклоидный тип личности снижает риск развития раздражительности – ОШ = 0,17 [95% ДИ: 0,07; 0,4],  $p < 0,0001$ , а эпилептоидный тип личности повышает риск развития раздражительности – ОШ = 6,50 [95% ДИ: 2,71; 16,52],  $p < 0,0001$ . У пациентов с вербальной агрессией циклоидный тип личности снижает риск развития вербальной агрессии – ОШ = 0,34 [0,13; 0,83],  $p = 0,021$ , а истерический тип личности ассоциирован с риском развития вербальной агрессии – ОШ = 8,28 [1,01; 171,67],  $p = 0,073$ . У пациентов с физической агрессией циклоидный тип личности снижает риск развития физической агрессии – ОШ = 0,24 [0,09; 0,61],  $p = 0,004$ , в то время как, эпилептоидный тип личности ассоциирован с повышенным риском

развития физической агрессии – ОШ = 4,01 [1,64; 10,26],  $p=0,004$ . Также, циклоидный тип личности снижает шанс более выраженного проявления смешанной агрессии – ОШ = 0,17 [95% ДИ: 0,06; 0,4] и раздражительности – ОШ = 0,17 [95% ДИ: 0,07; 0,39]. Напротив, эпилептоидный тип личности, ассоциирован с повышением шансов более выраженным проявлением смешанной агрессии ОШ = 4,08 [95% ДИ: 1,77; 9,69] и раздражительности – ОШ = 5,13 [95% ДИ: 2,28; 11,99]. Циклоидный тип личности ассоциирован со снижением шансов более выраженного проявления как вербальной, так и физической агрессии – ОШ = 0,3 [95% ДИ: 0,12; 0,73],  $p = 0,01$  и  $0,21$  [95% ДИ: 0,08; 0,53],  $p = 0,001$ , соответственно. Эпилептоидный тип личности был ассоциирован с увеличением шансов большей выраженности физической агрессии в 4,62 [95% ДИ: 1,9; 11,7] раз ( $p = 0,0009$ ), а истерический тип личности был ассоциирован с тенденцией к увеличению шансов более выраженной вербальной агрессии у пациентов – ОШ = 5,16 [95% ДИ: 0,85; 32],  $p = 0,067$ .

**Выводы:** пациенты со смешанной, физической агрессией и раздражительностью достоверно чаще обнаруживают эпилептоидные личностные характеристики ( $p<0,001$ ). Кроме этого, эпилептоидный тип личности повышает риск развития, и увеличивает шансы формирования большей выраженности указанных видов агрессивного поведения. Истерический тип личности повышает риск развития ( $p=0,073$ ) и увеличивает шансы формирования и большей выраженности ( $p=0,067$ ) вербальной агрессии у пациентов. Циклоидный тип личности, снижает риск развития изучаемых видов агрессивного поведения, и уменьшает шансы формирования большей выраженности их проявлений.

## ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ФОРМИРОВАНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ С ХРОНИЧЕСКИМ ТЕЧЕНИЕМ У ЖЕРТВ СЕКСУАЛЬНОГО НАСИЛИЯ

Тюнева А.И., Цыганков Б.Д.

*ФГБОУ ВО «Российский Университет  
Медицины» Минздрава России, г. Москва,  
Россия*

**Аннотация:** психогенное воздействие вызывает у личности не только острую реакцию на стрессовое воздействие, но и приводит к формированию более сложных по своей структуре психических расстройств. К таким последствиям может привести сексуальное принуждение (насилие). Знание предрасполагающих к развитию хронических посттравматических расстройств факторов позволяют своевременно определять терапевтическую и социально-реабилитационную тактику.

**Ключевые слова:** психогенное воздействие, насилие, стресс, ПТСР, виктимное поведение.

**Keywords:** psychogenic influence, rape, stress, PTSD, victim behavior.

Во многих случаях тяжелое психогенное воздействие вызывает у личности не только острую реакцию на стресс, но и приводит к формированию более сложных по своей структуре психических расстройств. К таким последствиям может привести сексуальное принуждение (насилие). Знание предрасполагающих к развитию хронических посттравматических расстройств факторов позволяют своевременно определять терапевтическую и социально-реабилитационную тактику, что определяет актуальность данной темы.

**Цель исследования** заключалась в определении структуры психогенных расстройств у жертв сексуального насилия и анализ факторов, приводящих к хроническому течению психогенных расстройств у этого контингента пациентов.

**Материалы и методы:** было проведено обследование жертв сексуального насилия, в котором участвовало 104 женщины из различных социальных групп, с разным уровнем образования, семейным положением, стилем жизни, родом деятельности. Средний возраст участниц исследования составил 27.7+/-1.5 лет. Длительность оцениваемого периода с момента акта насилия до обращения к психиатру варьировала от 1 месяца до 30 лет (в среднем составил 9.3+/-1.3 года).

Выявленные в ходе исследования психические расстройства у женщин, перенесших сексуальное насилие, не выходили за рамки невротических и патохарактерологических расстройств. При обработке материала четко определились две группы: в первую из них вошли женщины, которые после получения психической травмы насилия оказались в благоприятной для них микросоциальной среде (19-18.3%), получая психологическую поддержку, одобрение, понимание. В этой группе психические нарушения не выходили за рамки острой реакции на стресс и нарушений адаптации.

Во второй группе, которая составила большинство (85-81.7%), подобная поддержка со стороны семьи, друзей, ближайшего окружения отсутствовала. К моменту проведения исследования пациентки второй группы имели стойкие невротические расстройства, такие как неврозы, ПТСР или патохарактерологические изменения. Значительное большинство участниц нашего исследования из второй группы, смогли рассказать о пережитом изнасиловании и о том значении, которое оно имела для них лишь по прошествии пяти и более лет после пережитой психогении (в среднем 9.3+/-1.3 года).

**Результаты и обсуждение:** проведенный анализ этих случаев с целью определения факторов, приведших к формированию психических расстройств с хроническим течением, позволил выделить следующие причины:

**1. Особенности личности:** доминирование в характере таких черт, как неуверенность в себе, потребность в одобрении своих поступков и решений извне (23-32,6%); неустойчивая (9-8.7%) или заметно сниженная самооценка (95-91.3%). Не достаточно гибкая когнитивная система ценностей. Все жертвы насилия были склонны к длительной фиксации на эмоционально значимых ситуациях.

**2. Особенности семейных взаимоотношений в родительской семье:** психологически подавляющее влияние одного и (или) обоих родителей создавало атмосферу недоверия в семейных отношениях, эмоционально дистанцировало членов семьи друг от друга и заставляло испытывать постоянный страх неприятия и осуждения у формирующейся в этих условиях личности (88.4%). Важную роль в формировании виктимного поведения играла «критикующая и отвергающая» мать (87.5%), которая активно участвовала в формировании представления у дочери о том, что «жертва сама виновата».

**3. Сверхценное отношение личности к психической травме насилия.** При этом пережитая психическая травма воспринималась как «катастрофическая», при которой личность не видела выхода и положительного исхода для себя. Это ощущение усиливало отсутствие поддержки от близких людей или убеждение, что «с хорошими людьми не случаются несчастья» и приводило к самоизоляции личности.

**4. Особенности ситуации, в котором произошло насилие:** применение физической силы и психологической агрессии, приведшие к физическим травмам (повреждениям); групповое нападение; насилие, совершенное человеком, которому личность безоговорочно доверяла («обман доверия»); не прогнозируемость ситуации.

**5. Отсутствие помощи и психологической поддержки** в остром и раннем посттравматическом периоде. Более половины участниц исследования

(60 - 57.7%) не решались рассказать о случившемся кому-либо, за исключением тех случаев, когда в результате изнасилования они попадали в стационары с телесными повреждениями. Стремление к самоизоляции в большинстве случаев объяснялось стыдом, страхом осуждения, чувством вины (при убеждении, что жертва сама виновата в случившемся).

**Выводы:** из вышесказанного можно сформулировать основные направления терапевтической и реабилитационной тактики при работе с жертвами сексуального насилия. Помимо применения психофармакологических средств, назначаемых симптоматически в острый и подострый периоды психотравмы для купирования острых эмоциональных реакций, важное место в терапии занимает психотерапевтическая тактика, которая определяется следующими задачами:

- снижение значимости пережитых событий для личности и их перевод в жизненный опыт;
- повышение самооценки;
- формирование адаптивных когний, позволяющих изменить отношение личности к себе, к пережитым событиям, своему будущему;
- привлечение личности к социальной активной деятельности, исходя из ее особенностей и желаний.

В наше время изнасилование стало социальным явлением. Необходимо формировать у общества толерантное отношение к поведению жертвы в ситуации насилия, формирование объективных оценок и требований к действиям жертвы и агрессора. Профессионалы (врачи различных специальностей, психологи) призваны помочь жертве насилия в ее восстановлении после пережитого, однако сексуальная агрессия — это проблема социума в целом, решение которой лежит на плечах всего общества.

## КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ С ПАНИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ В СТРУКТУРЕ АЛКОГОЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ

Цыганков Д.Б.<sup>1</sup>, Малыгин В.Л.<sup>2</sup>,  
Цыганков Б.Д.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> *Институт психического здоровья и  
аддиктологии, г. Москва, Россия*

<sup>2</sup> *ФГБОУ ВО «Российский Университет  
Медицины» Минздрава России, г. Москва,  
Россия*

**Аннотация:** В крупном эпидемиологическом исследовании - Национальное Исследование Коморбидности (National Comorbidity Survey, 1997) было обследовано 8098 человек в возрасте от 15 до 54 лет. Среди мужчин, злоупотребляющих алкоголем, паническое расстройство наблюдалось у 1,6%, среди женщин - у 7,3%. Среди мужчин, страдающих алкоголизмом без признаков зависимости, паническое расстройство наблюдалось у 13,6%, среди женщин - у 12,0% обследованных (R.C. Kessler, R.M. Crum et al., 1997). На настоящий момент нет ясной картины патогенеза коморбидности алкоголизма и панического расстройства. Наиболее доказанной является теория о существовании «третьего фактора» (например, средового или генетического), лежащего в основе патогенеза обоих заболеваний (K.A. Merikangas., D. Stevens et al., 1996). Но даже если эта теория и будет полностью подтверждена, нельзя исключать наличие других дополнительных патогенетических путей.

**Ключевые слова:** коморбидность, алкоголизм, паническое расстройство, психологические защиты.

**Keywords:** comorbidity, alcoholism, panic disorder, psychological defenses.

**Цель данного исследования:** изучение клинико-психологических характеристик больных с алкоголизмом, сочетающимся с паническими расстройствами, с разработкой клинической классификации вариантов течения данного заболевания.

**Материалы и методы:** в исследование было включено 214 больных с коморбидными алкоголизмом и паническим расстройством (основная группа), алкогольная болезнь у этих больных предшествовала развитию панического расстройства. В ходе проведения исследования основная группа была разделена по клиническим признакам на четыре подгруппы. Также было сформировано три группы контроля: 40 пациентов, страдающих алкоголизмом (группа контроль АБ); 40 пациентов, страдающих паническим расстройством (группа контроль ПР); 30 психически здоровых людей, сопоставимых по полу и по возрасту (контроль здоровые). Обследовано 156 пациентов с коморбидными АБ и ПР мужского пола и 58 больных – женского пола. Средний возраст обследуемых основной группы составил  $40,82 \pm 8,64$  года;  $40,63 \pm 9,28$  года для мужчин и  $41,0 \pm 8,0$  для женщин. Статистически значимых различий с группами контроля по половозрастным характеристикам не наблюдалось.

**Результаты и обсуждение:** средняя длительность АБ в основной группе составила  $10,76 \pm 5,61$  лет. Среди обследованных преобладали пациенты с первой (107 человек) и второй (99 человек) стадиями алкоголизма и периодические формы злоупотребления алкоголем (46,3% случаев), при этом несистематическое частое употребление спиртного встречалось достоверно чаще, чем в группе контроля АБ (34,58% случаев,  $p < 0,05$ ). Также значительно чаще наблюдался быстрый темп прогрессивности алкоголизма (69,63% случаев). ПА наблюдались в среднем в течение  $5,32 \pm 2,98$  лет, от формирования алкоголизма до появления ПА проходило в среднем  $5,73 \pm 4,99$  лет. Средняя длительность одного приступа составляла  $30,93 \pm 17,87$  минут, частота приступов –  $3,38 \pm 3,5$  атаки в месяц, в 80,37% случаев приступ был спровоцирован приемом больших доз алкоголя ( $p < 0,05$  по сравнению с контролем ПР).

В результате клинических наблюдений за больными с

коморбидными алкогольной болезнью и паническим расстройством было выделено четыре варианта сочетанного течения этих заболеваний.

**Выводы:** Больные коморбидным алкоголизмом и паническим расстройством неоднородны по своим психологическим характеристикам. В то же время, в выделенных клинических группах наблюдаются общие психологические паттерны.

1. Для пациентов подгруппы алкоголь-спровоцированного развития панических атак с формированием непрерывнотекущего панического расстройства и стойкой алкогольной ремиссии характерны такие черты как ипохондричность, мнительность, склонность к фиксации на неприятных переживаниях; чаще всего ими используются такие психологические защиты как подавление и интеллектуализация.

2. Для пациентов подгруппы алкоголь-спровоцированного приступообразного течения панических атак с развитием запойных состояний и безремиссионного течения алкогольной болезни свойственны незрелость, импульсивность, склонность к реакциям по типу «ухода от проблемы»; среди психологических защит чаще всего используются отрицание, замещение и регрессия.

3. Больным подгруппы алкоголь-спровоцированного эпизодического приступообразного течения панических атак с формированием кратковременных алкогольных ремиссий свойственны такие черты как импульсивность, склонность к эксплозивным реакциям, сочетающиеся с мнительностью и ипохондричностью. Чаще всего ими используются такие психологические защиты как замещение и регрессия.

4. Для пациентов подгруппы спонтанного развития панических атак на фоне алкогольной ремиссии с формированием непрерывнотекущего панического расстройства и рецидивом алкогольной болезни характерны ипохондричность, склонность к

конверсии, мнительность. Чаще всего ими используются такие психологические защиты как замещение и регрессия.

## КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ДИНАМИКИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ВОССТАНОВЛЕНИЯ У ЛИЦ С МАНИФЕСТНЫМИ ФОРМАМИ ШИЗОФРЕНИИ

Чинарев В.А., Малинина Е.В.

ФГБОУ ВО «Южно-Уральский  
государственный медицинский  
университет»

Министерства здравоохранения РФ,  
г. Челябинск, Россия

**Аннотация.** Настоящее исследование направлено на комплексную оценку динамики функционального восстановления у пациентов с манифестными формами шизофрении с использованием проспективного дизайна изучения когорты из 109 пациентов. Применение комбинированной терапии продемонстрировало статистически значимое улучшение показателей по шкале PANSS (с  $92,4 \pm 7,8$  до  $61,3 \pm 6,2$ ;  $p < 0,001$ ) и повышение уровня социального функционирования (с  $48,6 \pm 5,1$  до  $68,9 \pm 4,7$ ;  $p = 0,002$ ). Полученные результаты подтверждают высокую эффективность интегрированного подхода, сочетающего фармакотерапию и психосоциальные вмешательства, для достижения устойчивой клинической ремиссии и улучшения качества жизни пациентов.

**Ключевые слова:** восстановление, шизофрения, психосоциальная терапия, социальное функционирование, PANSS, качество жизни.

**Keywords:** recovery, schizophrenia, psychosocial therapy, social functioning, PANSS, quality of life

**Актуальность.** Вопросы функционального восстановления при шизофрении сохраняют высокую медико-социальную значимость в связи с преобладанием стойких функциональных нарушений, ограничивающих социально-трудовую адаптацию даже при успешной редукции психотической симптоматики.

Существующие подходы к оценке эффективности терапии часто фокусируются на симптом-ориентированных показателях, не отражая в полной мере качество жизни пациентов и уровня психосоциального функционирования.

**Цель исследования** - проведение комплексной оценки динамики функционального восстановления у пациентов с манифестными формами шизофрении.

**Материалы и методы.** В рамках проспективного наблюдения была сформирована выборка из 109 пациентов (18–35 лет) с впервые диагностированным психотическим эпизодом в рамках параноидной шизофренией (F20.0 по МКБ-10), проходивших лечение в условиях стационара и последующего амбулаторного наблюдения. Критериями исключения являлись коморбидная органическая патология ЦНС, декомпенсированные соматические заболевания и зависимость от психоактивных веществ. Для объективной оценки применялся комплексный диагностический инструментарий, включающий клинико-психопатологический метод, шкалу PANSS, опросник для оценки социального функционирования и качества жизни психически больных (И.Я. Гурович, А.Б. Шмуклер, 1994). Статистическая обработка данных осуществлялась с использованием параметрических и непараметрических методов в программной среде STATISTICA 12.0.

**Результаты и обсуждение.** Проведенное исследование позволило выявить статистически значимую положительную динамику по всем ключевым направлениям анализа. По итогам 12-месячного периода комбинированной терапии было установлено достоверное снижение общего балла по шкале PANSS с исходных  $92,4 \pm 7,8$  до  $61,3 \pm 6,2$  ( $p < 0,001$ ), при этом наиболее выраженная редукция наблюдалась в отношении позитивной симптоматики ( $p < 0,001$ ). Анализ параметров социального

функционирования выявил существенное улучшение показателей: общий балл опросника повысился с  $48,6 \pm 5,1$  до  $68,9 \pm 4,7$  ( $p = 0,002$ ), что отражает рост комплаенса и повышение уровня повседневной адаптации. Качественный анализ данных позволяет утверждать, что применение интегрированного подхода, сочетающего фармакотерапию второго поколения и структурированные психосоциальные вмешательства, оказывает синергетический эффект не только на купирование продуктивной симптоматики, но и на восстановление когнитивного ресурса и социальной компетентности, что является определяющим фактором для долгосрочной ремиссии и интеграции в общество.

#### **Выводы.**

1. Комплексная терапевтическая стратегия, интегрирующая атипичные антипсихотики и психосоциальную поддержку, подтвердила свою высокую эффективность в достижении устойчивой положительной динамики у пациентов с манифестными формами шизофрении.

2. Статистически значимое улучшение показателей по шкале PANSS и опроснику социального функционирования доказывает, что данный подход способствует не только редукции психопатологических проявлений, но и существенному повышению уровня психосоциальной адаптации.

## **РАЗДЕЛ 2. ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВАЯ ПСИХИАТРИЯ И ПЕРИНАТАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЯ: ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ, ПСИХОТЕРАПИЯ, ФАРМАКОТЕРАПИЯ**

### **THE PRACTICE OF USING LOCOMOTOR CORRECTION IN CHILDREN WITH ASD**

Irmukhamedov T.B.

KIMYO International University in  
Tashkent

Uzbekistan, Tashkent city

**Introduction.** It is known that the leading criteria for assessing a child's health are the state of mental and motor functioning. A delay in the development of motor activity, in turn, can cause a delay in the mental development of the child, since these two important areas of activity represent the most important basis in understanding the surrounding picture of the world.

**The aim** of the study is to study the clinical aspects of psychomotor disorders in children with ASD.

**Material and methods of research.** The study examined 26 children with ASD aged 6 to 15 years. The comparison group included 26 practically healthy children. Clinical-psychopathological, clinical - catamnestic, neurological, clinical-pathopsychological research methods were used in the study.

**Results and discussion.** Difficulties in the process of building role-playing games were demonstrated by 82.7% of children. A lag in speech formation for a year or more at the early age stages was observed in 76.7% of cases. Hereditary burden of mental disorders in families with children with ASD was 23.6%. The results of the study showed significantly significant correlations of disorders of psychomotor domains with other mental domains, such as the "attention" domain ( $r=0.24, p<0.01$ ), the "emotion" domain ( $r=0.32, p<0.01$ ). Violation of the domain "interpersonal communication" ( $r=0.21, p<0.01$ ). Violation of the domain

"control of one's own behavior" ( $r=0.27, p<0.01$ ). The domains "aggression" and "auto aggression" accounted for 34.6% and 29.3%, respectively.

**Conclusions.** Thus, we can conclude about the spectrum of psychomotor disorders of varying severity that occur in children with ASD and have close relationships with such important mental functions as emotions, attention, motivation and others. Disorders of psychomotor functions should be taken into account when developing a complex of rehabilitation measures for children with ASD.

#### **Bibliographic references:**

1. Ирмухамедов, Т. Б. "Особенности эмоциональной сферы у детей с аутистическими расстройствами." *Российский педиатрический журнал* 22.5 (2019): 284-285.
2. Abdullaeva, Vasila K., et al. "Premorbid features of patients with paranoid schizophrenia with concomitant cerebral hemodynamic disorders." *European Journal of Molecular & Clinical Medicine* 7.2 (2020): 2320-2327.
3. Rogov A.V., Abdullayeva V. K. Features of problem-solving behavior in patients with paranoid schizophrenia with concomitant viral hepatitis // *A new day in medicine*. – 2019. – No. 2. – pp. 47-49.
4. Ирмухамедов Т., Абдуллаева В., Маджидова Ё. Клинико-динамические особенности социального и когнитивного функционирования больных параноидной шизофренией с неврологическими нарушениями // *Неврология*. – 2021. – Т. 1. – №. 3. – С. 57-57.
5. Irmuhamedov T. B. et al. Clinical and psychopathological characteristics of vascular diseases of brain in patients with paranoid schizophrenia // *Annals of the Romanian Society for Cell Biology*. – 2021. – С. 13080-13085.
6. Irmuhamedov T. B., Abdullaeva V. K. Paranoid

schizophrenia and predictors of formation of the pathological hobbies // *Neurodynamics. Journal of clinical psychiatry* <http://doi.org/10.5281/zenodo.3592351>.

7. Irmuhamedov, Temur B., et al. "Clinical and psychopathological characteristics of vascular diseases of brain in patients with paranoid schizophrenia." *Annals of the Romanian Society for Cell Biology* (2021): 13080-13085.

8. Irmuhamedov T. B. et al. Clinical and psychopathological characteristics of vascular diseases of brain in patients with paranoid schizophrenia // *Annals of the Romanian Society for Cell Biology*. – 2021. – С. 13080-13085.

#### **ОСОБЕННОСТИ ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКИХ ОТНОШЕНИЙ В СЕМЬЯХ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВОМ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА**

Бакшина К.Е., Кудрина И.С., Султанова А.Н

*ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Новосибирск, Россия*

**Аннотация.** В статье изучаются особенности отношений между родителями и детьми с расстройством аутистического спектра (РАС). Эмпирически доказано, что таким семьям свойственны повышенный контроль, необоснованная критика и скрытое отвержение ребенка. Из этого следует вывод о критической важности психологической помощи родителям для гармонизации семейной среды.

**Ключевые слова:** детско-родительские отношения, расстройства аутистического спектра.

**Key words:** parent-child relationships, autism spectrum disorders.

**Актуальность.** При изучении специфики детско-родительских отношений в семьях, в которых воспитываются дети с РАС, неуклонно

подтверждается преобладание у родителей негативных установок и характеристик, что проявляется в дальнейшем во всеобщей дисгармоничности и нарушении хода их психического развития. Поэтому, немаловажным аспектом для нормализации и налаживания детско-родительских отношений является комплексное сопровождение таких семей, с учетом направленности коррекционной работы не только с одним ребенком, но и психолого-педагогическом сопровождении родителей.

**Цель и задачи исследования.** Определить наличие клинико-психологических и характерологических особенностей детско-родительских отношений в семьях, воспитывающих детей с расстройством аутистического спектра.

**Материалы и методы.** Исследование проводилось на базах: Муниципальное бюджетное общеобразовательное учреждение «Специальная (коррекционная) школа №31», Муниципальное бюджетное учреждение молодежный центр «Стрижи»; Муниципальное автономное общеобразовательное учреждение «Средняя общеобразовательная школа №51». Выборку составили: 15 родителей, воспитывающих детей с РАС (экспериментальная группа) и 15 родителей, воспитывающих нормотипичных детей (контрольная группа). Батарей методик: «Шкала степени отверженности ребенка в семье» А.И. Баркан; «Индивидуальный стиль отношения к ребенку» В.С. Ивашкина, U-критерий Манна–Уитни, коэффициент корреляции Спирмена.

**Результаты обсуждения.** Достоверно значимые различия по опроснику А.И. Баркана по шкале соответствия характера, поведения и особенностей ребенка ожиданиям родителей у экспериментальной группы: 22,01 (среднее значение), соответственно, ребенок систематически подвержен отвержению и необоснованной критике со стороны родителей. В контрольной группе

по данной шкале средние значения 61,2, что говорит о том, что ребенок в такой семье иногда чувствует раздражение родителей, но в целом семейная ситуация благоприятна. Средние значения у экспериментальной группы по методике В.С. Ивашкина по шкалам: Опека (4,5), Контроль (4,2), Забота (4,1) и Пренебрежение (3,8) свидетельствует о выраженности гиперопеки в воспитании ребенка. Что же касается контрольной группы, были получены следующие средние показатели: Опека (2,2), Контроль (2,4), Забота (2,3) и Пренебрежение (2,2), что соотносится с низкими показателями гиперопеки по отношению к ребенку.

**Выводы.** Следовательно, родители, воспитывающие детей с РАС, склонны к скрытым побуждениям отвержения своего ребенка, предположительно в связи с наличием у него атипичных особенностей. А также склонны к необоснованной критике в связи с расхождением между желаемыми и действительными качествами и чертами ребенка, со сложностью обучения, воспитания и коммуникации привычным способом межличностного взаимодействия. Такие семьи используют в своем стиле воспитания элементы гиперопеки и гиперконтроля, вероятно, из-за страха за несостоятельность и несамостоятельность их ребенка.

## **КОМОРБИДНЫЕ ВЗАИМОСВЯЗИ РАССТРОЙСТВ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ И АФФЕКТИВНОЙ ПАТОЛОГИИ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ**

Грачев В.В.

*ФГБОУ ВО МГППУ, кафедра нейро- и  
патопсихологии развития, Москва*

Коморбидность расстройств пищевого поведения (РПП) и аффективной патологии (АП) представляющая собой значимую диагностическую и терапевтическую проблему, в нашем исследовании была выявлена у всех 511 (100%) подростков женского пола с РПП. Аффективная симптоматика по времени возникновения

могла: предшествовать манифестации РПП, развиваться в их активном периоде или после сглаживания РПП.

Предшествующие РПП аффективные нарушения рассматриваются нами как один из факторов их экзacerbации, по-видимому, можно говорить об особом аффективном механизме формирования пищевой психопатологии. Полученные данные позволяют выделить особый вариант подростковой депрессии — депрессия с РПП. Для которой характерны: 1. затяжной характер; 2. диссоциированность депрессивной триады с преобладанием тревожно-динамического аффекта; 3. доминирующие дисморфоманические сверхценные идеи и идеи необходимости улучшения фигуры, достигающие уровня «одержимости»; 4. симультанность динамики гипотимии и дисморфоманических построений; 5. стойкая, носящая характер непреодолимости пессимистическая фиксация, на воплощении идей снижения массы тела. Дисморфоманические проявления в картине депрессии не являются усложняющими ее расстройствами, а выступают как симптомы самого депрессивного состояния, находясь в структуре депрессивных идей малоценности и самоуничужения.

При рассмотрении депрессивных состояний активного периода НА были выделены 2 типологических варианта. При 1-м клиническая картина определяется астенической депрессией с раздражительностью, истощаемостью, соматовегетативными проявлениями и ангедонией. Симптоматика появляется спустя 5-12 месяцев (в среднем  $7,9 \pm 2,6$  месяца) после манифестации нервной анорексии (НА). В генезе существенной представляется роль соматогенных факторов, таких как голодовой стресс, недостаточное поступления с пищей предшественников серотонина и полиненасыщенных жирных кислот, нарушения энергетического обмена в

клетках мозга — митохондриальная дисфункция, гормональный дисбаланс.

При 2-м типологическом варианте преобладает тревожный аффект, сочетавшийся с адинамией, тоской или дисфорическими проявлениями; выявлялся эндогенный суточный ритм, явления депрессивной деперсонализации. В начальном периоде снижения массы тела у 62% отмечался аффективный подъем, а депрессивная симптоматика проявлялась через 2-5 месяцев (в среднем  $4,4 \pm 0,9$  месяца) после манифестации НА. В генезе, по-видимому, значимую роль играют эндогенные конституционально-биологические/генетические факторы.

У больных с РПП связь с АП часто прослеживается с раннего возраста, в нашем исследовании тимопатический диатез [Шевченко Ю.С. 2013] был выявлен у 56,7% больных, а у 32,9% больных — расстройства аффективного спектра в семейном анамнезе.

На значительную частоту гипотимических состояний у больных НБ обратил внимание еще автор этой клинической категории G. Russell [1979]. У подростков состояния негативного аффекта являются возможным фактором риска развития этой формы РПП. Во всех случаях гипотимия предшествовала развитию НБ и проявлялась тревожно-динамическими, динамически-дисфорическими и тоскливо-динамическими состояниями. После манифестации собственно НБ выраженность депрессивных проявлений нарастала, чему способствовал тяжелый дистресс, связанный с необходимостью постоянно сопротивляться повышенному аппетиту, осознание неспособности контролировать процесс питания. Депрессивные идеи самоуничужения принимали вид самообвинений в безволии, перееданиях и очищениях. Коморбидность с НБ ассоциируется с ранним началом и тяжелым течением АП: для дистимии были характерны устойчивость негативного аффекта, частые повторные эпизоды двойной депрессии, для БАР — близкое к континуальному течение, для

униполярных депрессий — затяжные депрессивные фазы с неполными (симптоматическими) ремиссиями.

По мере течения булимическая симптоматика и негативный аффект как бы «спаиваются», образуя более широкий аффективно-поведенческий симптомокомплекс, при котором гипотимия поддерживает булимическую симптоматику, а нарастание проявлений НБ является значимым фактором углубления депрессии.

В литературе нередко отмечают, что после становления ремиссии РПП и нормализации веса у значительной части больных выявляется АП. В нашем исследовании после достижения полной и устойчивой ремиссии НА/НБ у 25,8% наблюдалась симптоматика БАР, у 12,4% — рекуррентной депрессии, у 2,8% — дистимии, а у 14,4% — шизоаффективного расстройства.

## **ПРОФИЛАКТИКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПРОБЛЕМ У ВСТУПАЮЩИХ В БРАК**

Добряков И.В.

*ФГБУ «Национальный медицинский  
исследовательский центр психиатрии и  
неврологии имени В.М. Бехтерева»*

*Министерства здравоохранения*

*Российской Федерации*

*Санкт-Петербург, Россия*

**Аннотация.** В статье содержится предложение оптимизации претворения в жизнь национального проекта «Семья» путем организации доступных просветительских лекций-бесед специалистов с гражданами, собирающимися вступить в брак.

**Ключевые слова:** проект-семья, вступление в брак, целевая группа, просветительские беседы-лекции.

**В настоящее время в нашей стране** запущен новый национальный проект «Семья», цель которого объединить все существующие и будущие меры поддержки рождаемости, улучшению демографической ситуации в стране [2]. Это актуально, так как по

данным Росстата в 2024 году в России зарегистрировали 880 000 браков и 644 500 разводов [4]. Проект является комплексным, так как предполагает решение социальных, медицинских и психологических задач [2]. Биопсихосоциальный подход к его реализации может способствовать организации сбалансированного тесного сотрудничества разных специалистов: организаторов здравоохранения, медицинских и социальных работников, педагогов, священнослужителей, юристов, работников средств массовой информации и др. Однако сейчас на практике отмечается явный приоритет социальной составляющей, работа с психологическими проблемами продумана и организована хуже [3]. Так, например, рекомендации Госдумы рассматривают в качестве основных факторов, препятствующих рождению россиянами большего числа детей, в первую очередь, проблемы их материального благосостояния. Решению психологических проблем, гармонизации семейных отношений, взаимодействию поколений, профилактике разводов и абортов уделяется меньше внимания. Большую роль в преодолении такой ситуации может сыграть общественная профилактика, включающая систему не только социальных, экономических, законодательных, медицинских мероприятий, но и психологическое просвещение. Эффективность мер общественной профилактики во многом зависит от оптимального сочетания трех разных стратегий профилактики: общественной, осуществляемой в основном с помощью средств массовой информации, групповой, нацеленной на объединение лиц со схожими проблемами и индивидуальной.

Целевой группой граждан, высоко заинтересованных в получении информации об особенностях супружеской жизни, о появлении проблем, о путях их конструктивного разрешения, о возможности получения консультации специалистов в сложных ситуациях, встречающихся в процессе

жизнедеятельности семьи, являются граждане, собирающиеся официально оформить свои отношения в ЗАГСе, вступив в гражданский брак.

Такая работа была организована и успешно проводилась в Ленинграде профессором А.М. Свядоцем. В 1971 году он организовал первую в СССР консультацию по вопросам семьи и брака. Профессор привлек к работе врачей психотерапевтов, акушеров-гинекологов, а также психологов. Помимо консультативной работы, он предложил трем специалистам из числа своих сотрудников (семейному психотерапевту, акушеру-гинекологу и сексологу) подготовить и провести одну лекцию-беседу, соответствующую их специальности: по психологии семейных отношений, по сексологии, по гинекологии и акушерству. Эти лекции составили краткую образовательную программу. А.М. Свядоц правильно рассудил, что повышение компетенции о различных аспектах семейной жизни необходимы и полезны намеревающимся вступить в брак. Он договорился с ЗАГСами города о том, чтобы все подающие документы для официального оформления брачных отношений, получали бесплатный абонемент на посещение в удобное для них время трех лекций-бесед с семейным психотерапевтом, сексологом, гинекологом. Слушатели получали возможность помимо прослушивания лекций анонимно в виде записок задать волнующие вопросы, а, при необходимости, индивидуально проoirоваться. И впредь, при возникновении семейных проблем, они знали к кому обратиться за помощью.

В Санкт-Петербургском Городском центре медицинской профилактики предпринималась попытка восстановить подобную практику. С осени 2013 по весну 2014 года в Казани на базе Аппарата Уполномоченного по правам человека в республике Татарстан были организованы подобные занятия с парами, подавшими заявления в ЗАГС о вступлении в брак. Встречи проводились не только с

психологом и врачом, но также с социологом, философом, юристом [1].

Повсеместное внедрение такого опыта должно и может стать важной действенной составляющей общей работы, направленной на формирование гармоничных брачных отношений, пропаганды семейных ценностей, снижению количества разводов и увеличению рождаемости, первичной профилактике абортотв. Качество обучения, организации и проведения этой работы возможно лишь при наличии хорошо подготовленных преподавателей. С этой целью научно-организационным отделом Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева подготовлена программа трехдневного цикла тематического усовершенствования таких специалистов.

## Литература

1. Карцева Л.В. Татарстанская молодёжь о браке и семье /материалы международ. науч.-практ. конф. «Женщина-мусульманка: права человека в современном мире». 16-17 октября 2014 г., г. Казань. С. 54.
2. Национальный проект «Семья» Правительство России <http://government.ru>  
>[govclassifier/915/about/](http://govclassifier/915/about/)
3. Незнанов, Коцюбинский А.Н. Биопсихосоциальная парадигма: возможности и перспективы. // Ж. «Социальная и клиническая психиатрия», 2021, Т. 31, №2. С. 5-12.
4. Росстат Статистика разводов в России в 2024 году [trends.rbc.ru](http://trends.rbc.ru)

**ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНО-ЛИЧНОСТНОЙ СФЕРЫ ДЕТЕЙ ЗАЧАТЫХ С ПОМОЩЬЮ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ (НА ПРИМЕРЕ АНАЛИЗА РИСУНОЧНЫХ И ПРОЕКТИВНЫХ МЕТОДИК)**

Зверева Н.В., Строгова С.Е., Клак Д.С.,  
Сергиенко А.А., Антонова Е.А.,  
Суркова К.Л., Зверева М.В.

*Федеральное государственное  
бюджетное научное учреждение  
Научный центр психического здоровья,  
Москва, Россия*

**Актуальность** психологического исследования детей, зачатых с помощью вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ), возрастает, как и количество рождающихся посредством ВРТ детей. В ФГБНУ НЦПЗ с 2019 года ведется научная тема по изучению развития детей 3-15 лет, зачатых с помощью ВРТ. По нашим данным, когнитивная сфера у таких детей, отличается большим своеобразием, чем у детей естественного зачатия (ЕЗ), Встает вопрос – есть ли аналогичное расхождение детей ВРТ и ЕЗ в развитии эмоционально-личностной сферы.

Традиционно рисунки как вид психологической диагностики, относят к проективным методикам. В нашем исследовании мы шли по формальному пути анализа рисунком, опираясь на формальные критерии – размер, тип рисунка, особенности и качество изображения и т.п. В дополнение к рисуночным методикам (Рисунок себя и Рисунок птичьего гнезда) применялись варианты самоописания и самооценка в конкретной деятельности.

**Ключевые слова** рисунок себя, рисунок птичьего гнезда, дети и подростки с разным типом зачатия, ВРТ, ЕЗ, самоописание, самооценка

**Key words:** self-drawing, drawing of a bird's nest, children and adolescents with different types of conception, ART, NC , self-description, self-esteem

**Цель:** сравнение рисуночных и проективных методик у детей ВРТ и ЕЗ в оценке эмоционально-личностной сферы.

**Материал:** дети ВРТ (65 детей, 39 мальчиков, средний возраст 8,1 лет). и дети ЕЗ (71 ребенок, средний возраст 8 лет, 34 мальчика)

**Методики:** рисунок себя (Алейникова, Захарова, 1989), рисунок птичьего гнезда (Драйзер, 1986, Куфтяк, 2021), самоописание (модификация методики Куна), самооценка в конкретной деятельности (Зверева, 2011).

**Результаты.** Рисунок себя. Получена своеобразная возрастная динамика детей ВРТ по сравнению с ЕЗ по ряду параметров: дети ВРТ чаще используют схематическое изображение в рисунке себя (различия для дошкольников достоверны на уровне 0,05, в других возрастах нет). Эмоциональное состояние изображенного персонажа также отличалось, у детей ЕЗ значимо больше отрицательного эмоционального состояния, чем у детей ВРТ ( $p \leq 0,01$  по критерию Фишера).

Рисунок гнезда птицы. В рисунке гнезда различается качество рисунка – балл у детей ЕЗ достоверно выше чем у детей ВРТ ( $p \leq 0,05$  по критерию Манна-Уитни), различается и тип изображения, у детей ВРТ больше схематического изображения, чем у детей ЕЗ. Описание в рисунке гнезда птицы различается мало и удовлетворенность рисунком также не различается в группах.

Самоописание: дети ЕЗ дают меньше ответов, чем дети ВРТ, упоминая родственные связи, при этом негативных ответов описания себя в группе ВРТ больше. Паспортные данные (имя, фамилия) больше упоминаются детьми ЕЗ, чем детьми ВРТ ( $p \leq 0,01$  по критерию Фишера).

Самооценка в конкретной деятельности: общая оценка уровня выполнения всех заданий не различает группы, но по параметру оценки за старание – у детей ВРТ средняя оценка ниже, чем у детей ЕЗ, не достигая уровня достоверности.

Работа по статистическому и качественному анализу полученных данных продолжается.

Есть определенные ограничения у данного исследования, прежде всего это касается объема сопоставляемых выборок, необходимости использования дополнительных статистических критериев.

**Резюме.** Цель данной работы – сопоставить результаты выполнения рисуночных и проективных методик детьми ВРТ и ЕЗ в плане оценки их эмоционально-личностной сферы. Полученные результаты указывают и на сходство обеих выборок (по параметрам самооценки), и различия (по качеству рисунка, особенностям самоописания). Можно рассматривать самооценку, самописание, отражение в нем эмоционального и социального статуса и т.д. в качестве значимых для квалификации эмоционально-личностной сферы детей. Проведенное исследование дает основания судить о наличии своеобразия эмоционально-личностной сферы у детей ВРТ по сравнению с детьми ЕЗ, однако степень выраженности и наиболее «уязвимые» точки нуждаются в дополнительном исследовании.

Все это указывает на необходимость продолжения исследования в плане увеличения выборок, анализа по всем возможным для оценки параметрам, сопоставления выполнения указанных методик детьми ВРТ и ЕЗ с вариантами дизонтогенеза (наличие психиатрического или неврологического диагноза), проанализировать сходство/различие внутри и между выборками по полу и возрасту более подробно.

## **ПАЛЬЦЕВОЙ ГНОЗИС И КИНЕСТЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ У МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ С ТРУДНОСТЯМИ ОСВОЕНИЯ СЧЕТНЫХ НАВЫКОВ**

Кудрявцева А.С., Каримулина Е.Г.

*Московский государственный психолого-педагогический университет  
Россия, Москва*

**Аннотация:** в работе представлено исследование, выявляющее особенности пальцевого гнозиса, схемы тела и отдельных характеристик мануальной активности у младших школьников с различными уровнями овладения счетных навыков.

**Ключевые слова:** пальцевой гнозис, мануальный праксис, счетные навыки, дискалькулия

**Keywords:** finger gnosis, manual movements, calculation skills, dyscalculia

**Актуальность:** большое влияние на развитие науки, экономики и других сфер жизни оказывает уровень развития математических способностей населения. Ряд исследований показывает, что уровень освоения арифметических навыков накладывает отпечаток на дальнейшую жизнь человека, на его трудоустройство и успешность в профессиональном плане (линия исследований: успех в математике в детстве = успех в жизни). Дискалькулия (F81.2 по МКБ-10) как расстройство, являющееся частью специфических трудностей обучения, диагностируется достаточно часто (от 3 до 7% детской популяции). Среди взрослого населения встречаемость трудностей обработки числовых данных составляет от 15 до 25%. Нейропсихологическое видение проблемы формирования счета у детей позволяет сосредоточить внимание на базовых предпосылках данного нарушения. Пальцевой гнозис, соматогнозис и кинестетический праксис лежат в основе формирования данной компетенции.

**Цель:** выявить особенности пальцевого гнозиса, соматогнозиса, отдельных характеристик мануальных движений у обучающихся начальных классов, имеющих трудности освоения счетных навыков.

**Материалы и методы:** были использованы нейропсихологические пробы, направленные на исследования пальцевого гнозиса, восприятия схемы тела, праксиса: праксис позы по зрительному и кинестетическому образцу, узнавание и называние пальцев на руках и на изображении рук, модифицированный

вариант пробы Тойбера, выполнение задачи на определение «лишней руки» по основанию «правая-левая», проба Заззо, счет от 1 до 10, сравнение чисел, счет от заданного числа, счет в устной и письменной форме, серийный счет, счет по Крепелину у младших школьников с разным уровнем успешности в овладении арифметическими навыками. Для оценки успешности выполнения проб использована четырехбалльная шкала А. Р. Лурии. Экспериментальная группа: 10 детей 1 класса и 10 детей 4 класса, контрольная группа – аналогично. Всего 40 человек. Проведена статистическая обработка данных: метод корреляции Пирсона и критерий Манна-Уитни.

**Результаты:** подтверждена связь между математическими способностями и пальцевым гнозисом на данной выборке. Дети, не имеющие трудностей в математике, справлялись с мануальными пробами лучше детей с трудностями счета. Было выявлено, что низкие показатели по отдельным пробам, в частности, модифицированный вариант пробы Тойбера с переносом ощущения на другую руку и праксис позы по кинестетическому образцу, с высокой частотой коррелируют с трудностями счета. При сравнении показателей пальцевого гнозиса у детей 1 и 4 классов значимой разницы не наблюдается в контрольной группе. Результаты подтверждают данные, что в норме к первому классу у детей должны быть сформированы представления о своем теле и о пальцах. Для окончательного вывода необходимо исследование лонгитюдного характера.

Качественный анализ результатов показал, что не все дети, даже из контрольной группы, способны назвать все свои пальцы. Наиболее частые ошибки у детей возникали с актуализацией слов-наименований среднего и безымянного пальцев, иногда мизинца. Однако в большинстве случаев детям, имеющим невысокие показатели по пальцевому гнозису, требовалось больше помощи для актуализации названий пальцев.

**Выводы:**

1. У младших школьников с трудностями освоения счетных навыков выявляется дефицитность пальцевого гнозиса по тактильному и по зрительному образцу (статистически значимые различия).

2. Показатели пальцевого гнозиса у учеников с трудностями формирования счета не претерпевают изменений на протяжении возрастного интервала от 1 класса к 4 классу.

3. Для учеников 1 и 4 класса со сложностями формирования счетных навыков характерны трудности номинативного характера, обнаруживаемые при назывании пальцев.

4. Показатели кинестетического праксиса у учеников 1 и 4 классов с трудностями формирования счетных навыков значительно ниже, чем у детей контрольной группы, при этом показатели с возрастом не изменяются.

Можно предположить, что в коррекционной работе для активизации процессов формирования счетных навыков необходимо развивать не только собственно счетные операции, но также соматогнозис, мануальную активность и пальцевой гнозис с учетом вертикальной организации мозговых процессов.

### **НЕКОТОРЫЕ КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ И ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С ВТОРИЧНОЙ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АМНОРЕЕЙ**

Мясникова М.Ю.<sup>1</sup>, Бронфман С.А.<sup>2</sup>, Черненко В.А.<sup>3</sup>, Грибов В.В.<sup>4</sup>

*1-ОКДЦ ПАО «Газпром», поликлиника №2, Москва*

*2-ФГАОУ ВО ПМГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава РФ (Сеченовский университет), Москва*

*3-МГУ им. М.В. Ломоносова, факультет психологии (клиническая психология), Москва*

*4-Московский Институт Психоанализа, Москва*

**Аннотация.** Клинико-психопатологическое и психометрическое

исследование девочек-подростков с вторичной аменореей показало, что распространенность депрессивных и тревожных расстройств, а также атипичных расстройств пищевого поведения составила 95%. По данным опросника SCL-90R у подростков с этим диагнозом наблюдается повышенная частота встречаемости признаков депрессии, тревоги, соматизации, межличностной сензитивности, а также фобических симптомов и симптомов ОКР. Ключевые слова: девочки-подростки, вторичная аменорея, депрессивные и тревожные расстройства, атипичные расстройства пищевого поведения

Keywords: adolescent girls, secondary amenorrhea, depressive and anxiety disorders, atypical eating disorders

**Актуальность.** Ранее считалось, что основная причина возникновения нормогонадотропной гипоталамической аменореи (НГА) у женщин раннего репродуктивного возраста — психологический стресс на фоне потери массы тела. Но в исследованиях последних лет показано, что наиболее важной составляющей в этиологии этого заболевания являются аффективные и тревожные расстройства разных нозологических групп, часто коморбидные с атипичными расстройствами пищевого поведения (аРПП). Однако клинко-психопатологические исследования девочек-подростков с вторичной аменореей до последнего времени не проводились.

**Материалы и методы.** Для решения поставленных задач в исследование были включены 97 девочек-подростков от 15 до 17 лет, в том числе 81 девочка с вторичной аменореей и 16 здоровых девочек (группа контроля) с регулярными менструациями, проходившими обследование в ФГБУ НЦАГиП им. Кулакова.

Все девочки проходили углубленное клинко-

психопатологическое исследование у врача-психотерапевта, включающего три клинко-диагностических интервью с каждой обследуемой и клиническую беседу с матерями (в присутствии девочек), по результатам которых заполнялись шкалы Гамильтона, а также психометрическое исследование у клинического психолога.

Текущее психическое состояние девочек подтверждалось результатами опросника выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90R).

**Результаты исследования.** При клинко-психопатологическом обследовании девочек изучаемых групп симптомы депрессивных и/или тревожных расстройств, а также атипичных расстройств пищевого поведения (аРПП) обнаружены у 95% пациенток исследуемых групп; в группе контроля такие симптомы были выявлены только в 19% наблюдений, что указывает на достоверно более высокую частоту встречаемости психических нарушений у пациенток с аменореей, чем у девочек из группы контроля. Так, у 45 пациенток из 81 (56%) диагностирована атипичная нервная анорексия (аНА, F50.1), у 11 (13%) — атипичная нервная булимия (аНБ, F50.3), у 4 девочек (5%) — аНБ(о) с очистительными процедурами (условно отнесенные нами к неуточненному расстройству приема пищи — F50.9). Таким образом, атипичные нарушения пищевого поведения выявлены у 74% пациенток основной группы и только у 6% девочек из группы контроля. Депрессивная и тревожная симптоматика выявлена (как самостоятельные расстройства, без расстройства приема пищи) у 17 пациенток (21%). При этом симптоматика у 13 пациенток (16%) соответствует диагностической категории F43.2 (расстройство адаптации в виде пролонгированной депрессивной и тревожной реакции), у 4 пациенток — диагностической категории F32.01

(депрессивный эпизод легкой степени с соматическими нарушениями). У девочек из группы контроля наблюдалась иная картина: только у одной из них диагностирована атипичная нервная анорексия (6%) и у двух — расстройство адаптации (13%).

Однако по результатам проведенного обследования пациенток исследуемых групп выявлено, что только у 4 пациенток (6%) с атипичными расстройствами пищевого поведения не наблюдается коморбидного ему расстройства аффективного спектра. У остальных пациенток (56 человек) атипичное расстройство пищевого поведения сочеталось с расстройством адаптации (22%), депрессивным эпизодом средней степени тяжести (5%), депрессивным эпизодом легкой степени (15%), дистимией (7%), циклотимией (13%).

По данным опросника SCL-90R у пациенток всех исследуемых групп наблюдается повышенная частота встречаемости признаков депрессии, тревоги, соматизации, межличностной сензитивности, а также фобических симптомов и симптомов ОКР, что подтверждается статистически достоверной разницей в показателях по соответствующим шкалам опросника в сравнении со значениями, полученными у девочек из группы контроля ( $p < 0,05$ ). По шкалам опросника «враждебность», «паранойяльность» и «психотизм» различия между пациентками с аменореей и девочками из группы контроля не показали статистической значимости.

**Выводы.** У девочек-подростков с вторичной аменореей статистически достоверно чаще, чем у здоровых девочек этого возраста, встречаются атипичные расстройства пищевого поведения (74% и 6% соответственно), коморбидные с аффективными расстройствами разных нозологических групп.

## ДИАГНОСТИКА И КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ГРАНИЦ ДОШКОЛЬНИКОВ КАК УСЛОВИЕ ПРОФИЛАКТИКИ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ Толкачева А.П.

ФГБОУ ВО «Российский университет  
медицины» Министерства  
здравоохранения РФ, Москва

### **Аннотация**

В исследовании рассматриваются особенности проявления психологических границ у детей старшего дошкольного возраста и их взаимосвязь с эмоциональными и поведенческими трудностями. Представлены результаты эмпирического исследования, описывающую специфику проявления психологических границ в различных социальных контекстах. Предложены методические ориентиры, направленные на снижение риска дезадаптивных проявлений у дошкольников.

**Ключевые слова:** психологические границы, дошкольный возраст, диагностика, психокоррекция, профилактика, эмоциональные и поведенческие расстройства.

### **Актуальность**

Дошкольный возраст является сензитивным периодом формирования психологических границ, отражающих способность ребёнка к регуляции взаимодействия с другими людьми и сохранению индивидуальности. Нарушение границ проявляется в виде повышенной внушаемости, тревожности, импульсивности либо изоляции и ригидности, что сопряжено с возникновением эмоциональных и поведенческих трудностей. Недостаток эмпирических данных об особенностях проявления психологических границ дошкольников затрудняет их диагностику и организацию профилактической и коррекционной работы.

**Цель** исследования заключалась в изучении и описании особенностей психологических границ у детей старшего дошкольного возраста.

**Задачи** исследования:

1. Разработать и апробировать методы диагностики особенностей психологических границ дошкольников;
2. Описать проявления психологических границ у детей дошкольного возраста в различных социальных контекстах;
3. Разработать методические рекомендации по профилактике и коррекции нарушений психологических границ с целью снижения риска эмоциональных и поведенческих трудностей у дошкольников.

**Материалы и методы**

В исследовании участвовали 102 ребёнка 5–7 лет, проживающие в Москве. Для диагностики применялись игровые методики О. В. Силиной «Мой дом» и «Пирог», а также авторский опросник «Психологические границы дошкольника». Статистическая обработка данных выполнена с применением пакета SPSS Statistics 26.

**Результаты и обсуждение**

Эмпирическое исследование позволило выявить вариативность выраженности психологических границ у детей старшего дошкольного возраста в зависимости от контекста взаимодействия: проницаемость границ максимальна в общении со сверстниками, умеренна с родителями и минимальна с незнакомыми взрослыми. Такая динамика отражает возрастные тенденции к расширению автономности при сохранении потребности в защищённости.

Применение авторского опросника «Психологические границы дошкольника» позволило описать специфику их проявлений у детей старшего дошкольного возраста и выявить те особенности, которые сопряжены с риском эмоциональных и поведенческих трудностей. Обнаружены различные

варианты проявления психологических границ у дошкольников— от неустойчивых и размытых до чрезмерно жёстких, при этом именно гибкость границ, проявляющаяся в их вариативности в зависимости от социального контекста, сопряжена с большей адаптивностью, меньшей конфликтностью во взаимодействии и способностью учитывать границы других.

**Выводы.**

1. Нарушения психологических границ у дошкольников проявляются в форме чрезмерной открытости или избыточной закрытости в зависимости от социального контекста взаимодействия.
2. Своевременная диагностика выявленных нарушений позволяет прогнозировать риски развития эмоциональных и поведенческих расстройств.
3. Профилактическая работа предполагает формирование у детей представлений о конструктивных способах защиты психологических границ с учетом специфики социального контекста, обеспечение согласованности правил в образовательной среде, создание условий для сохранения личного пространства каждого ребенка.

## **ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БЕРЕМЕННОСТИ И МАТЕРИНСТВА ПОСЛЕ ЭКО**

Филиппова Г.Г.

*ЧУ ДПО «Институт перинатальной и  
репродуктивной психологии»,  
Москва, Россия*

**Аннотация:** Психологические особенности женщин в беременности, наступившей в результате ЭКО, и затруднения в адаптации к материнству после рождения ребенка рассматриваются как факторы риска пренатального стресса плода и осложнения диадических отношений. Обосновывается необходимость психологической помощи в период беременности и в адаптации к

родительству в парах, вынашивающих беременность и родивших детей при помощи ВРТ.

**Ключевые слова:** беременность после ЭКО, пренатальный стресс плода, адаптация к родительству, психологическая помощь в беременности после ЭКО

**Key words:** pregnancy after IVF, prenatal stress of the fetus, adaptation to parenthood, psychological assistance in pregnancy after IVF

Рождение детей с помощью вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) становится рутинной практикой: по последним данным в мире ежегодно рождается около 870 000 детей. В России таких детей более 500 000, в 2023 году родилось около 38 000 детей в результате ВРТ. В настоящее время имеется большое количество исследований особенностей беременных женщин и особенностей психического развития детей, рожденных в результате ВРТ. Основной процедурой ВРТ является ЭКО: экстракорпоральное оплодотворение и последующий перенос эмбриона в матку женщины. Общие данные о психическом здоровье детей достаточно оптимистичны, при этом данные о психическом состоянии женщин в беременности после ЭКО свидетельствуют о повышенной тревожности и невротизации и затруднениях в адаптации к материнству. Наиболее выраженный стресс у женщин отмечается в самом начале беременности (первые несколько недель после переноса эмбриона), что является фактором риска пренатального стресса плода. Исследования влияния пренатального стресса на стресс-систему и репродуктивную систему плода выявили высокий уровень риска нарушений стресс-устойчивости, критического понижения порогов чувствительности и нарушений нейрогуморальной регуляции репродуктивной функции. Еще одной особенностью является феномен «сдвига мотива на цель», осложняющий адаптацию к родительству в парах,

родивших детей с помощью ЭКО: в результате переживаний неудач в лечении бесплодия и неудачных попыток ЭКО основной мотив – рождение и воспитание ребенка – сдвигается на достижение зачатия и наступление беременности. Из-за этого осложняется адаптация к беременности («синдром растерянности при наступлении беременности») и адаптация к материнству. В беременности у женщин повышена тревожность в сочетании с нереалистическими представлениями о материнстве, а после рождения ребенка наблюдается увеличение случаев послеродовой депрессии по сравнению с общей выборкой и в целом большая сложность адаптации к родительству. Опыт работы психологов с беременными после ЭКО показал, что они сосредоточены на получении и вынашивании беременности и недостаточно ориентированы на подготовку к материнству. В результате наблюдается недостаточность родительской компетентности и осложнения в налаживании диадических отношений. При этом мотивация родительских пар на психологическую помощь в беременности и после рождения ребенка также оказывается недостаточной. Наблюдается еще один вариант «сдвига мотива на цель»: рождение ребенка становится конечным результатом и «венцом» длительной борьбы с бесплодием, а к переходу к реальной родительской деятельности родители оказываются не готовы. Таким образом при рождении детей с помощью ВРТ обнаруживаются факторы риска психического развития ребенка, связанные с пренатальным стрессом и с осложнением детско-родительских отношений в раннем постнатальном периоде. Психологическая помощь при лечении бесплодия и применении ВРТ традиционно направлена на две задачи: помощь в самом переживании бесплодия и психологическое сопровождение процесса лечения. А психологическое сопровождение беременности и помощь в адаптации к родительству не востребована и недостаточно

предлагается. Организация такой помощи родителям при беременности и рождении детей с помощью ВРТ должна стать обязательной составляющей психологической помощи при лечении бесплодия.

## ТИП ПРИВЯЗАННОСТИ К РОДИТЕЛЯМ И ОТНОШЕНИЕ К СВОЕМУ ТелУ У ДЕВУШЕК И ЮНОШЕЙ СТАРШЕГО ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА

Филиппова Е.В., Сватковская И.А.

*ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет»,  
Москва, Россия*

**Аннотация.** Исследование изучает связь типа привязанности к родителям с отношением к своему телу у подростков 14-18 лет (N=77, 46 девушек и 31 юноша). Результаты выявили значимую связь: отношение к своему телу в большей мере связано с типом привязанности к матери, а связь между отношениями с отцом и отношением к своему телу является неоднозначной (в частности для девушек). Надежный тип привязанности к отцу связан с положительным отношением девушек к своему телу и, в представлениях девушек, близость с отцом может компенсировать дефицит доверительных отношений с матерью и формировать позитивное отношение к своему телу. Однако при ненадежном типе привязанности к отцу его критика приводит к отчуждению тела девушками из-за ориентации на «мужские стандарты красоты».

**Ключевые слова:** образ тела, дисморфофобия, расстройство пищевого поведения, подростковый возраст, детско-родительские отношения

**Keywords:** body image, body dysmorphic disorder, eating disorder, adolescence, parent-child relationship

**Актуальность.** В старшем подростковом возрасте восприятие тела приобретает особую значимость в связи с сепарацией и интенсивными физиологическими изменениями.

Несмотря на изученность проблемы, влияние отношений с матерью и отцом по отдельности на восприятие подростками своего тела исследовано недостаточно.

**Цель** исследования – выявление связи типов привязанности к матери и к отцу с отношением к своему телу у девушек и юношей старшего подросткового возраста. Для достижения цели поставлены задачи: проанализировать данные о роли привязанности как ключевого фактора формирования телесного образа; эмпирическим путем выявить особенности отношения к своему телу и детско-родительских отношений у подростков с различными типами привязанности к каждому родителю. Кроме того, с помощью качественного анализа определить субъективные представления девушек о влиянии отношений с матерью и отцом на формирование их телесного самовосприятия.

77 респондентов 14-18 лет (46 девушек и 31 юноша) прошли ряд диагностических методик:

- Опросник привязанности к родителям и сверстникам (М. Гринберг и Г. Армсден);
- Опросник на привязанность к родителям для старших подростков (М.В. Яремчук);
- Опросник образа собственного тела (О.А. Скугаревский и С.В. Сивуха);
- Многокомпонентный опросник отношения к собственному телу (Т. Кэш);

Анализ данных (корреляционный анализ Спирмена) позволил установить значимые связи между типами привязанности к матери и отцу (совместно и отдельно) и отношением к своему телу у подростков. Также с помощью U-критерия Манна-Уитни и критерия Краскала-Уоллиса были выявлены значимые различия в отношении к своему телу в зависимости от типа привязанности к каждому из родителей отдельно, как в общей выборке, так и в гендерных группах.

Далее 5 девушек 14-17 лет участвовали в полуструктурированном авторском интервью. Качественный тематический анализ полученных данных позволил выделить 19 смысловых тем, объединенных в 3 блока: отношение к своей внешности и телу; характер детско-родительских отношений; роль детско-родительских отношений в формировании отношения к своему телу.

Обобщая результаты исследования, можно сформулировать следующие выводы. При надежном типе привязанности к обоим родителям отношение к телу по всей выборке значимо более позитивно, чем у респондентов с ненадежным типом привязанности к обоим или одному родителю. Эта же закономерность справедлива для юношей. У девушек же с ненадежным типом привязанности к отцу отношение к своему телу значимо более негативное, чем у сверстниц с надежным типом привязанности к отцу.

Отношение к своему телу в подростковом возрасте в большей мере связано с отношениями с матерью. При этом, по мнению девушек с ненадежным типом привязанности к матери и надежным к отцу, эмоциональная близость с отцом может компенсировать дефицит доверительных отношений с матерью и формировать позитивное отношение к своему телу.

Связь отношений с отцом и отношения к своему телу является неоднозначной. Надежный тип привязанности к отцу положительно связан с отношением девушек к своему телу. При ненадежном типе привязанности к отцу критика с его стороны воспринимается болезненно девушками и приводит к тому, что они начинают оценивать свое тело через призму «мужских стандартов красоты», т.е. происходит отчуждение своего тела.

## **ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА В ГОРОДЕ МИНСКЕ ЗА ПЕРИОД С**

**2010 ПО 2024 ГОДЫ**

**Хрущ И.А., Крот А.Ф.**

*Учреждение образования «Белорусский  
государственный медицинский  
университет»,*

*г. Минск, Республика Беларусь*

**Аннотация.** В исследовании представлены данные по динамике заболеваемости расстройствами аутистического спектра за период с 2010 по 2024 год у пациентов Учреждения здравоохранения «Минский городской клинический центр детской психиатрии и психотерапии» возрастной группы до 18 лет. Работа подчеркивает важность эпидемиологических исследований общих расстройств психологического развития в условиях растущей заболеваемости для планирования психопрофилактических мероприятий и оптимизации медицинской помощи.

**Ключевые слова:** расстройства аутистического спектра, детский аутизм, синдром Аспергера, эпидемиология РАС  
**Keywords:** autism spectrum disorders, childhood autism, Asperger syndrome, ASD epidemiology

**Актуальность:** в настоящее время расстройства аутистического спектра привлекают внимание специалистов, оказывающих психиатрическую и психотерапевтическую помощь как ввиду высокой социальной значимости и, в ряде случаев, драматичной динамики патологического процесса, так и в силу недостаточно хорошо разработанных методов профилактики и терапии.

**Цель и задачи исследования:** определить закономерности изменения показателей заболеваемости общими расстройствами психологического развития (F84) в динамике за 15 лет.

**Материалы и методы:** в работе представлен анализ эпидемиологических данных Учреждения здравоохранения «Минский городской клинический центр детской психиатрии и психотерапии» по заболеваемости общими расстройствами психологического развития F84 МКБ-10 за период с 2010 по 2024 годы у детей до 18 лет в г. Минске.

**Результаты** представленные данные свидетельствуют о неуклонном росте заболеваемости и инвалидизации по общим расстройствам психологического развития начиная от 114 случаев диагностированной патологии из рубрики F84 в 2010 году и заканчивая 1867 диагнозами рубрики F84 выставленными в 2024 году. Наиболее интенсивный рост заболеваемости отмечен в разделе F84.0 – детский аутизм, где показатели заболеваемости за указанный период выросли с 49 до 1431 зарегистрированного случая, а также в разделе F84.5 – синдром Аспергера – с 5 до 76 впервые выявленных случаев за указанный временной интервал (2010-2024). Некоторое увеличение числа заболевших в течение года отмечалось в разделе F84.1 – атипичный аутизм: с 46 случаев в 2010 году до 116 в 2024 году. Следует отметить, что диагностика патологии рубрики F84 достаточно часто вызывала сложности: за отмеченный период отмечался рост патологии в разделе F84.9 – общее расстройство развития неуточненное с 10 случаев за 2010 год до 229 в 2024 году. По остальным разделам рубрики F84 ежегодные показатели на протяжении 15 лет оставались относительно стабильными.

#### **Выводы**

1. Взрывной рост расстройств аутистического спектра в популяции требует изучения с целью выявления его причин для организации профилактических мероприятий и оптимизации терапевтических подходов.
2. Раздел F84 остается достаточно сложным для диагностики, требует высокого уровня квалификации врача, в некоторых случаях динамического наблюдения и привлечения к диагностике специалистов научно-практических центров и медицинских университетов.

#### **обсуждение:**

### **РАЗДЕЛ 3. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ В ПСИХОТЕРАПИИ И ФАРМАКОТЕРАПИИ АДДИКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ (ХИМИЧЕСКИЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ЗАВИСИМОСТИ)**

#### **НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИНТЕРНЕТ-АДДИКЦИИ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ТЕОРИИ ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО ИЗОМОРФИЗМА**

Бадалов А.А.

*Кыргызско-Российский Славянский университет им. Б.Н. Ельцина, кафедра медицинской психологии, психиатрии и психотерапии; г. Бишкек, Кыргызская Республика*

**Актуальность.** Количество исследований, посвященных теме интернет-аддикции растет, тем не менее, в стройную систему, позволяющую выявить тенденцию, лежащую в основе формирования ухода человека в мир виртуальной реальности, они, к сожалению, не выстраиваются. В качестве решения данной проблемы, на наш взгляд, существует единственно возможный способ – междисциплинарный подход к изучению данного феномена с позиции теории психофизиологического изоморфизма, предложенной школой гештальтпсихологии в начале 20-го века.

**Ключевые слова:** интернет-аддикция, психофизиологический изоморфизм, гештальтпсихология, нейрофизиология, электроэнцефалография

**Keywords:** internet addiction, psychophysiological isomorphism, Gestalt psychology, neurophysiology, electroencephalogram

**Цель работы** – обоснование наличия морфофункционального базиса интернет-аддикции, формируемое на основании исследования его с помощью клинко-патопсихологических и нейрофизиологических методов.

**Материалы и методы.** В качестве объекта исследования было отобрано 183 человека с наличием у них

комбинированной формы психопатологического диатеза, при котором, часто формируются признаки интернет-аддикции. Для исследования интернет-зависимого поведения использовался опросник «Шкала интернет-зависимости Чена» (CIAS) в адаптации В.Л. Малыгина, К.А. Феклисова.

В качестве нейрофизиологического метода использовалась регистрация электроэнцефалограммы (ЭЭГ) с определением спектральной мощности основных ее ритмов у обследуемого контингента. Дополнительно исследованы корреляционные взаимосвязи между показателями психологических тестов и показателями спектральной мощности ЭЭГ исследуемых лиц.

**Результаты и обсуждение.** Согласно полученным результатам исследования тест "Шкала интернет-зависимости Чена" продемонстрировал наличие большого количества положительных корреляционных взаимосвязей преимущественно с низкочастотными ритмами ЭЭГ (дельта-, тета-, в меньшей степени альфа-ритмами) в лобных, центральных и задних ассоциативных (нижнетеменных и задневисочных) отделах головного мозга. Также в этих отделах мозга показатели интернет-зависимого поведения положительно коррелируют с бета-ритмом наиболее низкой частоты, близкой к таковой альфа-ритмической активности. В целом данные показатели могут интерпретироваться как связи интернет-аддикции с недостаточной и/или дисфункциональной активностью отделов коры, отвечающих за формирование схемы тела и обеспечивающих связь процессов сенсорного синтеза и программирования деятельности, реализующейся в направленной внешней активности, которая у данных лиц является недостаточной. При этом необходимо отметить, что в случае наиболее низкочастотных ритмов ЭЭГ (дельта- и тета-ритмов) положительные корреляции прослеживаются практически по сем шкалам теста Чена без

выраженного преобладания каких-либо из них. В случае более высокочастотных ритмов (преимущественно различные диапазоны альфа-ритмической активности) связи в основном касаются «компульсивных» симптомов, «интегральных» и общего показателя интернет-зависимости. В случае бета-ритмической активности вместо шкалы «компульсивных» симптомов большое количество корреляционных взаимосвязей демонстрирует шкала «симптомов отмены».

*Выводы:*

-основными мозговыми структурами «ответственными» за формирование интернет-аддикции являются ассоциативные и центральные области, отвечающие за интегративный синтез (в том числе за формирование «схемы тела») и связи второго и третьего функциональных блоков мозга по А.Р. Лурия.

-данная работа демонстрирует наличие перспективы в изучении психофизиологического изоморфизма различных психических состояний с точки зрения как структурного, так и функционального их анализа.

## **ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У РОДИТЕЛЕЙ НАРКОЗАВИСИМЫХ ПАЦИЕНТОВ**

Добровольская Ю.В., Джангильдин Ю.Т.

*ФГБОУ ВО «Российский Университет Медицины» Минздрава России, г. Москва, Россия*

**Аннотация:** Проблема деструктивного влияния аддиктивного расстройства на ближайшее окружение пациентов входит в список значимых медико-социальных последствий, в том числе, в связи с увеличением масштабов химической и нехимической зависимости и других видов аддикций.

В структуре медицинской и социальной психологии созависимость не классифицируется как самостоятельная нозология, а трактуется лишь как вариант социально-психологической деформации индивидуума в рамках собственного

онтогенеза под влиянием различных неблагоприятных факторов.

С другой стороны, по своим множественным проявлениям (неврозы, психосоматические заболевания, когнитивные дисфункции, аффективные расстройства и т.д.) феномен созависимости уместно рассматривать в том числе в аспекте многообразия типов реакции на болезнь значимых других. Изучение личностно-типологического профиля группы созависимых пациентов с эмоциональными нарушениями, не обнаруживающих каких-либо патологических признаков в анамнезе, а также нормализация психического, неврологического и социального статуса у этих лиц за счет применения психофармакотерапии и психотерапии является дополнительным аргументом в пользу психопатологической основы феномена созависимости.

**Ключевые слова:** аддиктивное расстройство, созависимость, пограничные психические расстройства, реактивное состояние, стресс, психофармакотерапия, психотерапия, невротические расстройства, депрессивный синдром, тревога, адаптация, наркомания.

**Keywords:** addictive disorder, codependency, borderline mental disorders, reactive state, stress, psychopharmacotherapy, psychotherapy, neurotic disorders, depressive syndrome, anxiety, adaptation, drug addiction.

**Цель и задачи исследования.** В нашем исследовании была изучена структура и динамика пограничных психических расстройств у родителей, вовлеченных в болезненный круг аддиктов на протяжении длительного времени. Анализ клинико-анамнестических данных, а также индивидуально-психологического статуса пациентов позволил в подавляющем большинстве квалифицировать расстройство у родителей наркозависимых как реактивное состояние в ответ на длительно действующий, личностно-значимый, продуктивно не разрешающийся стресс, содержанием которого, помимо собственно наркологического заболевания близкого родственника, могут выступать:

тревожные ожидания, стигматизация, социальная изоляция, финансовые трудности и т.д. В некоторых случаях это может обуславливать кризисный уровень переживаний, сопровождающийся ощущением безнадежности и суицидальными мыслями.

**Материалы и методы.** Выделение острого периода в динамике реактивного состояния, при воздействии мощного по своей патогенности фактора наркозависимости на семью подростка, помимо временных рамок (от момента обнаружения наркотизации до 3-х месяцев действия стресса) клинически оправдано доминированием аффекта тревоги в состоянии пациентов, что практически в 100% случаев оценивалось ретроспективно.

**Результаты и обсуждение.** Расстройства невротического уровня с преобладанием аффекта тревоги по данным первого этапа исследования были выявлены у 61,6% обследованных. В 38,4% случаев состояния матерей рассматривались в рамках адаптационных реакций, к которым были отнесены: повышенная утомляемость, тревога, вегетативные дисфункции, расстройство ночного сна, возникновение и декомпенсация психосоматических расстройств. Данные нарушения отличались фрагментарностью, не объединялись в синдромы, и была тенденция их самокоррекции.

Дальнейшая динамика психогенного заболевания у созависимых определялась рядом существенных факторов, таких как эффективность терапии наркозависимых, в частности, частота рецидивов наркотизации; структура абстинентного синдрома, проявления которого сами по себе являлись мощным психотравмирующим фактором для родителей; сопутствующая соматическая патология (ВИЧ-инфекция, гепатит и др.); степень выраженности личностных изменений наркозависимого, проблемы криминального спектра.

Во втором периоде депрессивный и тревожно-обсессивный синдромы в рамках пролонгированных невротических реакций – были установлены в 45,3% наблюдений,

расстройство адаптации - в 27,9% случаев. В 21,3% наблюдений соматические и астенические жалобы маскировали собственно депрессивную симптоматику. В 62,8% случаев впервые возникли различные соматические и функционально-неврологические расстройства.

На заключительном этапе симптоматика отвечала критериям неврастения (30,2%). В 26,7% случаев в статусе пациентов доминировал депрессивный синдром; демонстративные и тревожно-фобические расстройства обнаружены в 10,5% и 16,3% наблюдений соответственно. Распределение данной патологии среди преморбидно акцентуированных и больных без акцентуаций соответственно 54,8% и 34,1%, что подтверждает мнение о большей уязвимости лиц, имеющих в структуре личности ригидные черты, которые препятствуют формированию приспособительных реакций человека в экстремальных условиях.

**Выводы.** В основу терапевтической программы, разработанной для родственников наркозависимых пациентов, заложен интегративный принцип, объединивший психофармакологический подход с различными методами психотерапии, которые применялись в соответствии с динамикой психогенного расстройства и обеспечивали реализацию конкретных тактических задач: редукция симптомов и изменение отношения к ним (рациональная терапия, телесно-ориентированные методики, суггестивные, медитативные, дыхательные упражнения); развитие ресурсов личности (когнитивно-поведенческая психотерапия, приемы терапии нового решения, образование по вопросам зависимости и созависимости, семейная системная, супружеская терапия, а также групповая динамическая психотерапия).

## **ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ И КОГНИТИВНОЙ СФЕРЫ У БОЛЬНЫХ С АЗАРТНЫМ РАССТРОЙСТВОМ, КАК ФАКТОРЫ РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ ЗАВИСИМОСТИ.**

Иванова М.Ю., Малыгин В.Л.

*Государственное бюджетное  
учреждение здравоохранения города  
Москвы «Московский научно-  
практический центр наркологии  
Департамента здравоохранения города  
Москвы», Москва*

**Аннотация.** Исследование направлено на изучение эмоциональной и когнитивной сферы у больных с азартным расстройством. Было выявлено, что больные с азартным расстройством имеют более высокий уровень импульсивности в сравнении с контрольной группой, а также характеризуются патологическим уровнем импульсивности. Исследование эмоциональной сферы больных с азартным расстройством выявило наличие значимых различий по всем ключевым аспектам эмоциональной регуляции, по сравнению с контрольной группой. Обнаружены положительные корреляционные связи между компонентами эмоциональной регуляции и когнитивными искажениями в отношении азартных игр.

### **Ключевые слова.**

Нехимические аддикции, гемблинг, азартно-игровое расстройство, gambling disorder, pathological gambling.

**Актуальность исследования.** По данным зарубежных исследований наиболее значимыми факторами формирования зависимости от азартных игр являются когнитивные искажения, затруднения эмоциональной регуляции и высокий уровень импульсивности, способствующий неверному принятию решений (Quilty LC et al, 2022; Ciccarelli M et al, 2016; Ioannidis K, 2019). Однако исследования эмоциональной и когнитивной сферы среди больных азартным расстройством, по имеющимся

у нас данным, на российской выборке ранее не проводились.

**Цель исследования:** изучение эмоциональной и когнитивной сферы у больных азартным расстройством.

**Материал и методы исследования:** Обследовано 100 больных азартным расстройством, контрольная группа – 50 чел. Методики: «GamCog – для исследования когнитивных представлений об азартных играх» ( J. Masey и J. Hamari , 2019; адаптация и вали-я: Я.В. Малыгин, В.Л. Малыгин, 2024); «Шкалы трудностей регуляции эмоций» (DERS, K. L. Gratz и L. Roemer ,2004, адаптация и вали-я: Я.В. Малыгиным, В.Л. Малыгиным, 2024); Шкала импульсивного поведения (UPPS-P, M. Cyders et al. 2007, адаптирована и вали-на С.В. Горбатовым и др., 2022)

**Результаты.** Выявлено, что азартные игроки, по сравнению с контрольной группой, имеют значимые различия по шкалам импульсивного поведения («отсутствие упорства», «отсутствие предусмотрительности», «позитивная срочность»), а также по общему баллу показателя импульсивности. Следует отметить, что показатели шкалы импульсивности Барратта составили  $78,87 \pm 6,02$ , что отражает патологический уровень импульсивности. При этом наибольшие нарушения обнаружены по шкале «Способность к планированию и самоконтроль». Исследование особенностей регуляции эмоций обнаружило, что среди азартных игроков все ключевые аспекты эмоциональной регуляции значительно выше, по сравнению с контрольной группой. Выраженность когнитивных искажений проявлялась в первую очередь представлением о навыках игры, иллюзией контроля, неспособностью перестать играть и, в последнюю очередь преимуществом от игры. Были обнаружены положительные корреляционные связи между регуляцией эмоций и когнитивными искажениями в отношении азартной игры.

**Выводы.** Сфера эмоциональной регуляции у больных с патологическим влечением к азартным играм характеризуется трудностями в принятии эмоций, недостаточной способностью регуляции эмоций, затруднениями в понимании собственных эмоций.

Больные с патологическим влечением к азартным играм имеют более высокие показатели импульсивности по сравнению с контрольной группой. Были выявлены значимые различия в общем уровне импульсивности и входящих в нее компонентов (отсутствие упорства, отсутствие предусмотрительности, позитивная срочность, способность к планированию и самоконтролю, моторная импульсивность).

Обнаружена умеренная положительная корреляционная связь между трудностями в сфере регуляции эмоций и когнитивными представлениями об игре. Таким образом непринятие эмоций, недостаток их понимания и неспособность адаптивно регулировать эмоциональное состояние способствуют выбору дезадаптивных стратегий: выбору азартной игры, как способу ухода от негативных эмоций, а также поиску ярких впечатлений для нивелирования негативного аффекта. В свою очередь источником когнитивных искажений, связанных с азартными играми, может являться склонность индивида регулировать свои эмоции путём переоценки степени контроля или переосмысления результатов игры в более благоприятном для себя свете.

## **ИССЛЕДОВАНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ СУБЪЕКТИВНОГО ПЕРЕЖИВАНИЯ ПОДРОСТКАМИ ОДИНОЧЕСТВА С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ ВИДЕОИГР И ВОСПРИНИМАЕМЫМ СТРЕССОМ**

Игумнов С.А., Карпиевич В.А.

*ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова», Москва  
ГУО «Белорусский государственный технологический университет», Минск,  
Беларусь*

**Аннотация.**

Одиночество и цифровые зависимости стали серьезной проблемой нашего времени. Данная проблема характерна и для подросткового возраста. Установлено, что подростки (мальчики и девочки), страдающие от одиночества, имеют проблемы с зависимостью от видеоигр и воспринимаемым стрессом.

**Ключевые слова:** одиночество; зависимость от видеоигр; переживаемый стресс, подростки.

**Keywords:** loneliness; video game addiction; stress, adolescents.

**Актуальность.** Переживание одиночества стало одной из серьезных проблем, которая стала перед специалистами в последние десятилетия. Казалось бы, современные информационные технологии и гаджеты позволяют налаживать быстрые и качественные каналы коммуникации. Но исследования, проведенные в многих странах мира, свидетельствуют о нарастании чувства одиночества. При этом в группу риска попали и подростки. Также массовое увлечение подростков видеоиграми способствует нарастанию одиночества на фоне переживаемого стресса.

**Цель и задачи исследования.** Выявить у подростков возможные взаимосвязи между переживаемым чувством одиночества, вовлеченностью в видеоигры и переживаемым стрессом.

**Материалы и методы.** Основой данного эмпирического исследования послужили результаты онлайн-тестирования 750 подростков в возрасте 12-17 лет (средний возраст  $M = 15,8$  лет,  $SD = 1,4$ ), в том числе 483 (64,4%) девушки и 267 мальчиков (35,6%).

Для оценки субъективного восприятия одиночества была использована Шкала одиночества UCLA Д. Рассела, Л. Пепло и М. Фергюсона (адаптация И.Н. Ишмухаметов, 2006), а также адаптированный опросник АПА зависимости от компьютерных игр и шкала воспринимаемого стресса-10 (адаптация В.А. Абабков и др., 2016).

Результаты обсуждения.

Анализ, осуществленный с помощью непараметрической ранговой корреляции Кендалла, выявил положительные взаимосвязи одиночества с цифровыми зависимостями: с зависимостью от видеоигр ( $\tau = 0,351$ ,  $p \leq 0,001$ ) и воспринимаемым стрессом ( $\tau = 0,244$ ,  $p \leq 0,001$ ).

Если сравнивать корреляции ответов подростков для мужской и женской выборки, то они также значимы. Взаимосвязи одиночества с зависимостью от видеоигр составили  $\tau = 0,392$ ,  $p \leq 0,001$  (мужская выборка) и  $\tau = 0,355$ ,  $p \leq 0,001$  (женская); с воспринимаемым стрессом –  $\tau = 0,259$ ,  $p \leq 0,001$  (мужская) и  $\tau = 0,241$ ,  $p \leq 0,001$  (женская).

В целом следует отметить, что показатели связи переживаемого одиночества с зависимостями от видеоигр и воспринимаемым стрессом выше у мальчиков, что может свидетельствовать о некоторых отличиях субъективного переживания одиночества у подростков мужского и женского полов.

Также можно говорить и о наличии взаимосвязи между зависимостью от видеоигр и воспринимаемым стрессом. У мальчиков уровень зависимости составил  $\tau = 0,148$ ,  $p \leq 0,001$ , у девочек –  $\tau = 0,105$ ,  $p \leq 0,001$ .

**Выводы.** Можно констатировать тот факт, что субъективное переживание одиночества имеет связь с зависимостью от видеоигр. Видеоигры стали для многих подростков способом ухода от реальности или решения проблем. При этом у мальчиков переживаемое одиночество имеет большую связь с зависимостью от видеоигр и воспринимаемым стрессом, чем у девочек. Зависимость от видеоигр у мальчиков более значимо связана с переживаемым стрессом. Необходимо дальнейшее изучение проблемы одиночества у подростков и его связи с цифровыми зависимостями.

# ВОЗЗРЕНИЯ НА ПРИРОДУ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ВЛЕЧЕНИЯ В РАМКАХ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПОДХОДА

Лактаева Е.А.<sup>1</sup>, Шамов С.А.<sup>2</sup>,  
Клячин А.И.<sup>3</sup>, Гаджиева У.Х.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения г. Москвы, Россия

<sup>2</sup>ФГБУ ВО «Российский Университет медицины» Минздрава России, г. Москва, Россия

<sup>3</sup>Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения г. Москвы, Россия

**Аннотация:** Патологическое влечение (аддиктивное влечение, craving) - стержневой в составе синдрома зависимости и целевой для лечения синдром, к природе которого в научной литературе выработано множество подходов, зачастую взаимоисключающих. В публикации кратко рассматриваются воззрения на его природу в рамках психопатологического подхода, определяются его сходства с известными патопсихологическими феноменами и подчеркиваются отличия, обуславливающие существование в наркологии специализированного клинического подхода и его необходимость.

**Ключевые слова:** наркология, синдром зависимости, синдром патологического влечения, аддиктивное влечение, реабилитация

**Keywords:** narcology, addiction, craving, rehabilitation

**Актуальность темы.** Синдром патологического влечения (ПВ) к психоактивному веществу, будучи стержневым в составе синдрома зависимости, постоянно находится в фокусе внимания специалистов. Исследования феномена ПВ представлены рядом направлений, среди которых биологическое (метаболическая модель, нейроанатомическая теория, теория интероцептивной дисрегуляции, аллостатическая концепция, модель

патологических функциональных систем и др.), психобиологическое (модель побудительной сенсбилизации, модель когнитивной переработки, условно-рефлекторные модели и т.д.), психологическое (бихевиористские, мотивационные, когнитивные, психоаналитические и т.п. концепции) и проч. Однако, наиболее гармоничным представляется психопатологический подход, в рамках которого интегрируются биологические, клинические и психологические аспекты этого явления. Но и в рамках данной теории на сегодняшний день сохраняется большое число недостаточно исследованных проблем и нерешенных вопросов.

**Цель исследования** заключается в рассмотрении концепций патологического влечения, сложившихся в рамках патопсихологического подхода, и оценке их соответствия клинической картине аддиктивных расстройств.

**Материалы методы.** Работа основана на анализе научных публикаций по теме исследования, осуществленного с использованием общенаучных методов анализа, синтеза, структурирования и группировки информации.

**Результаты и обсуждение.** В современной клинической наркологии в состав синдрома ПВ включается широкий спектр психопатологических явлений, вследствие чего и само понятие влечения приобретает далеко не тот смысл, который в него вкладывается в нейрофизиологии и психологии. Фактически данное понятие сегодня включает в себя, помимо прочего, и полный комплекс патологических когнитивных процессов, связанных с данным заболеванием: своеобразные механизмы психологической защиты; алкогольный или наркотический строй мышления, когнитивные искажения, и т.п. (Иванец Н.Н., 2000; Цыганков Б.Д., Шамов С.А. с соавт. 2006, Чирко В.В., Демина М.В., 2010, Зобин М.Л., 2019; Schlauch R. C. et al., 2019; Simon J. et al, 2020 и мн. др.).

Большинство исследователей патологического влечения подчеркивают необычность и нестандартность этого

явления, его особое место в системе психопатологических феноменов. В.В. Чирко и М.В. Демина, в частности, указывают (2010) что патологическое влечение является самостоятельным психическим заболеванием, носящим процессуальный характер. Ю.П. Сиволап, в свою очередь, предлагает рассматривать патологическое влечение как особую разновидность психопатологии и включать его в отдельный – аддиктивный – психопатологический регистр (Сиволап Ю. П., 2007, 2016)

Рассмотрение структуры ПВ по аналогии с обсессивно-компульсивными расстройствами восходит к 60-80 гг. прошлого века, прежде всего к работам И.Н. Пятницкой и А.А. Портнова (Пятницкая И.Н., 1969, 1975, 2008; Портнов А.А., Пятницкая И.Н., 1973). Оно надолго укоренилось в представлениях исследователей и практиков, причем не только в нашей стране (Modell J.G. et al., 1990; Saxena S. et al., 1998). В то же время, этот подход критикуется рядом специалистов, которые ссылаются на несвойственную навязчивостям и характерную для ПВ глубокую личностную опосредованность и тесное слияние с личностью. ПВ, в отличие от навязчивостей, не воспринимается как нечто чуждое, вторгшееся в сознание, больные, напротив, находят в нем отражение собственной сущности.

Отсюда вполне логично следует представление о ПВ, как сверхценном образовании (Демина М.В., 1999; Ровенская О.А., 2000; Чирко В.В., 1982, 2001 и др.). Действительно, основными свойствами сверхценных идей является их значительная эмоционально-аффективная заряженность и господствующее положение в психической жизни индивидуума (Цыганков Б.Д., Овсянников С.А., 2006). От навязчивых представлений их отличает отсутствие элемента чуждости и навязанности извне, от бредовых же идей они отличаются психологически обоснованными механизмами возникновения и изначальным отсутствием

патологического толкования действительности.

Анализ феномена ПВ однозначно свидетельствует о его высокой и постоянной эмоциональной личностной значимости – устойчивая личностная установка на употребление психоактивного вещества является неотъемлемым и определяющим компонентом образа жизни зависимого (Цыганков Б.Д. и соавт., 2007). Хотя интенсивность ПВ может изменяться, его доминирующее положение в сознании сохраняется, что определяет снижение критической самооценки вплоть до тотальной анозогнозии (Егоров А.Ю., Цыганков Б.Д., Малыгин В.Л., 2006; Овсянников М.В., 2008; Альтшулер В. Б., 2008, Чирко В.В., Демина М.В., 2010). Однако, данный подход также имеет своих критиков, основывающихся на том обстоятельстве, что не все признаки сверхценных идей, описанные в классической психиатрической литературе, приложимы к ПВ. Так, В.Д. Менделевич (2004, 2012) ссылается на то, что сверхценные идеи могут проявлять себя в четко определенных клинических формах: связанные с переоценкой психологических свойств личности, её биологических свойств или социальных факторов, ни одна из которых не соответствует сверхценным образованиям в структуре ПВ. Кроме того, сверхценные идеи в традиционном представлении носят длительный устойчивый характер, в то время как ПВ свойственна тенденция к отчетливым колебаниям психического состояния, причем с быстрой сменой фаз – в течении часов и даже минут (Цыганков Б.Д., Овсянников С.А., 2006). Тем не менее, представляется, что несоответствие некоторых проявлений ПВ традиционным представлениям ещё не свидетельствует о некорректности использования последних в его психопатологической квалификации, но указывает на необходимость расширения границ клинических форм за счет включения данных, полученных на материале психопатологических

исследований наркологических расстройств.

Однако, подобное расширение не должно происходить чрезмерно произвольным образом, как это, по мнению авторов, происходит в случае рассмотрения идеаторной компоненты ПВ как бредового расстройства. Такая точка зрения представлена, преимущественно, в работах Л.Н. Благова (2011, 2013), рассматривающих аддиктивные расстройства с позиций общей психопатологии и отстаивающих точку зрения, согласно которой зависимости должны быть отнесены к психиатрической нозологии, допуская возможность наличия в структуре ПВ приближенных к бреду идеаторных расстройств.

Вместе с тем, отождествление или проведение параллелей между бредовыми расстройствами и идеаторными проявлениями ПВ наталкивается на ряд существенных трудностей, связанных, прежде всего, с проблемами понимания сущности бредовых расстройств в психиатрии – хотя последние и являются центральной проблемой психопатологии (а может быть, именно поэтому), не существует даже общепринятого определения этого феномена. Кроме того, в отличие от других психопатологических процессов, сопровождающихся паранойальным бредом, ПВ не свойственны стойкость, затяжное течение и, в особенности, направленное развитие (от паранойальности к параноидности и, впоследствии, к парафреничности). Напротив, ПВ лабильно, изменчиво и вполне подвержено внешним влияниям, в связи с чем следует, очевидно, остановиться на точке зрения, высказанной В.Б. Альтшулером, называвшим патологическое влечение «бредоподобным» или «паранойальноподобным» состоянием (Альтшулер В.Б., 1994, 2012).

Такой подход, с одной стороны, предполагает динамическое и структурное сходство ПВ с бредом, но при этом позволяет и провести границу между разными психопатологическими

феноменами. Понимание этой принципиальной разницы позволяет аргументированно и эффективно применять для подавления ПВ различные психотерапевтические методики. Это отвечает и ключевой задаче лечебно-реабилитационного процесса в наркологии – не просто купировать проявления ПВ, но максимально рано вовлечь больного в процесс выздоровления, подразумевающего, в том числе и в первую очередь, обучение навыкам самостоятельного распознавания предвестников и признаков ПВ и совладания с ним, а при необходимости – обращения за медицинской помощью и терапевтической поддержкой до развития «срыва». Применение индивидуально направленного психотерапевтического подхода на фоне минимизации медикаментозной поддержки позволяет не только эффективно снизить психопатологические проявления ПВ, избегая негативных эффектов, свойственных психофармакотерапии, но и приблизится к решению ключевой задачи лечения и реабилитации в наркологии – реинтеграции пациента в социум на приемлемом уровне функционирования.

## **ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ АЗАРТНОГО РАССТРОЙСТВА**

Малыгин В.Л., Меркурьева Ю.А., Пахтусова Е.Е., Искандирова А.С.

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

**Аннотация.** Лечение азартного расстройства до настоящего времени является одной из наиболее сложных проблем аддиктологии. До настоящего времени нет никаких фармакологических средств с доказательной эффективностью, а ведущим психотерапевтическим направлением является когнитивно-поведенческая терапия. При этом недостаточно учитывается сложный этиопатогенез данного расстройства (нейропсихологические нарушения,

импульсивность, дисрегуляция эмоций, алекситимия, инфантильность и размытые жизненные смыслы). С учетом этих представлений терапия азартного расстройства должна носить полимодальный характер, а когнитивно-поведенческая терапия должна быть дополнена другими психотерапевтическими методами и направлениями.

До настоящего времени нет никаких фармакологических средств с доказательной эффективностью терапии азартного расстройства. Наиболее распространенным направлением лечения больных страдающих от азартного расстройства является когнитивно-поведенческая терапия. При этом отмечается, что убеждения, связанные с азартными играми, трудно реструктурировать, а эффективность когнитивной терапии остается низкой (Petry, N., 2017). Следует отметить, что когнитивные искажения среди азартных игроков часто связаны с переоценкой степени контроля или переосмысления результатов игры в более благоприятном для себя свете (Navas et al., 2017, 2019; Ruiz de Lara et al., 2018). При этом когнитивные искажения обусловлены не столько непониманием закономерностей случайных явлений, а являются результатом мотивированных рассуждений. Таким образом попытки развить аналитическое мышление с помощью когнитивной терапии могут быть неэффективны. Более того обучение азартных игроков более критическому мышлению могут иметь обратный эффект и усилить позитивные ожидания от результатов азартных игр (Armstrong T. et al, 2020). Современные методы психотерапии ориентированы преимущественно на когнитивно-поведенческую терапию. При этом явно недостаточно учитывается сложный этиопатогенез данного расстройства, в частности выявляемые нейропсихологические нарушения, импульсивность, дисрегуляция эмоций, алекситимия, инфантильность и размытые жизненные смыслы. С учетом этих

представлений терапия должна носить полимодальный характер, а когнитивно-поведенческая терапия должна быть дополнена другими психотерапевтическими методами и направлениями.

Основой, разработанной нами программы психотерапии азартного расстройства, является когнитивно-поведенческая терапия по Р. Ладусеру и С. Лашанс, дополненная усилением мотивационного этапа, нейропсихологической коррекцией, техниками регуляции эмоций, имагинальной и телесно-ориентированной терапией, приемами экзистенциальной терапии.

**Целью терапии** является: отказ от азартной игры, основанный на коррекции метакогнитивного познания, дисрегуляции эмоциональных состояний и повышения осмысленности жизненных целей.

**Мишени терапии:**

1. повышение уровня мотивации к лечению (техники КПТ в сочетании с интегральной мотивационной интервенцией)
2. отслеживание и осознание текущих когнитивных процессов и эмоциональных процессов (техники КПТ в сочетании с нейропсихологической коррекцией и эмоциональным тренингом)
3. отслеживание и понимание соматических маркеров эмоциональных состояний (телесно-ориентированная терапия, эмоциональный тренинг)
4. формирование адаптивных способов регуляции эмоций
6. работа с ценностно-смысловой сферой в рамках экзистенциального направления

Таким образом психотерапевтические подходы к лечению азартного расстройства должны носить полимодальный и дифференцированный характер, с учетом клинической картины заболевания, коморбидных расстройств и мотивационно обусловленных путей выделяемых Бланцински типов игроков (поведенческий тип, уязвимый тип, антисоциальный-импульсивный тип)

# ИМПУЛЬСИВНОСТЬ ПРИ РАССТРОЙСТВАХ, СВЯЗАННЫХ С УПОТРЕБЛЕНИЕМ АЛКОГОЛЯ: ОТ НЕЙРОБИОЛОГИЧЕСКИХ МЕХАНИЗМОВ К ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННЫМ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИМ СТРАТЕГИЯМ

Петровский В.П., Скрябин В.Ю.,  
Масякин А.В.

*ГБУЗ «Московский научно-  
практический центр наркологии ДЗМ»,  
Москва*

Импульсивность, понимаемая как многомерный конструкт, включающий предрасположенность к быстрым, необдуманым реакциям на внутренние или внешние стимулы без учета негативных последствий, играет ключевую роль в патогенезе расстройств, связанных с употреблением алкоголя (РУА). Анализ показывает, что высокий уровень импульсивности, особенно ее аспектов «отсутствие настойчивости» (lack of perseverance) и «отрицательная срочность» (negative urgency – склонность действовать импульсивно под влиянием негативных эмоций), является значимым предиктором раннего начала злоупотребления, более тяжелого течения РУА и повышенного риска рецидива после периодов воздержания.

Нейробиологические исследования выявляют стойкие структурно-функциональные изменения в ключевых областях мозга, ответственных за самоконтроль и принятие решений. У пациентов с РУА наблюдаются снижение объема серого вещества и функциональной активности в префронтальной коре (ПФК), особенно в дорсолатеральных и орбитофронтальных отделах, а также дисфункция вентрального стриатума и передней поясной коры. Эти изменения коррелируют с выраженностью импульсивности и нарушением исполнительных функций, включая дефициты ингибиторного контроля (способности подавлять нежелательные действия), принятия решений с учетом

отдаленных последствий (дисконтирование задержки – preference for immediate rewards) и когнитивной гибкости. Острые эффекты алкоголя могут парадоксальным образом временно снижать субъективно ощущаемую импульсивность у части лиц, создавая иллюзию самоконтроля, что способствует закреплению паттерна употребления как «самолечения». Однако хроническое употребление приводит к прогрессирующему усугублению нейрокогнитивного дефицита, особенно в сфере ингибиторного контроля и способности оценивать долгосрочные последствия, формируя порочный круг, затрудняющий достижение и поддержание ремиссии.

Генетические исследования указывают на наследуемость отдельных субкомпонентов импульсивности (например, компульсивности, задержки удовлетворения). Полиморфизмы генов, связанных с дофаминергической (например, COMT Val158Met, DRD2 Taq1A) и серотонинергической (5-HTTLPR) системами, ассоциированы как с повышенной импульсивностью, так и с риском развития РУА, что поддерживает концепцию импульсивности как эндофенотипа, опосредующего трансгенерационную передачу уязвимости.

В контексте терапии высокая импульсивность является предиктором более раннего рецидива и меньшей эффективности стандартных подходов. Это обосновывает необходимость целенаправленных вмешательств. Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ), фокусирующаяся на тренировке навыков распознавания триггеров, регуляции эмоций (особенно для снижения «отрицательной срочности») и развитии стратегий преодоления тяги, демонстрирует умеренную эффективность в снижении импульсивного поведения, связанного с употреблением. Методы, основанные на осознанности, способствуют улучшению ингибиторного контроля через усиление внимания к текущим ощущениям и

мыслям без немедленной реакции на них, снижая автоматизм импульсивных паттернов.

Перспективным направлением является когнитивная тренировка, в частности тренировка рабочей памяти и заданий на торможение (например, модифицированные версии Go/No-Go, Stop-Signal Task), показывающая потенциал в улучшении нейрокогнитивных функций и снижении риска рецидива. Профилактические программы, избирательно направленные на подростков с высокими уровнями импульсивности (например, программы, основанные на модели «PREVENTURE»), эффективно снижают частоту начала употребления алкоголя и развитие проблемного паттерна в этой группе риска.

Ключевым ограничением остается неоднородность методов оценки импульсивности (самоотчетные опросники Barratt Impulsiveness Scale, UPPS-P; поведенческие задачи: Delay Discounting Task, Go/No-Go, Stop-Signal Task, Iowa Gambling Task), что затрудняет сопоставление данных. Требуется стандартизация батарей тестов для комплексной оценки различных аспектов импульсивности (моторная, когнитивная, импульсивность выбора) в клинических исследованиях и практике. Перспективными направлениями являются разработка алгоритмов стратификации пациентов по профилю импульсивности для выбора оптимальной терапии (например, комбинации фармакотерапии, направленной на коррекцию нейротрансмиттерного дисбаланса, с когнитивной тренировкой и КПТ), углубленное изучение нейропластичности под воздействием когнитивных вмешательств и внедрение превентивных стратегий, основанных на выявлении лиц с высоким эндотипическим риском.

Таким образом, импульсивность представляет собой ключевой трансдиагностический фактор в патогенезе РУА, интегрирующий генетическую уязвимость,

нейробиологические изменения и поведенческие проявления. Понимание ее многомерной природы и механизмов воздействия на течение зависимости открывает пути для разработки более эффективных персонализированных стратегий профилактики, терапии и профилактики рецидивов, направленных на коррекцию лежащих в ее основе нейрокогнитивных дефицитов.

## РЕПАРАЦИОННЫЙ ПОДХОД КАК СТРАТЕГИЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЭЛЕКТРОННЫХ СИГАРЕТ

Свердлова А.И., Григорьева И.В.,  
Чернигова А.Г.

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

**Аннотация.** В статье рассматривается репарационный подход как перспективная стратегия психотерапевтической помощи при зависимости от электронных сигарет (вейпинга). Проведен анализ методов лечения никотиновой зависимости, выявляющий их ограничения в контексте специфики вейпинга. Обосновывается целесообразность применения репарационного подхода, направленного на восстановление личностной целостности, компенсацию дефицитов и формирование адаптивного совладания в комплексных психотерапевтических программах. Представлены ключевые механизмы: диагностическая оценка, стабилизация и ресурсная поддержка, работа с коморбидными психологическими проблемами, мотивация и ценности, развитие копинг-стратегий и саморегуляции, формирование адаптации к изменчивости. Подчеркивается необходимость комплексного воздействия, учитывающего био-психо-социальные аспекты зависимости от вейпинга.

**Ключевые слова:** электронные сигареты, вейпинг, зависимость, репарационный подход, психотерапия, адаптация, мотивация

**Keywords:** electronic cigarettes, vaping,

addiction, reparative approach, psychotherapy, adaptation, motivation

**Введение.** Зависимость от электронных сигарет (ЭС), или вейпинг, приобретает все большую актуальность в медико-психологической практике, особенно среди молодежи. Несмотря на позицию ЭС как «менее вредной» альтернативы курению, научные данные свидетельствуют о рисках для здоровья, включая респираторные заболевания, сердечно-сосудистые нарушения и формирование никотиновой зависимости. Вейпинг часто сопряжен с сопутствующими психологическими проблемами: тревожностью, депрессией, снижением самоконтроля и нарушениями социальной адаптации.

Традиционные подходы к лечению никотиновой зависимости – никотинзаместительная терапия, когнитивно-поведенческая терапия и фармакологические методы – не всегда эффективны для вейпинга. В частности, они не учитывают многообразие психологических мотивов и сенсорных стимулов вейпинга, а также социальные факторы, поддерживающие зависимость. Необходимы новые комплексные и персонализированные подходы. В статье предлагается репарационный подход, интегрирующий психотерапевтические модальности для восстановления личности, компенсации дефицитов и формирования адаптивных стратегий совладания.

Обзор существующих подходов и их ограничения. Современные методы лечения зависимости от ЭС направлены на снижение никотиновой тяги и изменение поведения:

Никотинзаместительная терапия (НЗТ): пластырь, жевательная резинка, леденцы, ингаляторы снижают симптомы отмены, но эффективность ограничена разнообразием устройств и доз никотина в вейпинге. Не воздействует на психологические и социальные факторы зависимости.

Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ): направлена на изменение дисфункциональных мыслей и

формирование навыков самоконтроля. Требуется высокой мотивации и не всегда учитывает глубинные психологические проблемы аддиктивного поведения.

Фармакологические интервенции: препараты (бупропион, варениклин) снижают тягу, но сопровождаются побочными эффектами и требуют наблюдения.

Мотивационное консультирование: повышает мотивацию и уверенность в изменении поведения, эффективно в комплексе, требует эмпатии и поддержки специалиста.

Основные ограничения:

Многообразие психологических мотивов (снятие стресса, социализация, сенсорное удовольствие), не учитываемое традиционными методами.

Сенсорные стимулы (вкус, запах, визуальные эффекты) важны и не компенсируются существующими методами.

Социальное влияние в группах поддержки вейпинга часто игнорируется.

Коморбидные психологические проблемы (тревожность, депрессия, травмы) требуют интеграции психотерапевтических подходов.

Репарационный подход как интегративная стратегия направлен на восстановление целостности личности, компенсацию дефицитов и формирование адаптивных стратегий совладания для преодоления зависимости и адаптации к жизненным обстоятельствам. Основные механизмы:

Диагностическая оценка: изучение истории употребления ЭС, степени зависимости, сопутствующих проблем, мотивации и ценностей.

Стабилизация и ресурсная поддержка: техники дыхания, сенсорная интеграция, укрепление социальных связей, спорт, творчество, самообразование.

Обработка сопутствующих психологических проблем: психотерапия травм, снижение тревожности и депрессии, повышение самооценки, улучшение социальной адаптации с использованием КПТ, эмоционально-образной терапии, схема-терапии,

телесно-ориентированной терапии, гештальт-терапии и др.

Работа с мотивацией и ценностями: выявление значимых жизненных целей, укрепление мотивации и уверенности.

Развитие копинг-стратегий и навыков саморегуляции: управление стрессом, преодоление тяги, навыки отказа, развитие осознанности для контроля эмоций и импульсов.

Формирование адаптации к изменчивости: развитие гибкости мышления, толерантности к неопределенности и способности к обучению, выработка стратегий адаптации к новым ситуациям без употребления ЭС.

**Заключение.** Зависимость от электронных сигарет – сложная проблема, требующая эффективных медико-психологических стратегий. Репарационный подход обеспечивает интеграцию психотерапевтических методов для восстановления личности, компенсации дефицитов и формирования адаптивных совладательных стратегий. Несмотря на необходимость дальнейших эмпирических исследований, теоретические и клинические данные подтверждают перспективность данного подхода с учетом био-психо-социального контекста зависимости и адаптации к изменчивости.

## **ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ БИОМАРКЕРЫ: ПОТЕНЦИАЛ ДЛЯ СТРАТИФИКАЦИИ РИСКА И ПЕРСОНАЛИЗАЦИИ ТЕРАПИИ ПРИ РАССТРОЙСТВАХ, СВЯЗАННЫХ С УПОТРЕБЛЕНИЕМ АЛКОГОЛЯ**

Соколова С.И., Скрябин В.Ю.,  
Ардаматская Л.К., Масякин А.В.

*ГБУЗ «Московский научно-  
практический центр наркологии ДЗМ»,  
Москва*

Хроническое употребление алкоголя и синдром отмены алкоголя (СОА) сопровождаются развитием системного и нейровоспаления, играющего ключевую роль в патогенезе зависимости, тяжести абстинентного синдрома, когнитивных нарушениях,

расстройствах сна и высоком риске рецидива. Целью данного обзора явилась оценка потенциала воспалительных биомаркеров для персонализации терапии при расстройствах, связанных с употреблением алкоголя (РУА). На основе целенаправленного анализа клинических исследований, систематических обзоров и мета-анализов (PubMed, Scopus, Web of Science, 2000–2025 гг.) установлено, что наиболее воспроизводимыми индикаторами являются интерлейкин-6 (IL-6), фактор некроза опухоли  $\alpha$  (TNF- $\alpha$ ), С-реактивный белок (СРБ), интерлейкин-18 (IL-18) и маркеры эндотоксемии (липополисахарид – ЛПС).

Повышение уровней этих маркеров при хроническом употреблении и в ранней фазе отмены ассоциировано с большей тяжестью СОА, повышенным риском развития делирия и судорожных приступов, выраженными когнитивными дефицитами (особенно в сфере внимания и исполнительных функций), высоким риском инфекционных осложнений (включая послеоперационный период, где выявлены сдвиги соотношения Th1/Th2 и IFN- $\gamma$ /IL-10) и снижением годичной выживаемости. Прогностически значимыми также являются сопутствующие метаболические нарушения: гипомагнемия, гипоальбуминемия и лактатацидоз. В течение 1–4 недель воздержания большинство провоспалительных показателей снижается параллельно с улучшением когнитивных функций и нормализацией печеночных проб, что позволяет использовать их динамику для мониторинга качества ремиссии. Однако уровни TNF- $\alpha$  и СРБ часто остаются стойко повышенными, указывая на персистирующий воспалительный процесс, устойчивый к немедикаментозным вмешательствам.

Важным клиническим проявлением, связанным с воспалением, являются нарушения сна. Установлено, что ночные подъемы IL-6 и TNF- $\alpha$  коррелируют с удлинением латентности засыпания и патологическим увеличением доли REM-сна. Экспериментальная

нейтрализация TNF- $\alpha$  достоверно нормализует параметры REM-сна. Поскольку аномалии REM-фазы являются установленным предиктором рецидива, цитокиновый дисбаланс представляет собой важную терапевтическую мишень. Ключевыми источниками системного воспаления при РУА выступают нарушение кишечного барьера (эндотоксемия) и воспаление жировой ткани. Повышение ЛПС при поступлении на детоксикацию сочетается с ростом TNF- $\alpha$  и маркерами повреждения печени; динамика снижения ЛПС на фоне воздержания опережает нормализацию показателей цитолиза. В жировой ткани повышена экспрессия IL-18, CCL2 и остеопонтинина, коррелирующая с тяжестью печеночного поражения, и частично обратимая уже через неделю воздержания на фоне изменения поляризации макрофагов.

Накопленные данные обосновывают использование воспалительных биомаркеров для стратификации пациентов и персонализации терапии. Серийное измерение панели (IL-6, TNF- $\alpha$ , CRP, IL-18, ЛПС) в первые недели абстиненции информативно для оценки динамики ремиссии и своевременной коррекции лечения, включая усиление реабилитации, назначение противовоспалительных средств и мер по коррекции кишечной проницаемости. Особый интерес представляет стратификационный потенциал биомаркеров для выбора фармакотерапии. Показано, что исходно высокий уровень CRP ассоциирован с лучшим клиническим ответом (снижение потребления) и ослаблением реактивности лобно-стриарных сетей на алкогольные стимулы при терапии препаратами с нейроиммунным механизмом действия. В нестратифицированных выборках преимущество таких препаратов может не выявляться, что подчеркивает критическую важность биомаркерного отбора. Иммуногенетические варианты (в частности, в гене рецептора IL-17RB и компонентах пути NF- $\kappa$ B) ассоциированы

с ответом на поддерживающую терапию акампросатом и риском рецидива, открывая путь к интеграции генетического тестирования. Подтверждена значимая связь между периферическим воспалением и нейровоспалением: периферический CRP коррелирует с повышением холин-содержащих соединений в лобном белом веществе по данным  $^1\text{H-MRS}$  (маркер глиальной активации), а этот центральный метаболит предсказывает объем потребления в ближайшую неделю.

Ограничениями текущей доказательной базы являются малая численность и гетерогенность выборок, недостаточная стандартизация панелей биомаркеров и преобладание мужчин в исследованиях. Необходимы крупные продольные исследования с тщательным фенотипированием для валидации стратификационных алгоритмов. Тем не менее, совокупность данных убедительно свидетельствует, что воспалительные биомаркеры (IL-6, TNF- $\alpha$ , CRP, IL-18, маркеры эндотоксемии), дополненные метаболическими (Mg, Alb, лактат), иммуноклеточными и функциональными (REM-сон) индикаторами, формируют мощный инструментальный для ранней стратификации риска осложнений, динамического мониторинга качества ремиссии, персонализированного отбора пациентов на таргетные вмешательства (иммуномодуляция, акампросат, коррекция кишечной проницаемости) и прогнозирования краткосрочного рецидива. Внедрение этого подхода перспективно для повышения эффективности терапии РУА.

# РЕГИСТРАЦИЯ АВС-ЭЭГ ПРИ ПРЕДЪЯВЛЕНИИ СТИМУЛЬНЫХ МАТЕРИАЛОВ КАК МЕТОД ОБЪЕКТИВИЗАЦИИ ИНТЕРНЕТ- ЗАВИСИМОСТИ У ПОДРОСТКОВ С ПОГРАНИЧНЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Тимербулатова М.Ф.<sup>1</sup>, Тимербулатов И.Ф.  
<sup>1,2</sup>, Юлдашев В.Л.<sup>1</sup>, Ахмадеев Р.Р.<sup>1</sup>,  
Валинуров Р.Г.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО Башкирский  
государственный медицинский  
университет Министерства  
здравоохранения Российской Федерации,  
Уфа

<sup>2</sup>ФГБОУ ДПО "Российская медицинская  
академия непрерывного  
профессионального образования"  
Министерства здравоохранения  
Российской Федерации, Москва

**Аннотация.** В докладе рассматриваются основные теории Интернет-аддикций, их классификация и методы диагностики. В эпоху цифровизации, часто, и основная деятельность (учеба, работа), и быт (Интернет-магазины, «умная» техника), и досуг связаны с цифровыми технологиями, что снижает показатели валидности основных шкал для определения Интернет-зависимости. Предложены пути решения ключевых проблем диагностики, в том числе с применением инструментальных методов, включающих ЭЭГ, ЭЭГ с визуальной стимуляцией.

**Ключевые слова:** Интернет-зависимость, электроэнцефалография, аудиовизуальная стимуляция, пупиллография, утомление

**Keywords:** Internet addiction, electroencephalography, audiovisual stimulation, pupillography, fatigue

**Актуальность.** В настоящее время основными методами диагностики синдрома интернет-зависимости являются клиничко-психопатологическое и патопсихологические методы. В связи с взрывоподобным прогрессом интеграции цифровых технологий становится сложнее проводить дифференциальную

диагностику рационального использования и интернет-зависимости.

**Цель исследования** – выявить объективные маркеры сопутствующего синдрома Интернет-зависимости при пограничных психических расстройствах у подростков и молодежи при помощи инструментальных методов исследования.

**Задачи исследования:**

1. Сопоставить субъективные оценки стимулов и объективные изменения на ЭЭГ при предъявлении стимулов.

2. Изучить ЭЭГ-маркеры при синдроме Интернет-зависимости.

**Результаты обсуждения.**

Исследование было проведено в 2 этапа: клиническое интервью с тестированием и инструментальное исследование, включающее АВС-ЭЭГ и пупиллографию. Участвовали подростки с 12 лет, юноши и девушки до 21 года, всего 96 человека (из них 76 девушек, средний возраст  $16,04 \pm 0,08$  лет), обратившиеся за медицинской помощью в подростковое и кризисное отделения ГБУЗ РКПЦ МЗ РБ. Включены лица с пограничными психическими расстройствами и коморбидным синдромом интернет-зависимости. Критерии исключения: тяжелые психические расстройства, включая психотические; неполный объем данных, в т.ч. затруднения в проведении инструментальных методов; отсутствие согласия, несоответствие возрастным критериям.

На первом этапе проведено определение соответствия критериям включения и тестирование по шкале Чена в адаптации В.Л. Малыгина и К.А. Феклисова. По результатам 1 этапа все испытуемые поделены на 3 группы: лица без признаков интернет-зависимости (22 человека, 22,9%), лица на стадии формирования интернет-зависимости (60 человек, 62,5%) и лица со сформировавшейся интернет-зависимостью (14 человек, 14,58%).

На втором этапе изучена избирательная психоэмоциональная оценка зрительных стимулов и ее соотношение со значимыми относительно фона изменениями электроэнцефалограммы при

предъявлении аудиовизуальных стимулов (ABC-ЭЭГ с предъявлением изображений международной системы IAPS различной валентности и девайсов). В генеральной совокупности всех исследованных минимальную оценку ( $3,28 \pm 0,05$  баллов) получили визуальные стимулы негативной, максимальную ( $4,90 \pm 0,07$  баллов) – положительной валентности, зрительные стимулы нейтральной валентности и изображений девайсов составили соответственно  $4,11 \pm 0,03$  и  $4,06 \pm 0,04$  балла, но значимых межгрупповых различий здесь не обнаружено.

Согласно данным настоящего исследования испытуемые без признаков интернет – зависимого поведения дали достоверно более низкую оценку на изображения с негативным эмоциональным посылом (сцена аварии, мальчик с гематомой и пр.) относительно изображений девайсов и нейтрального содержания. Следует отметить, что именно в этой подгруппе было наибольшее число лиц, оценивших дифференцированно изображения девайсов, в основном, в положительном ключе (3 человека дали оценку выше 4 баллов), однако, их было меньшинство, поэтому средняя оценка изображений девайсов не имеет достоверного различия со средней оценкой нейтральных стимулов, так же как и стимулы позитивной валентности в этой группе. Наибольшее количество значимых различий на звуки и изображения IAPS как позитивной, так и негативной валентности обнаружено у подростков на стадии формирования ИЗ, что может говорить о том, что эта категория исследуемых является более эмоционально лабильной, а также эта категория чаще отмечала изображения девайсов как эмоционально-нейтральные, ставя 4 балла из 10 возможных, что говорит может говорить либо об истинном нейтральном отношении, либо о диссимуляции. У испытуемых с признаками интернет – зависимого поведения обнаруживается более пестрая оценка позитивных и негативных

изображений IAPS и звуков относительно иллюстраций девайсов с сочетанием как положительной, отрицательной, так и нейтральной оценки, следует отметить, что достоверные различия в средней оценке аудиовизуальных стимулов зарегистрированы на изображения звуки с наибольшей силой эмоциональной оценки («аффективная заряженность»).

Сопоставление избирательной психоэмоциональной оценки зрительных стимулов со значимыми изменениями ССП-ЭЭГ выявило наибольший процент (92,7%) совпадений на нейтральные эмоциональные стимулы, так же на негативные и позитивные стимулы субъективная оценка и значимые изменения на ЭЭГ совпадали в 86,6% и 86,9%, наименьший процент совпадений (25,4%) – на изображения девайсов. Процент несовпадений субъективно-нейтральной оценки и значимых изменений на ЭЭГ достаточно высок во всех 3 группах, однако, анализ частоты встречаемости несовпадений при помощи  $\chi^2$  Пирсона выявил, что в группе интернет-зависимых нет значимого различия частоты диссимуляции от общепопуляционного, в группе подростков без интернет-зависимости испытуемые оказались более искренними, чем в популяции, в группе с формирующейся интернет-зависимостью все испытуемые ставили нейтральную оценку в то время, когда на ЭЭГ были значимые изменения.

Общеизвестен факт, что смена состояния покоя на состояние активного внимания на ЭЭГ, в виде волн выше порядка R300, характеризуется десинхронизацией  $\alpha$ -волны. Степень десинхронизации зависит прежде всего от состояния I – энергетического – блока мозга (по А.Р. Лурия), вторым по значимости фактором является сила аффективной напряженности при предъявлении стимула. При оценке данного показателя нами получены результаты, подтверждающие, что группы разнородны по изменениям амплитудно-волновых характеристик при предъявлении изображений и звуков. Максимальное

снижение амплитуды альфа – волн у испытуемых без признаков интернет – зависимости с показателями  $59,1 \pm 6,7$  мкВ при фоновой активности до  $4,7 \pm 2,2$  при IAPS-стимуляции ( $p < 0,001$ ), что свидетельствует о большей пластичности и эффективности нейропсихологических процессов. Напротив, в группе подростков с интернет-зависимостью этот показатель был худшим (снижение амплитуды альфа-волн с  $59,4 \pm 9,3$  до  $25,6 \pm 7,6$  мкВ ( $p < 0,05$ )). Это может быть признаком толерантности или ригидности, менее эффективной активации корковых зон, что может быть вызвано в том числе утомлением, что подтверждается другими методами исследования, например, пупиллографией, динамические тенденции в результатах которого согласуются с изменениями на ЭЭГ, указывая, что наиболее оптимальное функционирование выявляется у лиц без интернет-зависимости, у лиц с формирующейся интернет-зависимостью для оптимального функционирования требуется большее время для вработывания в процесс, а утомление доведенное до истощения вызывает лишь спонтанные всплески адаптационных механизмов.

**Выводы.** Таким образом, наиболее сильная десинхронизация  $\alpha$ -ритма (13-ти кратное снижение амплитуды волн относительно фона при IAPS-стимуляции) у подростков без признаков интернет – зависимого поведения может свидетельствовать о более эффективных, пластичных механизмах эмоциональной дифференциации уже на ранних этапах зрительного восприятия. Напротив, всего 2-х кратное падение амплитуды альфа – волн при предъявлении визуальных стимулов подросткам с высокой степенью ИЗ говорит о формировании привыкания, толерантности, своего рода ригидности к действию эмоциогенных зрительных стимулов, возможно даже – по определенной аналогии с формированием зависимости от психоактивных веществ на стадии толерантности. Так же стоит отметить, что в целом в культуре принято предъявлять нейтральное отношение к

девайсам, однако, в группе с формирующейся зависимостью подростки особенно склонны отрицать свою увлеченность цифровым технологиями, что снижает вовлеченность в терапевтический процесс. Динамика формирования субъективного ответа и степень десинхронизации в зависимости от стадии увлеченности интернетом может говорить о патогенетическом влиянии утомления в разной степени выраженности, что находит подтверждения и в работах других авторов.

## КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ГРУППОВАЯ АРТ-ТЕРАПИЯ В КОРРЕКЦИИ КОМПУЛЬСИВНОГО ПОКУПАТЕЛЬСКОГО ПОВЕДЕНИЯ У ЖЕНЩИН В КОНТЕКСТЕ РОССИЙСКОЙ ЦИФРОВОЙ СРЕДЫ

Тувина И.С.

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

**Аннотация.** Исследована эффективность групповой КПТ с арт-терапией для лечения ониомании у женщин. Зафиксировано статистически значимое снижение уровня компульсивного покупательского поведения, тревоги и иррациональных установок. Качественный анализ подтвердил, что арт-терапия обеспечила доступ к невербализуемым когнитивным искажениям. Делается вывод об эффективности данного интегративного подхода.

**Ключевые слова:** ониомания, компульсивные покупки, когнитивно-поведенческая терапия, арт-терапия, маркетплейсы, поведенческие аддикции.

**Keywords:** oniomania, compulsive buying, cognitive-behavioral therapy, art therapy, marketplaces, behavioral addictions.

**Актуальность.** Стремительная цифровизация торговых платформ (Wildberries, OZON и др.) создает новые риски компульсивного покупательского поведения. Традиционные методы психотерапии недостаточно эффективны для коррекции глубинных

дисфункциональных убеждений, что требует разработки интегративных подходов, сочетающих КПТ с арт-терапией.

**Цель исследования** - разработка и оценка эффективности программы групповой КПТ с арт-терапией для коррекции ониомании у женщин. Задачами исследования являются: 1) апробация 12-сессионного протокола; 2) количественная оценка динамики ключевых показателей; 3) качественный анализ трансформации когнитивных конструкторов.

**Материалы и методы.** В исследовании приняли участие 35 женщин в возрасте 25-45 лет с верифицированным диагнозом "ониомания" согласно Бергенской шкале шопоголизма. Программа "Контроль над импульсом" представляла собой синтез техник КПТ по работе с автоматическими мыслями и когнитивными искажениями и арт-терапевтических методов. Применялся комплекс валидных и надежных диагностических инструментов: Бергенская шкала шопоголизма (BSAS), опросник иррациональных установок А. Эллиса (SPB), госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS), шкала трудностей в регуляции эмоций (DERS-18). Статистический анализ данных проводился с использованием пакета SPSS 26.0 с применением методов описательной статистики, t-критерия Стьюдента для зависимых выборок. Качественные данные (арт-объекты, обратная связь) анализировались методом тематического анализа.

**Результаты и обсуждение.** Результаты исследования демонстрируют статистически значимую положительную динамику по всем оценивавшимся параметрам ( $p < 0,001$ ). Наиболее выраженное снижение наблюдалась по показателям шкалы BSAS (-42,3%) и SPB (-35,7%). Достоверное улучшение зафиксировано по шкалам DERS-18 (-28,9%) и HADS (-38,2% и -31,4% соответственно). Качественный анализ, основанный на методе тематического

анализа, выявил ряд значимых паттернов. Арт-терапевтические техники, в частности метод коллажа "Ценности vs Покупки" и создание мандал контроля, продемонстрировали высокую эффективность в преодолении когнитивных защит и визуализации абстрактных концепций саморегуляции. Проективные методы способствовали осознанию и вербализации глубинных потребностей, маскирующихся под потребительские импульсы. Групповой формат работы обеспечил эффект снижения стигматизации, что существенно повысило мотивацию участниц.

**Выводы.** Полученные данные убедительно подтверждают эффективность интеграции арт-терапевтических методов в структурированный когнитивно-поведенческий групповой формат для коррекции ониомании. Разработанная программа демонстрирует значительный потенциал для внедрения в практику психологических служб и реабилитационных центров. В качестве перспективных направлений дальнейших исследований рассматриваются: 1) проведение рандомизированных контролируемых исследований для сравнительной оценки эффективности с традиционными методами КПТ; 2) адаптация протокола для других форм поведенческих аддикций; 3) разработка цифровой версии программы для дистанционного формата работы.

## РАЗДЕЛ 4. ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ, ПСИХОКОРРЕКЦИЯ, ПСИХОТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ СОМАТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

### АРТ-ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ПСИХОЛОГИЧЕСКОМУ КОНСУЛЬТИРОВАНИЮ В ОБЩЕЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Бойко О.В.

ФГБОУ ВО

*"Ростовский государственный  
медицинский университет"  
Министерства здравоохранения  
Российской Федерации  
г. Ростов-на-Дону, Россия*

**Аннотация.** В данной работе рассматривается потенциал арт-терапии как эффективного метода психологического консультирования в условиях общей клинической практики. Представлен анализ теоретических основ арт-терапевтического подхода, его ключевые механизмы воздействия на психофизиологическое состояние пациента. Особое внимание уделяется применению арт-терапии в работе с соматическими больными с целью снижения уровня тревоги, улучшения качества жизни, а также облегчению процесса адаптации к заболеванию.

**Ключевые слова:** арт-терапия, психологическое консультирование, психосоматика, тревога, качество жизни, междисциплинарный подход.

**Keywords:** art therapy, psychological counseling, psychosomatics, anxiety, quality of life, interdisciplinary approach.

Современная медицина признает неразрывную связь между соматическим состоянием пациента и его психоэмоциональным состоянием. Пациенты общего клинического профиля (онкологического, неврологического, кардиологического и др.) часто сталкиваются с повышенным уровнем тревоги, стрессом, связанным с диагнозом, лечением и изменением образа жизни. Применение традиционных

методов психологического консультирования, которые основываются на вербальной коммуникации, становится затруднительным. Среди причин этих затруднений следует назвать: алекситимию (неспособность выражать свои чувства словами), возрастные особенности, сопротивление. В данном контексте, арт-терапия, как невербальный и экологичный метод, представляет собой мощный инструмент для доступа к глубинным переживаниям человека и их коррекции.

Арт-терапия – это междисциплинарная область, находящаяся на стыке искусства, психологии и медицины. Ее основой является использование творческого процесса и художественных материалов для исследования чувств, развития самосознания и снижения стресса (Копытин А.И., 1998).

В основе современного определения арт-терапии лежит художественное творчество, связанное с действием трех факторов: экспрессии, коммуникации и символизации (Беккер-Глош В., 1999).

Согласно взглядам, такого ученого как Никандров Н.Д., арт-терапию можно рассматривать как слияние творчества и терапевтической (или консультационной) практики, как метод, направленный на реализацию скрытой энергии в результате творческого осмысления, тренировки, личностного роста, как воздействие на мотивационную, эмоциональную, адаптивную сферы (Никандров Н.Д., 1998).

Термином «арт-терапия» обозначают как совокупность видов искусства, используемых при психокоррекции и в психологическом консультировании, так и собственно метод или комплекс методик.

Арт-терапия как метод предполагает использование приемов, направленных на обучение человека видению в продуктах своей творческой деятельности смысла и нахождении связей с содержанием своего внутреннего

мира и опыта, а также на развитие способности к рефлексии.

Ключевыми механизмами терапевтического воздействия арт-терапии являются: *сублимация и катарсис* (создание образа позволяет пациенту выразить подавленные эмоции, что приводит к эмоциональному облегчению); *символизация и метафоричность* (например, болезнь клиента, может быть представлена им в определенном образе, что дистанцирует его от прямого переживания травмы и позволяет чувствовать себя более безопасно); *невербальная коммуникация* (созданный пациентом творческий продукт, становится посредником между его внутренним миром и внешним миром); *восстановление чувства контроля* (заболевания часто сопровождаются у пациентов ощущение потери контроля над своим телом, своей жизнью, а процесс творчества, возвращает ему чувство веры и позволяет взять под контроль ситуацию); *когнитивная стимуляция* (когда пациент сосредотачивается на творческой задаче, это снижает фиксацию на болевых ощущениях и тревожных мыслях).

Сегодня, арт-терапия применяется в различных областях клинической медицины. Так, в онкологии арт-терапия используется для снижения тревоги и депрессии у пациентов, проходящих химиотерапию. Она помогает выразить страх рецидива и найти новые смыслы. В кардиологии арт-терапия способствует снижению психоэмоционального напряжения у пациентов с артериальной гипертензией, ишемической болезнью сердца и после инфаркта миокарда. В неврологии арт-терапия улучшает мелкую моторику, координацию и когнитивные функции у пациентов с последствиями инсульта, черепно-мозговых травм. В паллиативной медицине арт-терапия становится инструментом экзистенциального консультирования и помогает пациентам осмыслить жизненный путь, справиться с горем, страхом смерти. В педиатрии через рисунок дети могут выразить свои чувства

и восстановить чувство безопасности в условиях стационара. Важным условием является владение клиническими психологами и врачами психотерапевтами методами арт-терапии.

Таким образом, арт-терапевтический подход представляет собой важный инструмент в системе психологического консультирования в общей клинической практике. Его невербальная природа и язык метафор позволяет обойти сопротивление и работать с глубинными переживаниями пациентов. Интеграция методов арт-терапии в междисциплинарную модель лечения способствует улучшению психоэмоционального состояния и позитивно влияет на соматические показатели повышая общее качество жизни пациентов.

### **ПРИМЕНЕНИЕ ПРОГРЕССИВНОЙ МЫШЕЧНОЙ РЕЛАКСАЦИИ ПРИ РАБОТЕ С БОЛЬНЫМИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ**

Бузина Т.С.<sup>1</sup>, Кубекова А.С.<sup>2</sup>,

Шаповалова М.А.<sup>2</sup>

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

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

**Аннотация.** Актуальность исследования обусловлена тем, что в настоящее время гипертоническая болезнь является наиболее распространённым и опасным заболеванием в Российской Федерации, при этом ею все больше страдает люди трудоспособного возраста. Прогрессивная мышечная релаксация может рассматриваться как составляющая комплексной психокоррекционной программы при лечении психосоматических расстройств, в частности гипертонической болезни.

**Ключевые слова:** гипертоническая болезнь, прогрессивная мышечная

релаксация, психокоррекционная программа, психоэмоциональное состояние, аутогенная тренировка.

**Актуальность.** Заболевания сердечно-сосудистой системы по-прежнему остаются самыми распространёнными, в том числе и гипертоническая болезнь. Показатель общей заболеваемости гипертонической болезнью взрослого населения Астраханской области в 2024 году увеличился на 28,3% и составил 44,79 на 1000 населения, тогда как в 2023 году наблюдалось 34,75 на 1000 населения. Показатель первичной заболеваемости взрослого населения гипертонической болезнью в 2024 году незначительно увеличился (на 28,2%) и составил 5,16 на 1000 взрослого населения, а в 2023 году - 4,0 на 1000 взрослого населения. Среди районов Астраханской области наиболее высокий уровень общей заболеваемости гипертонической болезнью наблюдается в течение пяти лет в Лиманском муниципальном районе (102,17 на 1000 взрослого населения), наименьший показатель - в Приволжском муниципальном районе (16,7 на 100 тыс. взрослого населения). За пять лет показатели во всех районах Астраханской области имели волнообразный характер с пиками подъема и спада. Гипертоническую болезнь относят к психосоматическим заболеваниям, в основе которого лежит механизм телесной реакции (высокое артериальное давление, гипертонические кризы и т.д.) на психологические факторы в виде стресса, психоэмоциональных переживаний, конфликтов и т.д. Методы нервно-мышечной релаксации широко применяются в психологической практике при психосоматических заболеваниях с целью изменения психоэмоционального статуса и мышечного расслабления. Одной из известных техник является метод прогрессивной мышечной релаксации по Джекобсону (1922) или метод нервно-мышечной релаксации. Прогрессивная мышечная релаксация эффективна при гипертонической болезни, поскольку снижает общий

уровень стресса, тревожности и мышечного напряжения, которое является одной из причин повышения артериального давления. В рамках апробации комплексной психокоррекционной программы повышения приверженности терапии для больных гипертонической болезнью была применена прогрессивная мышечная релаксация для больных ГБ.

**Цель исследования:** изучение эффективности прогрессивной мышечной релаксации при работе с больными гипертонической болезнью, как немедикаментозного метода в лечении ГБ в условиях стационарного лечения.

**Материалы и методы.** Исследование проводилось на базе частного учреждения здравоохранения «Медико-санитарная часть» (г. Астрахань, Россия). Анализировались данные по 418 больным гипертонической болезнью (215 женщин и 203 мужчины, средний возраст  $45 \pm 7,4$  лет). На момент обследования больные проходили стационарное лечение и состояли под наблюдением у кардиологов и терапевтов. В качестве методов диагностики психологических особенностей и психоэмоционального статуса больных гипертонической болезнью использовались опросные методы, в частности, психодиагностические методики: 1) КОП-25 «Опросник количественной оценки приверженности лечению» (Н.А. Николаев, Ю.П. Скирденко); 2) Тест межличностных отношений Т. Лири (в рос. адаптации Л.Н. Собчик); 3) шкала тревоги Спилбергера – Ханина (Charles Spielberger, рос. адаптация: Ю.Л. Ханин); 4) Тест-опросник личности «Большая пятерка» (в рос. адаптации А.Б. Хромов); 5) Опросник «Стиль саморегуляции поведения» (В.И. Моросанова); 6) методика «Тип отношения к болезни» (ТОБОЛ). Регистрация эмпирических данных осуществлялась с использованием интернет-сервиса «Google-формы». В качестве методов статистической обработки эмпирических данных были применены: расчёт параметров

дескриптивной статистики, линейный коэффициент корреляции и корреляционный анализ с применением критерия ранговой корреляции Спирмена, t-критерий Стьюдента с помощью пакета SPSS Statistics 28.0.

#### **Результаты обсуждения.**

Комплексная психокоррекционная программа повышения приверженности к терапии для больных гипертонической болезнью реализована для больных стационарного лечения и включает этапы, формы и методы работы медицинского психолога. Психокоррекционная программа включает в себя 5 этапов (диагностический этап, этап первичной психологической помощи: индивидуальное психолого-педагогическое сопровождение и психологическая коррекция, этап психокоррекционной работы повышения приверженности к терапии, мониторинг психологического состояния, психологическая помощь и мероприятия с родственниками и ближайшим социальным окружением больных гипертонической болезнью. В результате проведенного скринингового обследования у пациентов с ГБ были выявлены психоэмоциональные нарушения в виде высоких значений ситуативной и личностной тревожности, низкая приверженность к терапии, эмоциональная неустойчивость, неадаптивные типы отношения к болезни, неконструктивные стили саморегуляции поведения (степень развития осознанной саморегуляции и ее индивидуальные профили). В оценке эффективности психокоррекционной программы приняли участие 49 больных гипертонической болезнью 2 и 3 стадии. Этап психокоррекционной работы повышения приверженности к терапии включал в себя прогрессивную мышечную релаксацию по Джекобсону (Progressive Relaxation) при работе с больными гипертонической болезнью, как немедикаментозного метода в лечении ГБ в условиях стационарного лечения.

В нашем случае занятия прогрессивной мышечной релаксации

проводились у всех обследованных больных в возрасте от 35 до 65 лет, находившихся на стационарном лечении. Перед началом работы с больными ГБ проводилась разъясняющая и корригирующая психокоррекционная беседа, а затем восемь - десять сеансов нервно-мышечной релаксации, длительностью по 30 минут каждый. Больные посещали сеансы нервно-мышечной релаксации, которые проводились 5 раз в неделю. После апробации психокоррекционной программы повышения приверженности к терапии у больных гипертонической болезнью снизилось эмоциональное напряжение, стало реже проявляться импульсивное поведение, менее напряженно восприниматься ситуации вынужденного пребывания в стационаре, а также снизились показатели выраженности неадаптивных типов отношения к болезни у больных.

Применение прогрессивной мышечной релаксации при работе с больными гипертонической болезнью оказывает положительное влияние на психоэмоциональное состояние больных. При применении данного метода отмечается хороший комплаенс.

**Выводы.** Прогрессивная мышечная релаксация может рассматриваться как составляющая комплексной психокоррекционной программы при лечении психосоматических расстройств, в частности гипертонической болезни.

### **ХРОНИЧЕСКИЕ ИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КАК ФАКТОР РИСКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ**

Быков Ю.В.<sup>1</sup>, Беккер Р.А.<sup>2</sup>

*ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Ставрополь  
Университет имени Давида Бен-Гуриона в Негеве, Беэр-Шева, Государство Израиль*

## Аннотация

Хронические инфекции могут быть недооценённым фактором, способствующим развитию суицидального поведения. Через провоспалительные механизмы, нарушение микробиоты и соматическую нагрузку они способны усиливать аффективную симптоматику и снижать эффективность терапии. На основе трёх клинических случаев показана значимость инфекционного скрининга при устойчивых депрессивных расстройствах.

**Ключевые слова:** хронические инфекции, депрессия, суицид, микробиота

**Keywords:** chronic infections, depression, suicide, microbiota

## Актуальность

Роль хронических инфекций в формировании психопатологических состояний вызывает всё больший интерес. Такие инфекции могут активировать нейровоспалительные каскады, нарушать функционирование нейромедиаторных систем и влиять на ось «кишечник—мозг». Это особенно критично при скрытом или бессимптомном течении, когда соматический компонент заболевания не выявляется своевременно. Нарушения, обусловленные инфекцией, могут проявляться устойчивыми депрессивными состояниями с суицидальными тенденциями.

## Цель и задачи исследования

Цель — оценить влияние терапии хронической инфекции на выраженность суицидального поведения. Задачи: 1) описать три клинических случая; 2) проследить динамику симптоматики; 3) выявить возможную связь между инфекционным агентом и редукцией суицидальности.

## Материалы и методы

Проанализированы три случая пациентов мужского пола с выраженной суицидальностью. Пациент №1: 19 лет, ВИЧ, гепатит С, тяжёлая депрессия. Пациент №2: 24 года, резистентная депрессия, симптомы СРК, выявлен токсигенный *Clostridium difficile*. Пациент

№3: 34 года, депрессия, псориаз, хроническое носительство *Helicobacter pylori*. Всем проведено этиотропное лечение, в двух случаях — с применением антидепрессантов.

## Результаты и обсуждение

У пациента №1 на фоне начала антиретровирусной терапии и лечения гепатита С в сочетании с венлафаксином и литием в течение месяца произошло полное исчезновение суицидальных мыслей. У пациента №2 редукция симптомов наступила в течение первых суток после старта комбинированной терапии *Clostridium difficile* и трансплантации микробиоты — без применения психофармакологических препаратов. У пациента №3 выраженное улучшение психического состояния и снижение суицидальности отмечались после курса эрадикации *H. pylori*. Эти наблюдения подчеркивают важность комплексного подхода, учитывающего не только психиатрические, но и соматические аспекты состояния пациента. Особенно ценно, что во всех случаях улучшение психического состояния совпадало по времени с началом терапии, направленной на устранение инфекционного агента. Это позволяет предполагать патогенетическую роль хронического воспаления и нарушений микробиоты в формировании резистентных депрессий с суицидальностью.

Полученные данные подтверждают необходимость включения инфекционного скрининга в клиническую практику при резистентной депрессии. Хронические инфекции могут действовать как обратимый триггер, устранимый с помощью этиотропной терапии. Ранняя диагностика и устранение инфекционного фактора способны не только улучшить соматическое состояние, но и существенно повлиять на психопатологическую симптоматику. Это открывает перспективы для междисциплинарного подхода в лечении пациентов с депрессией и суицидальностью.

## **Выводы**

Хронические инфекции могут способствовать развитию суицидального поведения и снижать эффективность традиционной психофармакотерапии. Устранение инфекционного агента может привести к быстрой и стойкой редукции суицидальных мыслей. Скрининг и лечение хронических инфекций следует включить в алгоритмы оценки и терапии резистентных депрессивных состояний, особенно при отсутствии ответа на стандартную медикаментозную коррекцию.

## **МИШЕНИ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ИНТЕРВЕНЦИЙ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ**

Гребень Н.Ф.

*ГУ «Республиканский научно-  
практический центр психического  
здоровья»,  
г. Минск, Республика Беларусь*

**Аннотация.** В работе представлены три группы факторов риска развития артериальной гипертензии, на которые могут быть направлены психологические интервенции: поведенческие, эмоциональные и когнитивные. Делается вывод о необходимости комплексного персонализированного подхода к лечению пациентов с артериальной гипертензией, реализуемого междисциплинарной бригадой (врач, психолог, психотерапевт).

**Ключевые слова:** артериальная гипертензия, психологические особенности пациентов, факторы риска, психологические вмешательства.

**Key words:** arterial hypertension, psychological characteristics of patients, risk factors, psychological interventions.

Артериальная гипертензия представляет собой одно из самых распространенных соматических заболеваний населения, которое является и основной причиной смертности от болезней системы кровообращения, а также причиной инвалидности вследствие инсультов. Несмотря на развитие медицинских технологий, реализованные исследования психологических

особенностей лиц, страдающих артериальной гипертензией, снизить процент заболеваемости и его последствия пока не удастся. Во многом это обусловлено тем, что лечение артериальной гипертензии в соматических стационарах осуществляется в рамках так называемого «органочентрического» подхода, в то время как психологический и социальный факторы болезни остаются непроработанными. Вместе с тем в научной литературе показано, что пациент с артериальной гипертензией имеет ряд психологических особенностей, которые могут выступать как факторы риска заболевания, так и усложнять сам процесс их лечения (Е.К. Агеенкова, Н.Ф. Гребень, 2018 и др.).

Основываясь на результатах психологических исследований, в том числе и реализованных нами, попытаемся выделить наиболее значимые мишени психологических интервенций для пациентов с артериальной гипертензией.

1. На поведенческом уровне можно выделить следующие риски развития артериальной гипертензии: малоподвижный образ жизни; неумеренное потребление соли; несбалансированное питание часто с преобладанием жирной пищи; недосыпание; курение; чрезмерное употребление кофе, энергетиков, алкоголя; нерегулярный прием медицинских препаратов или отказ от медикаментозного лечения; игнорирование симптомов соматического неблагополучия. Психологические интервенции в таком случае будут направлены на психопросвещение и коррекцию перечисленных факторов риска через поведенческую терапию.

2. На эмоциональном уровне риски развития артериальной гипертензии, а также подъемы артериального давления сопряжены прежде всего с такими эмоциями и состояниями как гнев, страх, тревога и стресс. Психопросвещение и обучения навыкам совладания с перечисленными эмоциональными проявлениями будут

способствовать нормализации артериального давления.

3. На когнитивном уровне выделим следующие факторы риска: собственно, негативное и/или дисфункциональное мышление, которое активизирует отрицательные эмоции; отсутствие мышления между стимулом и реакцией, что порождает взрывной тип реагирования; «мыслительная жвачка», которая удерживает человека в состоянии психического напряжения. Как показала практика, с когнитивными искажениями успешно работают методы когнитивно-поведенческой терапии.

В завершение хотелось бы отметить, что психологические интервенции при артериальной гипертензии должны быть интегрированы в стандартную терапию, осуществляемую как в соматических клиниках, так и амбулаторно. Для оптимизации эффекта лечения требуется междисциплинарное сотрудничество врачей, психологов и психотерапевтов. Выбор мишеней психологических интервенций и соответственно реализация персонализированного подхода будет определяться профилем пациента (возраст, коморбидность, доминирующие факторы риска развития артериальной гипертензии).

### **МНОГОФАКТОРНАЯ МОДЕЛЬ ПРЕДИКТОРОВ ФОРМИРОВАНИЯ ДЕПРЕССИИ У БОЛЬНЫХ РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ**

Губская К.В.<sup>1</sup>, Малыгин Я.В.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> *ФГБОУ ВО «Ивановский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации*

<sup>2</sup> *ФГБОУ ВО «Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова», Москва, Россия*

**Актуальность:** депрессией страдают до 50% больных рассеянным склерозом (РС).

**Ключевые слова:** рассеянный склероз, депрессивные расстройства, предикторы.

**Keywords:** multiple sclerosis, depressive disorders, predictors.

**Цель исследования** - разработать многофакторную модель предикторов депрессии при РС с учетом социально-демографических, клиничко-психопатологических и клиничко-функциональных характеристик. **Материал и методы:** обследовано 157 больных с РС и депрессией. Контрольную группу составили 100 больных РС без депрессии. Период наблюдения составил 10 лет. Использовали шкалы: Бека, MFI-20, Спилбергера-Ханина, визуально-аналоговую шкалу боли, тест PASAT, EDSS. Проводилось МРТ обследование, выявлялись значимые стрессовые события, учитывались тип РС, клинически и радиационно изолированный синдром, сопутствующая патология, прием препаратов, изменяющих течение РС (ПИТРС). Диагноз депрессии определялся в соответствии с критериями МКБ-10. Многофакторные модели разработаны с помощью дисперсионного анализа и уравнения множественной линейной регрессии. **Результаты.** Предложена многофакторная модель предикторов развития депрессии с высоким значением множественной корреляции ( $r=0,85$ ). Факторы с выраженным влиянием на развитие депрессии: высокая скорость прогрессирования РС ( $Beta=0,879$ ), высокоактивное течение РС ( $Beta=0,876$ ), астения  $89,6\pm 1,1$  балла по шкале MFI-20 с ростом показателя на 1,48% в год ( $Beta=0,784$ ). Значимые факторы: локализация очагов в лобных, височных областях правого полушария ( $Beta=0,742$ ), реактивная тревожность  $56\pm 2,64$  балла по шкале Спилбергера Ханина с ростом показателя на 1,89% в год ( $Beta=0,682$ ), увеличение площади очагов в головном мозге на 1,83% в год ( $Beta=0,618$ ), множественные очаги в головном мозге ( $Beta=0,591$ ). Предикторы статистически значимые, с меньшим влиянием на развитие депрессии: женский пол, среднее образование, одинокие, значимые стрессовые события в анамнезе, аутоиммунные заболевания, депрессия до развития РС, депрессия у близких родственников, болевой синдром (6-8

баллов по визуальной аналоговой шкале). Когнитивные нарушения, рост показателя по шкале PASAT на 2,87% в год, индекс массы тела с ростом показателя на 1,61% в год, клинически изолированный и радиологически изолированный синдромы до развития РС, возраст дебюта РС, возраст начала депрессии, показатель инвалидизации по EDSS, тип РС, сопутствующая патология, прием ПИТРС не являются предикторами депрессии при РС. **Заключение.** В качестве ключевых предикторов возникновения депрессии при РС выделены высокая скорость прогрессирования РС, высокоактивное течение РС, рост астении по шкале MFI-20, локализация очагов в лобных, височных областях правого полушария, рост реактивной тревожности.

### **ЭМОЦИОНАЛЬНО-ВОЛЕВЫЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ III СТАДИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПЕРЕНЕСЕННОГО ИНФАРКТА СЕРДЦА ИЛИ МОЗГА**

Зенин Т.Т., Поселюгина О.Б., Коричкина Л.Н., Беликов А.Н.

*ФГБОУ ВО «Тверской государственный  
медицинский университет»  
Министерства здравоохранения  
Российской Федерации, Тверь, Россия*

**Аннотация.** Развитие эмоционально-волевых нарушений (ЭВН), как осложнений, связанных с поражением головного мозга у больных гипертонической болезнью, затрудняет лечение и снижает качество их жизни.

Показано, что тревога/депрессия у больных, в прошлом перенесших инфаркт мозга, встречается значительно чаще (в 84%), чем у больных, перенесших инфаркт миокарда (у 34%). У больных ГБ III стадии отмечена достоверная положительная корреляционная взаимосвязь тревоги/ депрессии с возрастом, отрицательная с качеством жизни, уровнем триглицеридов, гемоглобина крови, скоростью клубочковой фильтрации. Для профилактики ЭВН у больных ГБ

необходимо учитывать полученные результаты и своевременно их корректировать на стадии появления факторов сердечно-сосудистого риска.

**Ключевые слова:** гипертоническая болезнь, тревога, депрессия, факторы сердечно-сосудистого риска.

**Key words:** hypertension, anxiety, depression, cardiovascular risk factors.

**Актуальность.** Эмоционально-волевые нарушения (ЭВН) - тревога, депрессия, являются следствием поражения центральной нервной системы при гипертонической болезни (ГБ), обуславливают низкую приверженность к лечению, снижение качества жизни, требуют учета при назначении терапии.

**Цель** – оценить выраженность тревоги и депрессии у больных гипертонической болезнью III стадии, в зависимости от перенесенного инфаркта сердца или мозга.

**Материал и методы.** Обследовано 100 больных с верифицированной ГБ III стадии. Из них 50 больных – с постинфарктным кардиосклерозом (средний возраст 69,0 лет±8,71) – 1-я группа и 50 больных (62,6 ±9,8), перенесших в прошлом острое нарушение мозгового кровообращения – 2-я группа. Все больные получали показанную гипотензивную терапию. Всем проведено общеклиническое обследование. Для оценки выраженности тревоги и депрессии использовали госпитальную шкалу HADS, оценивали набранное количество баллов пациентом, диапазон от 0 до 7 соответствовал норме, 8-10 – субклинически выраженной тревоге/депрессии, 11 и выше – клинической тревоге/депрессии.

Статистическую обработку осуществляли с помощью программы Microsoft Excel. Статистически значимые отличия выборок устанавливались при  $p < 0,05$ ; применяли корреляционный анализ по Спирмену для анализа взаимосвязи двух признаков.

**Результаты и обсуждение.** По шкале HADS субклиническая тревога/депрессия выявлялась у 12 (24%) больных 1-й группы и 26 (52%) – 2-ой

( $p=0,007$ ); клинически выраженная тревога/ депрессия – соответственно у 5 (10%) и 16 (32%;  $p=0,013$ ). Баллы тревоги в целом у больных 1-й группы составили  $4,76\pm 3,22$ , а у больных 2-й группы –  $6,68\pm 3,94$  ( $p=0,009$ ); баллы депрессии соответственно  $5,72 \pm 3,97$  и  $6,58 \pm 4,32$  ( $p=0,303$ ).

При оценке корреляционных взаимосвязей установлена положительная связь тревоги с возрастом ( $r=0,296$ ,  $p=0,003$ ); отрицательная между тревогой и качеством жизни по ВОЗ, физическим его параметром ( $r=-0,360$ ,  $p=0,0005$ ) и психическим ( $r=-0,308$   $p=0,002$ ), тревогой и уровнем триглицеридов крови ( $-0,256$   $p=0,010$ ), тревогой и значением скорости клубочковой фильтрации ( $-0,364$ ;  $p=0,0005$ ), тревогой и уровнем гемоглобина крови ( $-0,350$ ,  $p=0,007$ ).

Полученные результаты следует учитывать для профилактики ЭВН и своевременно их корректировать на стадии появления факторов сердечно-сосудистого риска.

#### **Выводы:**

1. У больных 1-й группы у 12% имелась субклинически выраженная тревога/депрессия, у 10% - клинически выраженная тревога/депрессия; среди больных 2-й группы у 52 % имелась субклинически выраженная тревога/ депрессия, у 32 % - клинически выраженная тревога/депрессия.
2. Больные 2-й группы чаще имели ЭВН (у 84%), чем в 1-й (у 34%).
3. В целом у больных ГБ III стадии отмечается положительная корреляционная взаимосвязь тревоги/депрессии с возрастом, отрицательная с качеством жизни, уровнем триглицеридов, гемоглобина крови, скоростью клубочковой фильтрации.

## **КОГНИТИВНЫЕ ПРОЦЕССЫ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ - ВОЗРАСТНАЯ НОРМА: ВЛИЯНИЕ СОМАТИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ И СОЦИАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ НА ЕЁ ФОРМИРОВАНИЕ**

Кириллова А.И.

*ГБУЗ «Городская поликлиника № 54»,  
ФГБУН «Институт мозга человека им.  
Н.П. Бехтерева Российской академии  
наук»*

**Аннотация.** В работе представлены результаты пилотного исследования когнитивных функций у пожилых людей с разным уровнем соматического здоровья и социальной активности. Исследование построено на междисциплинарном подходе, объединяющем физиологические, психологические и социальные аспекты старения. Такой подход позволит выявить закономерности и механизмы когнитивных изменений в пожилом возрасте, а также обозначить перспективы разработки новых критериев для диагностики сохранности и степени нарушения когнитивных функций. Работа соотносится с задачами национального проекта «Демография», федерального проекта «Старшее поколение» направленных на повышение качества и продолжительности жизни граждан старших возрастных групп, их активного долголетия и вовлеченности в общественную жизнь.

**Ключевые слова:** когнитивное старение, соматическое здоровье, степень нарушения когнитивных функций, инвалидизация.

**Keywords:** cognitive aging, somatic health, degree of cognitive impairment, disability.

**Актуальность исследования** определяется необходимостью изучения когнитивных процессов у пожилых людей с разным уровнем соматического здоровья и социального функционирования. В литературе описано, что ухудшение физического состояния, хронические заболевания, а также снижение уровня социальной активности могут

значительно ускорить когнитивное старение (Саковская, В. Г., 2009). Данная тема особенно актуальна в условиях реализации государственной программы «Демография», где одной из приоритетных задач является поддержка и активное долголетие пожилых людей. Особое значение приобретает исследование факторов, влияющих на сохранность когнитивных функций. Полученные данные могут лечь в основу практических рекомендаций для системы здравоохранения и социальной поддержки. Изучение данных факторов позволит глубже понять комплексные механизмы нормального когнитивного старения и сохранности когнитивных процессов в пожилом возрасте. Это позволит: предотвратить преждевременное снижение когнитивных функций, повысить качество жизни пожилых людей и снизить риски инвалидизации.

**Научная новизна** исследования заключается в комплексном изучении взаимосвязей между физическим состоянием, уровнем социальной активности и когнитивными функциями. Впервые проводится попытка определить ключевые детерминанты когнитивной активности пожилых людей с учётом специфики их индивидуальных особенностей.

**Целью** данного исследования является определение сохранности и/или выявление степени нарушения когнитивных функций, у лиц пожилого возраста, для решения задач дифференциальной психодиагностики.

**Материалы и методы исследования.** В исследовании приняли участие 28 человек. Группа 1 (контрольная): условно здоровые респонденты без выраженных соматических и неврологических заболеваний — 14 человек. Группа 2 (основная): пожилые пациенты, имеющие III группу инвалидности, проходившие медико-социальную экспертизу — 14 человек. Методы: таблицы Шульте, «10 слов», «Исключение 4-го лишнего», интерпретация пословиц, МОСА, тест

Векслера, методика «HADS». Данные регистрировались в Excel, первичная обработка велась вручную, далее применялся пакет статистических программ STATISTICA 8.

**Теоретическая основа исследования.** Дизайн разработан на основе, опубликованной в 2009 году работе Саковской В.Г.

**Предварительные результаты** пилотного исследования свидетельствуют о возможности формирования новых критериев интерпретации результатов стандартных психологических методов, которые используются для оценки когнитивных функций у лиц пожилого возраста. Таким образом, то, что сейчас считается снижением когнитивных функций у пожилых людей, может оказаться возрастной нормой. Результаты пилотного исследования, проведенного на данной выборке респондентов, показали необходимость проведения дальнейшего исследования и увеличения объема выборки для повышения достоверных полученных данных. Таким образом, исследование будет продолжаться согласно определенным критериям включения и исключения участников.

## **ВАЛИДИЗАЦИЯ РУССКОЯЗЫЧНОЙ ВЕРСИИ «ОПРОСНИКА ПРИВЕРЖЕННОСТИ БЕЗГЛУТЕНОВОЙ ДИЕТЕ ПРИ ЦЕЛИАКИИ» (CELIAC DIET ADHERENCE TEST, CDAT)**

Малыгин Я.В., Кузнецова Ю.С.

*ФГБОУ ВО «Московский  
государственный университет имени  
М.В. Ломоносова», Москва, Россия  
ФГБОУ ВО "Российский университет  
медицины" Минздрава России*

**Актуальность.** Целиакия представляет собой хроническое аутоиммунное заболевание, клиническая картина которого характеризуется поражением слизистой оболочки тонкого кишечника и сопровождается внекишечными проявлениями, что существенно влияет на качество жизни таких пациентов. При этом отмечается тенденция роста

распространения заболевания, чаще диагностируются атипичные формы целиакии. При этом единственным методом лечения остается строгое пожизненное соблюдение безглютеновой диеты, что ставит задачу оценки приверженности лечению при сопровождении таких пациентов на всех этапах заболевания.

**Целью исследования** является валидизация «Опросника приверженности безглютеновой диете при целиакии» («Celiac diet adherence test», CDAT), показавшего свою эффективность в отношении оценки приверженности лечению в различных зарубежных исследованиях. Выборку составили 79 взрослых пациентов (61 женщина и 18 мужчин) с диагностированной целиакией, средний возраст  $37 \pm 13$  лет.

**Методы:** структурная валидность опросника исследовалась при помощи метода основных компонент, конкурентная валидность – путем установления связей между CDAT и SDE, выступившим в роли «золотого стандарта».

**Результаты** демонстрируют, что адаптированная русскоязычная версия опросника является обладает внутренней и внешней валидностью и является эффективным инструментом для диагностики приверженности безглютеновой диете при целиакии. Структура адаптированной русскоязычной версии опросника описывается двумя компонентами: первый включает соматические аспекты проявления заболевания и самооценку, второй включает регистрируемую способность к приверженности диете и психологическую устойчивость. Выявлена умеренная степень связи между показателями приверженности диете по опросникам CDAT и SDE.

## ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕМ НА РАЗНЫХ ЭТАПАХ ЛЕЧЕНИЯ

Попсуева К. А., Бузина Т.С., Валиева Р.И.,  
Сычевский М.В

*Государственное автономное  
учреждение здравоохранения «Брянская  
городская больница №1», г. Брянск*

*Кафедра общей психологии ФГБОУ ВО  
"Российский университет медицины"  
Минздрава России*

*Кафедра травматологии, ортопедии и  
медицины катастроф ФГБОУ ВО  
"Российский университет медицины"  
Минздрава России, Москва*

**Аннотация** В данной работе было уделено внимание личностным особенностям пациентов с остеоартрозом и их связи с восприятием боли, кинезиофобии в до- и послеоперационный периоды – характеристикам, имеющим особое значение в реабилитации.

**Ключевые слова:** остеоартроз, эндопротезирование, боль, кинезиофобия, восприятие болезни, психологические особенности, реабилитация, оперативное вмешательство, темперамент, послеоперационный период, дооперационный период.

**Актуальность:** необходимость оперативного вмешательства при остеоартрозе может вызывать неблагоприятные эмоциональные реакции у пациентов, оказывающие влияние на качество жизни, согласие или отказ от операции, скорость восстановления после оперативного вмешательства, следование реабилитационным назначениям. **Целью** работы являлось изучение психологических особенностей пациентов с эндопротезированием на разных этапах лечения. **Задачи исследования:** 1. Рассмотреть особенности восприятия болезни у пациентов с остеоартрозом. 2. Оценить индивидуальные психобиологические особенности пациентов с эндопротезированием. 3. Оценить особенности восприятия боли, кинезиофобии и эмоционального отношения к боли, болезни и операции у пациентов в до- и послеоперационный

периоды. 4. Провести сравнительное исследование особенности восприятия боли, кинезиофобии и эмоционального отношения к боли, болезни и операции у пациентов в до- и послеоперационный периоды. 5. Оценить эмоциональное отношение пациентов к операции, боли и болезни в до- и послеоперационный периоды. 6. Проанализировать связи психобиологических особенностей и интеллектуального и мотивационного уровней внутренней картины болезни с функциональными состояниями и болевой чувствительностью на изучаемых пациентах на разных этапах оперативного вмешательства. **Материалы и методы исследования:** в исследовании приняли участие 32 пациента с диагнозами: коксартроз (артроз тазобедренного сустава) – 18 человек, и гонартроз (артроз коленного сустава) – 14 человек. Средний возраст участников исследования составил  $61,5 \pm 10$  лет. Применялись психодиагностические методики: Краткий опросник восприятия болезни (Ялтонский, Московченко, Сирота, Ялтонская, 2017); Опросник боли Мак-Гилла (Кузьменко и соавт., 2006); Визуально-аналоговая шкала (Naefeli, Elfering, 2006); Шкала Тампа (Разумов, 2011); «Личностный смысл болезни» (Ялтонский, 2007), Цветовой тест отношений (Бажин, Эткинд, 1985); Опросник структуры темперамента (Русалов, Трофимова, 2007). **Результаты:** Во внутренней картине пациентов с остеоартрозом, поступившим на операцию по эндопротезированию характерно ощущение множества выраженных симптомов ( $8,38 \pm 1,95$ ), высокое влияние болезни на жизнь ( $7,63 \pm 2,87$ ) и ожидание того, что заболевание продлится недолго ( $4,22 \pm 3,09$ ). Большинство пациентов (71,9%) были позитивно настроены на операцию. Пациенты с негативным отношением к операции отличались меньшим субъективным контролем над лечением, больше концентрировались на боли и давали ей больше словесных характеристик, а среди личностных особенностей выделялись более низкие

показатели пластичности. Усиление интенсивности восприятия боли и ее оценки связано с личностными особенностями: высокой скоростью интеграции и эмоциональной возбудимостью. Стремление избегать новых, непредсказуемых ситуаций, тревога связаны с высокими показателями аффективной реакции на боль в дооперационный период, высокими показателями психического компонента кинезиофобии до и после операции. При сохранении болевых ощущений в послеоперационный период, аффективная реакция на них ниже, чем в дооперационный период. **Выводы:** 1. К особенностям восприятия болезни пациентов с остеоартрозом относятся: многообразие и интенсивность болевых ощущений и иных симптомов, их влияние на жизнедеятельность, низкий контроль над прогрессированием заболевания. 2. В до- и ранний послеоперационный периоды пациенты оценивают боль как умеренно сильную и постоянную, но в послеоперационный период ее легче игнорировать при отвлечении. 3. В послеоперационный период снижается уровень кинезиофобии. 4. Пациенты с негативным отношением к операции чувствуют меньший контроль над лечением, оценивают заболевание как выраженную угрозу, имеют более выраженный по интенсивности и разнообразию ощущений болевой синдром. 5. «Эмоциональное реагирование на болезнь», «Озабоченность болезнью» и «Идентификация симптомов» связаны с динамикой болевых переживаний пациентов. 6. Среди темпераментных особенностей на первый план выступают такие его компоненты как «Социально-вербальная выносливость», «Социально-вербальный темп», «Пластичность», «Оценка вероятностей» и «Нейротизм», которые обнаруживают связи с болевыми ощущениями пациентов в до- и послеоперационный периоды, с психическим компонентом кинезиофобии и эмоциональным отношением к операции и боли.